

d!

d!rigenza medica

- 1 Editoriale**
Per i cittadini la sanità
è una priorità.
E per il Governo?
- 6 DM70**
Servono risorse
per riorganizzare e rafforzare
il modello ospedale-territorio

Il mensile dell'Anaa Assomed



L'Anaa Assomed presenta il "conto ombra"

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

E SE NON CI FOSSE PIÙ IL SSN?

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI ALL'INTERNO
TUTTI I SERVIZI **GRATUITI**
DEL PACCHETTO SICUREZZA
ANAAO ASSOMED



Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Editore
SICS S.r.l.
Società Italiana di Comunicazione
Scientifica e Sanitaria
Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma
Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Ufficio Commerciale
SICS - info@sicseditore.it
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

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

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

Finito di stampare
nel mese di settembre 2023

Se nel Def non saranno aumentati i finanziamenti per la sanità c'è il rischio di una rivolta sociale.

Per i cittadini la sanità è una priorità. E per il Governo?

Ormai siamo a questo, la sanità è argomento centrale delle opposizioni. Poi quando si governa, ci si scorda di averlo cavalcato. Ma è la priorità dei cittadini che sono preoccupati per le liste d'attesa e per la deriva verso un sistema con meno pubblico e più privato. La questione delle risorse è solo una scelta politica e non, come qualcuno vorrebbe, se ci sono o meno. Se hai 100 devi decidere quanto vuoi indirizzare a scuole e sanità e quanto agli armamenti o a provvedimenti che favoriscono poche persone.

Non capisco quando si dice che i soldi per la sanità non ci sono, in base a cosa lo si afferma? Se si stanziava il 6-7% del Pil non sono risorse in assoluto ma in percentuale. La domanda da fare è: per questo Governo la sanità pubblica è importante? Lo vedremo, ma per i cittadini lo è e chiedono risposte.

Quando si parla di personale, il problema non è soltanto la mancanza di soldi. Se le Asl assoldano i gettonisti evidentemente hanno denaro a disposizione. Il punto è anche politico. C'è un tetto di spesa per il personale a tempo indeterminato, il governo dovrebbe toglierlo. E invece, oltre a non mettere soldi non fanno neanche politiche favorevoli alla sanità. Andrebbe poi depenalizzato l'atto medico e tolte le incompatibilità per fare in modo che i professionisti non scappino dal sistema pubblico. Bisogna aumentare il valore della spesa sanitaria sul Pil, se non lo fanno vuol dire che non c'è la volontà politica di sostenere la sanità.

Se non ci saranno fondi in più, temo che per il Governo ci sia il rischio di affrontare una rivolta sociale, non è possibile pensare all'ennesima spending review. Qui c'è da attuare un piano Marshall per salvare il Servizio sanitario nazionale.



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

**L'Anaa Assomed presenta
il “conto ombra”**

QUANTO DOVREMMO PAGARE SE NON CI FOSSE PIÙ IL SSN?

Fino a 1.200 euro al giorno per un ricovero in un ospedale privato

La sala operatoria? 1.200 euro l'ora. La parcella del chirurgo? Da 3mila a 10mila euro. Per l'Anaa Assomed è solo una questione di scelte. “E i cittadini – avverte il sindacato – devono sapere che le decisioni in tema di sanità di chi ci governa avrà inevitabili e pesanti ripercussioni sulle loro tasche. Sì, perché se non ci fosse più il Servizio sanitario nazionale, che oggi grava sui cittadini solo per la fiscalità generale, il conto delle cure sarebbe assai salato”



Vogliamo mantenere in piedi l'attuale Sistema sanitario nazionale o siamo pronti a modifiche drastiche? E, prima di addentrarci in questa seconda ipotesi, abbiamo chiari in mente i costi che dovremmo sostenere per curarci privatamente se non esistesse un servizio sanitario pubblico universalistico? A porsi queste domande e ‘presentare i conti’ di ricoveri, interventi chirurgici e check up è l'Anaa Assomed.

“Siamo in una fase rischiosa per la tutela del diritto alla salute e le cause hanno radici antiche moltiplicatesi nel tempo” avverte l'Anaa.

Quali? Il cronico insufficiente finanziamento pubblico del Servizio sanitario nazionale che ci qualifica come “il primo dei paesi poveri” paragonabile a Grecia e Romania; l'autonomia differenziata, l'eccessiva frammentazione regionale e territoriale che subordina il diritto alla salute alla residenza, causando drammatiche differenze di aspettativa di vita e degradanti viaggi della speranza; la mancanza di riforme organiche nazionali del servizio sanitario che innovando e aggiornando tengano il passo con le straordinarie novità scientifiche e tecnologiche di cui disponiamo, affrontando i cambiamenti demografici e sociali in cui siamo immersi. Per non parlare di Covid e post Covid con tutte le conseguenze sanitarie, sociali economiche.



A questo si aggiungono la carenza di personale, l'incremento vertiginoso dei costi di tutte le attività sanitarie.

È dunque arrivato il momento di porsi delle domande che l'Anaa Assomed rimanda al Governo, alle Regioni e alle Istituzioni:

- Vogliamo ancora un sistema sanitario pubblico e universalistico finanziato dalla fiscalità generale?
- Che ruolo deve avere la sanità pubblica nella scala di priorità delle politiche nazionali?
- Riteniamo che il Servizio sanitario nazionale sia un bene comune da difendere? O vogliamo optare per un sistema universalistico selettivo?
- Quanta parte della ricchezza nazionale prodotta ogni anno (Pil) siamo disposti a destinare alla salute delle persone? Il confronto con l'Europa è desolante.

Per l'Anaa Assomed è solo una questione di scelte. "E i cittadini – sottolinea il sindacato – devono sapere che le decisioni in tema di sanità di chi ci governa avrà inevitabili e pesanti ripercussioni sulle loro tasche. Sì, perché se non ci fosse più il Servizio sanitario nazionale, che oggi grava sui cittadini solo per la fiscalità generale, il conto delle cure sarebbe assai salato".

Vediamo alcuni esempi, quelli più frequenti, in base a una ricerca condotta da Anaa Assomed, giugno 2023.



RICOVERO

Quanto costa al paziente un ricovero nel privato?

Da 422 a 1.278 euro al giorno per un ricovero che richiede da una bassa a un'alta complessità assistenziale

Quali altri costi sono a carico del paziente in caso di ricovero nel privato?

€1.200/ora
per la sala operatoria

€ 600/giorno
per la degenza in un reparto chirurgico

€ 400/giorno
per la degenza in un reparto di medicina

€165/giorno
per ricovero ordinario post acuzie



INTERVENTI CHIRURGICI

Quanto costa al paziente un intervento di colecistectomia nel privato?

€ 3.300
per Colecistectomia laparoscopica semplice

€4.000
per Colecistectomia laparoscopica complessa

da 3.000 a 10.000€
la parcella del chirurgo



CHECK UP CARDIOLOGICO

Quanto costa al paziente nel privato?*

€ 775
(con mammografia)
Donna >40 anni

€ 694
(con mammografia)
Donna <40 anni

€ 345
Uomo <40 anni

€ 395
Uomo >40 anni

*Le tariffe sono variabili a seconda di età, sesso ed esami previsti (di solito es. Elettrocardiogramma + Ecg di base e da sforzo con visita specialistica finale)

E ALLORA?

Vogliamo conservare il nostro servizio sanitario pubblico, o siamo disposti a pagare queste cifre per curarci? Per noi la risposta è chiara", conclude l'Anaa che aggiunge: "Ci auguriamo lo sia per tutti i cittadini che ci aiuteranno a difenderlo".

Sull'intramoenia una caccia alle streghe senza senso



Nel periodo della “ebollizione globale” tornano ad aggirarsi per la sanità italiana spettri che credevamo scomparsi. Marzio Bartoloni su *Il Sole 24 ore* del 28 luglio, prendendo spunto dalla situazione delle liste di attesa in Campania, scrive che “le prestazioni in regime intramoenia hanno come effetto (alias sono la causa del... ndr) l’allungamento delle liste di attesa”. Gli fa eco l’ex Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, convinta che “la sospensione dell’intramoenia possa funzionare per il recupero fisiologico (?) delle liste di attesa”. La convinzione che le prestazioni in intramoenia tolgano spazio alla sanità pubblica alimenta richieste, provenienti da più pulpiti, di limitare, o vietare del tutto, tale attività. Un po’ come l’abolizione del numero chiuso a Medicina, vero suicidio formativo ed economico, contrabbandata per soluzione all’attuale carenza di specialisti.

Prima che riparta una nuova caccia alle streghe, individuate nell’Attività libero professionale intramoenia (Alpi) dei medici dipendenti, additata al pubblico ludibrio come causa dell’esistenza delle liste di attesa, nonché di “corruzione istituzionale”, secondo qualche buontempono travestito da scienziato, è bene rinfrescare la memoria di politici e commentatori con i dati ufficiali. Innanzitutto, ricordiamo che le liste di attesa ci sono anche nella specialistica ambulatoriale, dove pure non esiste Alpi, e che esse rappresentano una caratteristica strutturale di tutti i sistemi sanitari pubblici, universalistici e solidali, ove il tempo di accesso ai servizi ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda e offerta. Su quest’ultima incide, ovviamente, la disponibilità di risorse strutturali, quali il livello di finanziamento del sistema sanitario, il numero dei medici e quello dei posti letto. Il regista statunitense Michael Moore nel presentare a Roma alcuni anni fa il suo documentario sulla sanità degli Stati Uniti, dichiarò, con tono tra il provocatorio e il beffardo, “Noi, negli Usa, abbiamo eliminato il problema delle file eliminando dal diritto alle cure 50 milioni di poveri che non possono pagarsi il dottore. Un consiglio? Eliminate i po-

veri dalle liste d’attesa e non aspetterete!”. Se non vogliamo applicare questa semplice ricetta, è bene evitare di diffondere fake news.

Viviamo da tempo in un sistema che ha la spesa sanitaria pubblica più bassa tra i paesi del G7, il più basso numero di posti letto ospedalieri per mille abitanti (3,1), parametro che al Sud nemmeno viene raggiunto, carenza di 20mila medici, tanto da ricorrere a gettonisti, e non solo per il PS, e da lasciare senza sostituzione le gravidanze, alla faccia del Ccnl, del valore sociale della maternità e dell’inverno demografico.

Veramente qualcuno può credere, e far credere, che se i medici, al di fuori del loro orario di servizio, andassero a pesca invece di svolgere attività professionale, le liste di attesa scomparirebbero o si ridurrebbero “a livello fisiologico”? Tanto più se consideriamo che solo il 38,6% dei medici esercita l’Alpi, al cui interno le prestazioni ambulatoriali rappresentano il 7% del totale erogato ogni anno dal servizio pubblico e quelle in regime di ricovero addirittura 0,2% (esattamente 13.908 dimessi in libera professione contro 4.863.817 nel 2021). Numeri molto al di sotto dei limiti indicati dalle leggi e dai contratti. Davvero sono essi a produrre tempi di attesa che ormai si misurano in semestri?

L’Alpi è inserita in una matrice organizzativa complessa, fatta di leggi, contratti e regolamenti. Il medico effettua la libera professione nell’azienda di appartenenza, o in strutture individuate dalla stessa, per tempi contingentati e documentati, con tariffe concordate e calmierate, con imposizione fiscale certa, in osservanza di uno stretto rapporto tra i volumi prestazionali libero professionali e quelli istituzionali. Il gap riscontrato, per alcune prestazioni e in alcune aziende sanitarie (specie in Campania) denuncia l’assenza dei dovuti controlli e la responsabilità di chi dovrebbe vigilare, ma non autorizza a fare di tutt’erba un fascio. Sarebbe come chie-

dere la chiusura di tutti gli esercizi commerciali perché un certo numero di essi sono stati sorpresi a non rilasciare lo scontrino fiscale.

Paradosso dei paradossi, l’Alpi finanzia con 50 mln ogni anno (di cui, però, si ignora il destino) proprio la riduzione delle liste di attesa, insieme con la copertura di spese aziendali, mai rendicontate, con circa 300 mln, garantendo anche una entrata fiscale certa pari a 250 mln. Meglio farne a meno, per regalare il tutto a un privato che si sta attrezzando allo scopo? O è proprio questo il vero obiettivo della polemica? Senza contare che alla riduzione delle liste di attesa i medici hanno destinato con il Ccnl 3 milioni di ore lavoro/anno sottraendole al loro aggiornamento professionale. Mentre le Aziende si guardano bene dal fare sapere ai cittadini che, per legge, è a carico del servizio pubblico il costo della prestazione in Alpi quando la attesa supera un limite predeterminato, e cosa ne è dei 300 milioni che incassano ogni anno.

Il fenomeno del tempo di attesa eccessivo, cresciuto a dismisura dopo il Covid anche per il persistente tetto alla spesa del personale sanitario, per la gobba demografica e la grande fuga dal Ssn dei medici dipendenti, induce una quota importante di cittadini (circa il 7%) a rinunciare alle cure rappresentando, insieme con la crescente disegualianza sociale e territoriale, un importante indicatore di crisi della sanità pubblica. Che oggi sopravvive grazie al senso di responsabilità dei Medici, nonostante il peggioramento estremo delle loro condizioni di lavoro, a fronte del calo drastico delle risorse, e l’avanzare nell’organizzazione dei servizi sanitari di una sorta di “neo taylorismo”, dove il tempo di relazione, l’ascolto del paziente e dei suoi bisogni è considerato un tempo morto e il tempo di cura un costo da comprimere, anche mediante tempari e overbooking.

Se veramente si vuole la riduzione dei tempi di attesa per garantire il diritto alla salute dei cittadini, occorre aumentare la capacità di offerta finanziando il Ssn con l’8% del PIL, come avviene nei paesi UE con i quali ci confrontiamo, portando il numero dei posti letto alla media europea, assumendo personale sanitario con retribuzioni adeguate e condizioni contrattuali migliori.

In fondo al tunnel di una politica “tafazziana”, in cui si spara contro il servizio pubblico, 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.

COSTANTINO

TROISE

*Responsabile
Centro Studi e
Formazione
Anaao Assomed*

CARLO PALERMO

*Presidente
Nazionale Anaao
Assomed*



“Servono risorse per riorganizzare e rafforzare il modello ospedale-territorio”

Positiva l'istituzione decisa dal Ministro della Salute del Tavolo Tecnico (i cui componenti, secondo l'ultimo aggiornamento del ministero, sono ben 76) per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione dei Regolamenti dell'assistenza ospedaliera, il DM 70 e dell'assistenza territoriale, il DM 77 perché potenzialmente utile al rafforzamento e all'innovazione del Ssn.

Questa la posizione dell'Anaa Assomed

“Il DM 70 da diversi anni – commenta il Segretario nazionale Anaa Assomed, Pierino Di Silverio – ha mostrato limiti, storture e inadeguatezze che hanno contribuito, senza esserne la causa principale, all'indebolimento dell'assistenza ospedaliera e al peggioramento delle condizioni di lavoro, costituendo un elemento di strutturale fragilità reso evidente dalla crisi pandemica. Prova ne sia che nel 2021 era già stato avviato un percorso di riforma che aveva prodotto una prima bozza mai arrivata a formalizzazione. Il DM 77 vive, per il momento sulla carta, nelle elaborazio-

ni teoriche dei modelli organizzativi e nelle poche e difformi esperienze regionali che ne hanno anticipato i principi ispiratori. Ha l'innegabile pregio di affrontare, innovando e investendo, la non più rinviabile riforma dell'assistenza territoriale e delle cure primarie”.

È evidente, prosegue Di Silverio, che i due Decreti, pur nelle macroscopiche differenze di genesi e di fase di attuazione, costituiscono “i riferimenti organizzativi delle due parti *naturalmente* complementari e sinergiche del Ssn, che insieme dovrebbero realizzare la tanto auspicata continuità dei percorsi di cura ospedale-territorio e garantire la reale presa in carico dei bisogni di salute delle persone”.

“Le migliori intenzioni riformatrici devono però fare i conti con condizioni di realtà, che rendono le riforme più difficili e necessarie – aggiunge il Segretario nazionale – da molti anni il Ssn convive con una condizione di sottofinanziamento pubblico che ci ha reso ‘*il primo dei paesi poveri*’ nel confronto in-

ternazionale, minando le fondamenta dell'universalismo egualitario su cui si regge il diritto alla salute. Invertire potentemente questa condizione di impoverimento strutturale, tecnologico e professionale è il presupposto necessario e prioritario di qualsiasi riforma di sistema che altrimenti sarebbe l'ennesimo libro dei sogni che diventano incubi nel buio del razionamento.

La grande occasione del Pnrr – prosegue Di Silverio – sta diventando per la sanità un'occasione persa. La quantità di risorse sino ad ora utilizzata è irrisoria rispetto alla disponibilità ed è di attualità all'allarme lanciato dalle Regioni sulla mancanza di risorse dedicate al personale e la necessità di una parziale revisione del Piano su tempistiche e messa a terra di alcuni interventi previsti. Questi due soli macroscopici esempi - molti altri se ne potrebbero elencare - per ribadire la scontata evidenza che non sono credibili riforme parziali e tecniche di assetti organizzativi fuori contesto. La migliore riscrittura del DM 70 e la più forte implementazione del DM 77 non vivrebbero in un Sistema sanitario in cronica crisi d'identità e di risorse”.

Alle premesse considerazioni generali che si possono formulare all'insediamento del Tavolo Tecnico il Segretario Nazionale dell'Anaa ne aggiunge alcune preliminari e più specifiche riguardo al “nuovo” DM 70.

“La crisi di capienza - siamo il paese con il più basso rapporto posti letto/milleabitanti tra i paesi occidentali, pur sommando i PL pubblici e del privato accreditato - e l'eccesso di rigidità delle reti ospedaliere che la pandemia ha evidenziato con chiarezza mettono in evidenza la forte necessità di incrementare la dotazione di posti letto e di aumentare l'elasticità ricettiva degli ospedali applicando un necessario principio di ridondanza.

È necessario – prosegue il segretario nazionale Anaa – potenziare alcune attività a sostegno della rete dell'emergenza, a partire dalle terapie intensive e dalle aree semintensive. Alcuni nodi irrisolti richiedono scelte chiare e univoche: ruolo e funzioni dei piccoli ospedali, permanenza dei punti nascita sotto standard, declinazione delle reti cliniche, equilibrio tra i principi volumi/esiti e autosufficienza territoriale/prossimità”.

Quindi, conclude Di Silverio: “Consideriamo i 5 tavoli tematici che si sono costituiti e che concluderanno i lavori entro il 31 ottobre un modo proficuo di operare al fine di salvaguardare l'articolo 32 della Costituzione e ottenere quell'integrazione ospedale-territorio di cui il sistema ha bisogno”.



**Intervista del Segretario nazionale
Pierino Di Silverio
al *Quotidiano Nazionale***

Non tutti i settori soffrono, allargare le maglie significa sfornare disoccupati

All'ennesimo annuncio della ministra dell'Università Anna Bernini sulla progressiva liberalizzazione dell'accesso all'Università, in un'intervista realizzata da Giulia Prosperetti sul *Quotidiano Nazionale*, il segretario nazionale Anao Assomed Pierino Di Silverio ribadisce il fermo "no" al progetto di "graduale" abolizione del numero chiuso per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia e si dice contrario all'aumento di 30mila posti previsto da qui a 7 anni

Non serve aumentare i posti?

"Oggi abbiamo una carenza di medici pari a 15mila unità. Per formare un medico in Italia occorrono 11 anni, e allargare oggi le maglie del numero chiuso a Medicina vuol dire sfornare tra 11 anni medici che saranno, inevitabilmente, in numero superiore rispetto alle esigenze dal momento che la gobba pensionistica, stando ai dati dell'Onaosi, nel 2025-26 raggiungerà l'apice dopodiché ritornerà alla normalità. Se non c'è una programmazione reale dei fabbisogni dei medici da qui ai prossimi 11 anni, perché non è mai stata fatta, come si fa a definire il numero di medici che serviranno?"

Dal Mur affermano che al numero di '30mila' si è giunti attraverso un'analisi dei fabbisogni e che è in atto un lavoro sulle specializzazio-

ni per evitare l'imbuto formativo. Non la tranquillizza?

"Non mi tranquillizza fino a quando non vedo i numeri. Fino ad oggi si è parlato solo di 'gruppi di lavoro' che si sono riuniti, il Mur non ha avuto un confronto con le parti sociali. Conoscono i dati di oggi relativi alle esigenze dei medici nelle Regioni? Inoltre se, con la graduale apertura del numero chiuso, a settembre i posti aumentano di 4mila, l'anno prossimo di 6mila, già arriviamo complessivamente a 25mila studenti. Come li formano se oggi la capienza formativa delle Università italiane è di 15mila studenti?"

Più risorse e assunzioni non sono sufficienti?

"Ma c'è un problema: già oggi manca il 50% dei docenti e un docente non si fa in un giorno. Se veramente c'è la volontà di superare le difficoltà dovute alla carenza di medici la soluzione non è sfornare più medici perché in questo modo tra 11 anni avremo disoccupati di lusso che favoriranno il lavoro a cottimo a basso costo nelle cooperative. Bisogna riuscire a rendere attrattiva la professione in alcune branche, perché la carenza non c'è in tutte, e dall'altra parte fare una programmazione pubblica, trasparente, reale sulla scorta della quale ci sediamo a un tavolo se occorre aumentare i posti a medicina o se non occorre farlo"

Sul fronte della programmazione delle specializzazioni quali sono le criticità?

"Il problema è che i numeri dei posti per le specializzazioni vengono definiti dalle Regioni, poi passano in Conferenza Stato-Regioni e, infine, arrivano al Ministero. Come pensa questo gruppo di lavoro di adeguare i posti di specializzazione senza avere la percezione di cosa sarà il Sistema sanitario nazionale tra 7 o tra 10 anni, senza avere contezza della futura carenza di medici specialisti?"

Cosa chiedete al Governo?

"Chiediamo che questo tavolo che hanno creato, si confronti con le parti sociali e ci facciano capire come viene fatta la programmazione. Non può essere fatta a spanne, le Regioni devono dirci quanti specialisti mancano. Non si può giocare con la Sanità anche perché formare un medico costa quanto una Ferrari. Su questa base deve essere mantenuto un numero programmato tale da garantire occupazione e una qualità formativa alta senza arrivare mai all'abolizione del numero chiuso: le richieste sono talmente tante che gestire 70mila studenti sarebbe impossibile, porterebbe allo sfascio".

CAMPAGNA ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED 2023



Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED.

GIOCA D'ANTICIPO
CON TUTTI I SERVIZI **GRATIS**
DEL PACCHETTO SICUREZZA

POLIZZA RC
COLPA GRAVE

POLIZZA
TUTELA LEGALE

ASSILEGAL

UFFICIO
LEGALE

CYBERSECURITY

TUTELA DALLE
AGGRESSIONI

POLIZZE PER
SPECIALIZZANDI

CORSI ECM



Scopri tutti
i servizi

ANAAO  **ASSOMED**

www.anaao.it
f @ x d v

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

**Lo sapevi che l'assicurazione
per Colpa Grave
è obbligatoria per legge?**

**Con l'Anaaao puoi
avere la POLIZZA
RC COLPA GRAVE.
Gratis!**

**La migliore copertura e le migliori garanzie
per lavorare in sicurezza**

Condizioni
e dettagli
del servizio



Fai la cosa giusta!

Iscriviti all'Anaaao Assomed.



www.anaao.it



CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

**Cerchi la migliore polizza
che difenda i tuoi diritti
contrattuali?**

**L'Anaaao
ti offre
la TUTELA
LEGALE. Gratis!**

**Con la possibilità
di alzare il massimale
e integrare i servizi**

Condizioni
e dettagli
del servizio



Fai la cosa giusta!

Iscriviti all'Anaaao Assomed.



www.anaao.it



CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Hai bisogno di supporto
in tema di malpractice?

L'Anaaao ti offre ASSILEGAL. Gratis!

Il nuovo network
di assistenza legale
per la malpractice

Condizioni
e dettagli
del servizio



Fai la cosa giusta!

Iscriviti all'Anaaao Assomed.



www.anaao.it



CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Devi risolvere una controversia
legale o contrattuale?

L'Anaaao
ti offre
l'UFFICIO
LEGALE. **Gratis!**

Avvocati, giuristi, ed esperti qualificati
a tua disposizione

Condizioni
e dettagli
del servizio



Fai la cosa giusta!

Iscriviti all'Anaaao Assomed.



www.anaao.it



CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Lo sapevi che gli attacchi
informatici sono +53% in Italia?

Metti in sicurezza
i tuoi dati con
**CYBERSECURITY
ANAAO. Gratis!**

Il nuovo servizio
che protegge te e i tuoi familiari

Condizioni
e dettagli
del servizio



Fai la cosa giusta!

Iscriviti all'Anaa Assomed.



www.anaao.it



CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Sei stato aggredito
durante il turno di lavoro?

Con l'Anaaao Assomed
puoi difenderti
e reagire alla
violenza. **Gratis!**

Denuncia penalmente
il tuo aggressore
e chiedi il risarcimento danni
in sede civile

Condizioni
e dettagli
del servizio



Fai la cosa giusta!

Iscriviti all'Anaaao Assomed.



www.anaao.it



CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Cerchi una polizza per gli specializzandi?

L'HAI TROVATA!

L'Anaa Assomed offre POLIZZE assicurative
vantaggiose e tutti i SERVIZI
ai colleghi SPECIALIZZANDI

Condizioni
e dettagli
del servizio



Fai la cosa giusta!

Iscriviti all'Anaa Assomed.



www.anaao.it



CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

PACCHETTO SICUREZZA ANAAO ASSOMED

Sei indietro
con i crediti Ecm?

Approfitta dei corsi
della Fondazione
Pietro Paci...
anche per
la radioprotezione.
Gratis!

La formazione giusta per te
a portata di click

Condizioni
e dettagli
del servizio



Fai la cosa giusta!

Iscriviti all'Anaa Assomed.



www.anaao.it



Il lavoro in sanità riduce l'aspettativa di vita dei medici

Condizioni di lavoro inadeguate e stress determinano una diminuzione dell'aspettativa di vita dei medici. È questa la conclusione dall'analisi incrociata di dati e pubblicazioni provenienti da diversi paesi

Non sorprende che le condizioni e il tipo di lavoro giochino un ruolo sulla salute dei medici, specie in alcune discipline. Ma che si riduca sensibilmente la sopravvivenza di mediche e medici, rispetto alla popolazione generale, è un'informazione che deve suscitare attenzione e interventi politici adeguati. Nel 2021, la rivista britannica *Lifestyle Medicine* ha pubblicato uno studio retrospettivo su dati collezionati dal *British Medical Journal* tra il 1997 e il 2019, grazie alla presenza di un registro che certifica l'anno di morte e il settore di specialità dei medici britannici. I dati dimostrano, ad una prima analisi, che i medici vivono più a lungo rispetto alla popolazione generale grazie alla presenza di tre fattori:

- 1 benessere economico e classe sociale tali da influenzare positivamente lo stile di vita (questo elemento influenza positivamente anche altre professioni)
- 2 maggiore conoscenza sul tema della prevenzione e del precoce riconoscimento di patologie
- 3 rapido accesso a diagnosi e terapie.

Lo studio inglese evidenzia, però, che questa longevità riguarda solo alcune categorie di medici e il divario nella aspettativa di vita tra i medici di medicina generale ed i colleghi di PS è di ben 20 anni a favore dei primi. Questo gap si manifesta soprattutto per i medici che lavorano nel settore dell'emergenza urgenza - ma anche in anestesia e rianimazione - che muoiono prima della popolazione generale (a differenza delle altre discipline specialistiche) e il rischio di mortalità precoce persiste per i colleghi e le colleghe del PS anche se successivamente cambiano reparto lavorativo. In modo azzardato e provocatorio, si può affermare che lavorare nel settore dell'urgenza sia un fattore di rischio specifico e provochi danni irreparabili sulla salute degli operatori al pari del fumo di sigaretta.

Ma cosa accade ai medici italiani?

Nel 2016, l'Ordine degli attuari ha presentato uno studio retrospettivo su dati raccolti dal 1980 al 2011, provando che le professioni con fasce di reddito più alte, tra cui i medici, vivono più a lungo della popolazione generale. Anche i dati forniti dall'Enpam, per gli anni 2020-21-22 sembrano dimostrare una aspettativa di vita maggiore delle mediche e dei medici rispetto alla popolazione generale.

ALESSANDRA SPEDICATO, MARINA TARBITANO
Area Formazione Femminile Anaa Assomed

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale Anaa Assomed

Ma se andiamo ad osservare con più attenzione i dati riportati (vedi grafici allegati) cogliamo due aspetti molto interessanti. Il delta tra le due categorie (medici vs popolazione generale), nel corso degli ultimi anni, si è ridotto in modo importante nel sesso femminile.

Nel 2005, le donne medico vivevano 4 anni in più rispetto alla popolazione generale, mentre nel 2022 la differenza si è ridotta a 1,77 anni. Anche nel sesso maschile, questo delta appare in flessione, anche se in misura inferiore. Nel 2005 i medici vivevano 2,13 anni in più rispetto alla popolazione generale, mentre nel 2022 la loro aspettativa di vita appariva superiore solo di 1,92 anni. L'idea che il peggioramento complessivo delle condizioni di lavoro nella Sanità italiana stia influenzando lo stato di salute dei suoi professionisti è rafforzata dal dato che tra il 2006 e il 2009 e nel 2020/21 tra i medici (ma non tra la popolazione generale) c'è stata una brusca inflessione nella crescita degli anni di aspettativa di vita a 68 anni.

Cosa sia successo nel 2020-21 è noto a tutti, mentre si presume che a influenzare il dato nella prima decade degli anni 2000 possa essere stato l'impatto sui conti dello stato della crisi finanziaria del 2008 e il riscontro di disavanzi sanitari elevati in alcune regioni a partire dal 2007. I conseguenti piani di rientro con il blocco del turnover, senza l'adozione della direttiva europea sull'orario di lavoro, che disciplina il diritto al riposo, ha avviato le condizioni di lavoro negli ospedali su una china che le

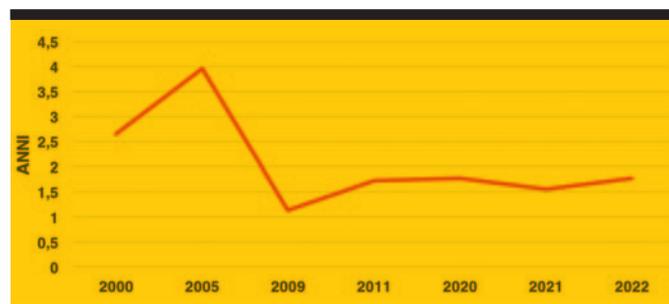
ha progressivamente portate, grazie anche alla riduzione del finanziamento reale e all'impatto della pandemia, al drammatico stato odierno.

Oggi la crescente presenza femminile in Sanità deve far riflettere le istituzioni su un rischio di genere legato alle attuali condizioni di lavoro. Sono ormai innumerevoli gli studi, a livello nazionale e internazionale, non ultimo quello prodotto dall'Ordine dei Medici di Napoli, riguardo gli effetti nocivi sulla salute di stress lavoro correlato e burn out, ma soprattutto la loro preoccupante incidenza nella classe medica. Uno studio pubblicato nel Dicembre 2022 sulla rivista italiana *Journal of Gender Specific Medicine* sottolinea che le donne - forza lavoro ormai prevalente in sanità - risultano più a rischio, da un punto di vista psicologico, per patologie da stress lavoro correlato, mentre la rivista *Current Biology* ha reso noti i danni cerebrali di compiti cognitivi prolungati (attività multitasking, concentrazione, memoria e risoluzione di problemi), propri di alcune attività lavorative tra le quali quella del medico, favoriti dall'accumulo nel cervello di glutammato. Insomma, non solo i medici italiani rischiano di morire prima della popolazione generale ma soprattutto di presentare una morbilità maggiore.

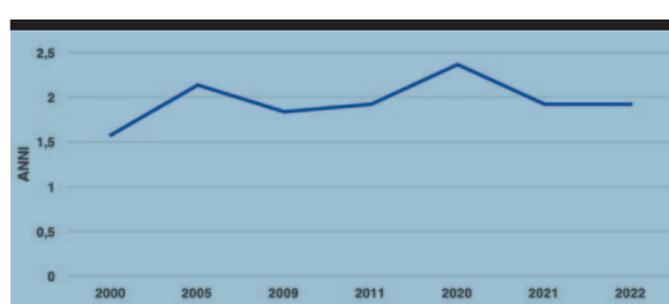
Una nota di speranza emerge dall'evidenza che la pensione faciliti cambiamenti nello stile di vita e il ritorno a ritmi circadiani fisiologici, tali da ridurre il rischio di eventi avversi cardiovascolari. Stupisce allora la volontà politica di proporre, con accanimento, un pensionamento ritardato dei medici a 72 anni, ma soprattutto il mancato riconoscimento, alla luce di tutti i rischi elencati, del loro lavoro - almeno in alcune specialità - come usurante. In queste categorie, troviamo peraltro quella del professore di orchestra, ma non quello del chirurgo che usa il bisturi o dell'urgentista che passa la notte insonne. Come se tali lavori non avessero alcun effetto sulla salute dei medici, a dispetto di quello che ci dicono i dati. Ebbene, alla luce di questi dati, paradossalmente più saggi i giovani medici laureati che fuggono da queste specialità così logoranti, nella speranza di assicurarsi una lunga e serena vita lavorativa e sociale.

È necessaria una inversione di rotta non solo nella difesa del sistema sanitario pubblico e nazionale ma anche dei suoi professionisti, razza non protetta a rischio estinzione. Perché è corretto ricordare che, se l'aspettativa di vita dei cittadini italiani è superiore alla media europea è merito non solo della genetica o della dieta ma anche del Sistema sanitario che se ne prende cura. E quando questo sistema, con i suoi medici e le sue mediche non ci sarà più, noi italiani finiremo di vantare la nostra longevità.

Differenza in anni tra l'aspettativa di vita dei medici e la popolazione generale Sesso femminile



Differenza in anni tra l'aspettativa di vita dei medici e la popolazione generale Sesso maschile



Segui la tua Associazione sui social!



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



su Facebook @AnaaAssomed



su Twitter @anaao_assomed



su LinkedIn @AnaaAssomed



su Instagram @anaao_assomed



su Tik Tok @anaaoassomed



E sul sito: www.anaao.it

**Invita i Colleghi
a seguirci!**

SEGUI IN TEMPO REALE LE ATTIVITÀ DELLA TUA ASSOCIAZIONE WWW.ANAAO.IT



www.anaao.it

RASSEGNA STAMPA QUOTIDIANA

NEWS

SERVIZI

ASSISTENZA LEGALE

POLIZZE ASSICURATIVE

COMUNICATI

CONTRATTO

EVENTI

DALLE REGIONI

ATTIVITÀ PARLAMENTARE

ANAAO GIOVANI

DIRIGENZA SANITARIA

VIDEO

PUBBLICAZIONI

