

d!

d!rigenza medica

- 6 **Rapporto pubblico/privato**
Le proposte dell'Anaa Assomed
- 11 **Contributi**
Una sfida per il nuovo contratto
- 13 **Asili nido in ospedale**
Una conquista da pretendere
- 14 **Covid-19**
Cosa attendersi per i prossimi mesi

Il mensile dell'Anaa Assomed



L'Anaa Assomed
sulla manovra
di bilancio 2022:
"Parzialmente
soddisfatti"

PER MEDICI E DIRIGENTI SANITARI

DDL BILANCIO
2022

MANOVRA AVARA

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
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

**Progetto grafico
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

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

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di novembre 2021

DDL
BILANCIO
2022

MANOVRA AVARA

PER MEDICI E DIRIGENTI SANITARI

“Raddoppiato – scrive il sindacato in una nota - lo stipendio degli amministratori comunali, riconosciuta la specificità delle forze armate, valorizzata la professionalità dei docenti, incrementato l'organico della magistratura, per quel personale, medico e non, che si è caricato sulle spalle una pandemia senza precedenti non ci sono incrementi dei livelli retributivi o miglioramenti delle condizioni di lavoro all'interno di una manovra di 30 mld”.

“Lo stesso investimento sulle liste di attesa – prosegue - è privo del riconoscimento agli operatori sanitari del trattamento fiscale concesso ad altri lavoratori del settore pubblico ed alla sanità privata, cui, non a caso, sono destinati 150 mln sottratti ai 500 complessivi. Nessuno nega il valore positivo della proroga dei rapporti di lavoro (precari) con gli specializzandi, della possibilità di stabilizzare il personale reclutato per la emergenza a tempo determinato con procedure concorsuali, dell'istituzione di una indennità specifica per il Pronto soccorso, ancorchè irrisoria, dell'incremento del tetto di spesa per l'assunzione di personale, pur subordinato all'eterna determinazione del mitico fabbisogno. Elementi avulsi, però, da un'idea e da un'azione progettuale che affrontino il malessere crescente dei medici e dirigenti sanitari ospedalieri, sempre più esposti alle aggressioni, a un clima organizzativo autoritario fino alla negazione dei diritti, a un iper-sfruttamento ai limiti dell'abuso, in preda a burn out e stress post traumatico.

Nè appaiono risolutivi di una crisi strutturale della sanità, a rischio di un collasso nervoso, avviata a una deriva privatistica”.

“Anzi – evidenzia il sindacato - , ai medici che “nella risposta all'epidemia probabilmente sono quelli che hanno fatto di più” (Draghi dixit) viene negato anche un migliore Contratto di lavoro, scaduto l'attuale senza nemmeno aprire il confronto per un suo rinnovo. Nonchè l'indennità di rischio biologico, tanto le pandemie, si sa non esistono e comunque gli “eroi” non si ammalano”.

“Ma il PNRR – rimarca l'Anaa - è un'enorme opportunità di sviluppo per il SSN solo a patto di investire



“La foto degli operatori sanitari tra i leader del G20 rappresenta un giusto riconoscimento ai loro meriti. Non altrettanto la manovra di bilancio 2022”, di cui Anaa Assomed si dichiara “parzialmente soddisfatta”

sul personale necessario, come da subito Anaa Assomed ha denunciato e oggi riconoscono anche le Regioni, mentre lamentano che i 2 miliardi in più per il FSN non bastano a rilanciare gli investimenti per il personale necessario all'attuazione del PNRR. Il previsto incremento dei contratti di formazione specialistica rischia di essere una toppa peggiore del buco. Invece di una riforma di sistema della formazione medica che programmi anche i fabbisogni, si creano le condizioni per un prossimo “imbuto lavorativo”, una riedizione della pletera degli anni 70 che fornirà specialisti ai sistemi sanitari europei a spese dei contribuenti italiani.”

“La manovra – conclude - , insomma, pensa ai medici di domani per evitare di occuparsi di quelli di oggi, ai quali era stato promesso che la politica si sarebbe occupata dei loro bisogni. Lavorare in ospedale è oggi una sofferenza per chi garantisce i LEA, aggravata da una insopportabile carenza e sottoretribuzione del personale, sempre più attratto dalle sirene di privato e cooperative, ma tocca alla Politica evitare il precipizio in cui si sta avviando “il bene pubblico più prezioso”. Per dirlo con parole del Ministro “dobbiamo ripartire da chi questo sistema ha fatto diventare grande: i professionisti che lavorano in corsia, negli ambulatori periferici, nei laboratori, nelle guardie dimenticate da tutti, nei pronto soccorso affollati”.

“Questa è una promessa che aspetta di essere mantenuta” e che Anaa Assomed ricorda al Parlamento, “cui tocca ora occuparsi dell'emergenza silenziosa che colpisce chi ha salvato il Paese dalla emergenza sanitaria”.

Per la sanità aumenta il fondo (2 miliardi l'anno) e il finanziamento per le specializzazioni. Prevista anche indennità per il Pronto soccorso

Per medici e dirigenti poco o niente

Per la sanità sono comunque molti gli interventi messi a norma. A partire dall'aumento del fondo sanitario che potrà contare su 2 miliardi in più l'anno fino al 2024, cui si aggiungono altri 1,850 miliardi per vaccini e farmaci Covid. Poi stabilizzazione dei precari assunti in emergenza, più contratti di specializzazione e nuovo tetto di spesa per la farmaceutica ospedaliera

Il primo ddl del Governo Draghi è all'esame del Parlamento.

Per la sanità vengono stanziati 2 miliardi in più per il Fsn per ciascuno degli anni 2022-2024, un altro miliardo e 850 milioni per farmaci e vaccini Covid e poi stabilizzazione del personale sanitario precario assunto durante l'emergenza Covid per la quale si stima una spesa complessiva (a valere comunque sulle risorse del fondo sanitario) di circa 690 milioni nel 2022 che scenderà a circa 625 milioni a decorrere dal 2023.

Poi un finanziamento aggiuntivo per la **specializzazione dei medici** per arrivare a circa 12mila posti annui stabili con una spesa nel triennio di 860 milioni.

Viene poi istituita una **specifiche indennità per medici e personale del Pronto soccorso** a decorrere dal 1 gennaio che potrà contare su uno stanziamento complessivo di 90 milioni di euro (27 riservati ai medici e 63 agli altri operatori).

Vengono poi prorogate fino al 30 giugno 2022 le Usca anti Covid.

Poi molte novità tra le quali spicca l'aumento del tetto di spesa della far-

maceutica per acquisti diretti (ospedaliera e Asl) che passa dall'attuale 7,65% all'8% nel 2022 per salire all'8,15% nel 2023 e arrivare all'8,30% nel 2024. Il tetto della convenzionata (farmacie) resta invece al 7% come resta allo 0,20% quello per i gas medicinali. Complessivamente quindi il tetto della farmaceutica sale, dal 14,85% attuale, al 15,20% nel 2022 e poi al 15,35% nel 2023 e al 15,50% a fine triennio. Con questo incremento la farmaceutica ospedaliera potrà contare su un budget di circa 434 milioni in più nel 2022.

Altre novità per l'**edilizia sanitaria che acquisisce altri 2 miliardi** per finanziare il piano di ammodernamento della rete che passa da 32 a 34 miliardi, e si mette a regime l'incremento annuale del 10% rispetto al limite di spesa per il personale del Ssn, oggi previsto in tale misura solo fino al 2021.

Poi si prevede il **coinvolgimento della sanità privata per favorire lo smaltimento delle liste di attesa** accumulate durante i due anni di Covid riservando loro una quota di 150 milioni dei 500 milioni già stanziati a questo scopo.

Ma poi ci sono molte norme sparse in manovra in titoli diversi da quello dedicato specificatamente alla sanità con misure di interesse per sanità e sociale: dall'**abbassamento al 10% dell'Iva**

sugli assorbenti femminili (oggi al 22%) a un fondo per la **promozione dell'insegnamento dell'educazione motoria con personale specializzato nelle scuole primarie** (quarta e quinta classe).

Poi nuove norme per le **lavoratrici madri e per i congedi di paternità** e molte misure per la disabilità in diversi campi e settori.

Ma forse la novità più significativa è la **definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza** costituiti «dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità».

Molta carne al fuoco per l'Anaa Assomed siamo di fronte a una manovra che, a conti fatti, «è avara con i medici e i dirigenti sanitari del Ssn».

Ecco comunque un'ampia sintesi delle principali misure di interesse sanitario e sociale della manovra:

ARTICOLO 88

Incremento Fondo sanitario nazionale

Si conferma l'incremento del **Fondo sanitario nazionale** di 2 miliardi l'anno per tre anni che porta lo stanziamento per il 2022 a quota 124,061 miliardi; a 126,061 miliardi per il 2023 e a 128,061 miliardi per il 2024.

Cresce anche il **Fondo destinato all'acquisto di farmaci innovativi**. Questo verrà incrementato di 100 milioni di euro per l'anno 2022, di 200 milioni di euro per l'anno 2023 e di 300 milioni di euro a decorrere dall'anno 2024. Al fine di aumentare il numero dei **contratti di formazione specialistica dei medici** che il Ministro Franco ha chiarito saranno stabilizzati al numero di 12mila posti l'anno per garantire il fabbisogno di specialisti in modo stabile, viene autorizzata l'ulteriore spesa di 194 milioni di euro per l'anno 2022, 319 milioni di euro per l'anno 2023, 347 milioni di euro per l'anno 2024, 425 milioni di euro per l'anno 2025, 517 milioni di euro per l'anno 2026 e 543 milioni di euro a decorrere dall'anno 2027.

ARTICOLO 89

Finanziamento del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023

Vengono stanziati 200 milioni di euro per l'implementazione delle prime mi-

sure previste dal Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (**PanFlu**) 2021-2023, che saliranno a 350 milioni nel 2023.

ARTICOLO 90

Risorse per vaccini anti Sars-CoV-2 e per farmaci per la cura del Covid-19 e Continuità operativa del sistema di allerta Covid

Viene incrementato di 1.850 milioni di euro per l'anno 2022 il **fondo per l'acquisto dei vaccini anti Sars-CoV-2 e dei farmaci per la cura dei pazienti con Covid-19**.

L'utilizzo dell'applicazione e della **piattaforma Immuni**, nonché ogni trattamento di dati personali effettuato saranno interrotti alla data di cessazione dello stato di emergenza, e comunque non oltre il 31 dicembre 2022, ed entro la medesima data tutti i dati personali trattati devono essere cancellati o resi definitivamente anonimi.

ARTICOLO 91

Edilizia sanitaria

Il finanziamento del **programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico** viene incrementato di ulteriori 2 miliardi di euro. Al fine di costituire una **scorta nazionale di dispositivi di protezione individuale (DPI)**, di mascherine chirurgiche, di reagenti e di kit di genotipizzazione, in coerenza con quanto previsto nel Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (**PanFlu**) 2021-2023, è autorizzata la spesa di 860 milioni di euro a valere sul finanziamento del programma di edilizia sanitaria vigente.

Per consentire lo sviluppo di sistemi informativi utili per la sorveglianza epidemiologica e virologica, nonché per l'acquisizione di strumentazioni utili a sostenere l'attività di ricerca e sviluppo correlata ad una fase di allerta pandemica, in coerenza con quanto previsto nel Piano strategico operativo nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (**PanFlu**) 2021-2023, è autorizzata la spesa di 42 milioni di euro a valere sul finanziamento del programma di edilizia sanitaria vigente.

ARTICOLO 92

Proroga dei rapporti di lavoro flessibile e stabilizzazione del personale del ruolo sanitario

Al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di consentire la valorizzazione della profes-

sionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio anche durante la predetta emergenza, gli enti del Servizio sanitario nazionale, nei limiti di spesa consentiti:

A verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio, nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono avvalersi, anche nell'anno 2022, di medici specializzandi non oltre il 31 dicembre 2022;

B possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio sanitari che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del servizio sanitario nazionale almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive.

Viene modificato l'articolo 111 del DL 35/2019 stabilendo che la **spesa per il personale sanitario**, a livello regionale, possa essere incrementata di un importo pari al 10% dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente, stabilizzando così tale incremento che attualmente era previsto solo fino al 2021 per poi scendere al 5%.

Si stabilisce inoltre che dal 2022 l'ulteriore incremento del 5% (già previsto dall'attuale normativa) sarà subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni, su proposta dell'Agenas, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. Le regioni sulla base della predetta metodologia predispongono il piano dei fabbisogni triennali per il Servizio sanitario regionale che sono valutati e approvati dal tavolo di verifica degli adempimenti.

“
Molta carne al fuoco per l'Anaa Assomed siamo di fronte a una manovra che, a conti fatti, è avara con i medici e i dirigenti sanitari del Ssn”

ARTICOLO 93

Rafforzamento dell'assistenza territoriale, dell'attività di prevenzione contro i tumori, nonché modifiche all'articolo 7 del decreto legislativo C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233

Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Pnrr per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli e, per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni per l'anno 2022, 150,1 milioni per l'anno 2023, 328,3 milioni per l'anno 2024, 591,5 milioni per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Al fine di sostenere le fondamentali attività di prevenzione oncologica della **Legge italiana per la lotta contro i tumori (Lilt)** nonché delle connesse attività di natura socio-sanitaria e riabilitativa è riconosciuto alla medesima Lega un contributo pari a 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022. Alle **Federazioni nazionali degli Ordini professionali** sono attribuiti non solo i compiti di indirizzo e coordinamento e di supporto amministrativo agli Ordini e alle Federazioni regionali, ove costituite, nell'espletamento dei compiti e delle funzioni istituzionali; ma anche l'organizzazione e gestione di una rete unitaria di connessione, interoperabilità e software alla quale i predetti Ordini e Federazioni regionali obbligatoriamente aderiscono concorrendo ai relativi oneri.

ARTICOLO 94

Disposizioni in materia di liste di attesa Covid

Le Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse previste dalla legge 106/2021 vengono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Le Regioni possono coinvolgere anche le **strutture private accreditate** per un ammontare non superiore all'importo



complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, nel limite della autorizzazione di spesa per complessivi 500 milioni di euro, a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022.

ARTICOLO 95

Aggiornamento tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera

Al fine di aggiornare le valutazioni inerenti l'appropriatezza e il sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dal Servizio sanitario nazionale, si provvede all'aggiornamento entro il 30 giugno 2023 con Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale congiuntamente all'aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera. Le predette tariffe massime come aggiornate con il decreto di cui al primo periodo costituiscono limite tariffario invalicabile per le prestazioni rese a carico del Servizio sanitario nazionale e sono ag-

“
Il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8 per cento per l'anno 2022, dell'8,15 per cento per l'anno 2023 e dell'8,30 per cento a decorrere dall'anno 2024

giornate dal Ministero della Salute ogni due anni con la medesima procedura di cui al primo periodo.

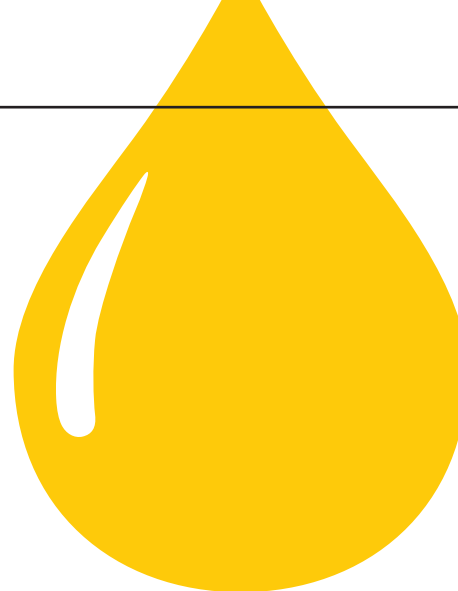
ARTICOLO 96

Tetti di spesa farmaceutica

Il tetto della **spesa farmaceutica per acquisti diretti** è rideterminato nella misura dell'8 per cento per l'anno 2022 (oggi è fissato 7,65%), dell'8,15 per cento per l'anno 2023 e dell'8,30 per cento a decorrere dall'anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per **acquisti diretti di gas medicinali** (0,20%). Resta invece fermo il limite della **spesa farmaceutica convenzionata** nel valore del 7 per cento. Conseguentemente il tetto complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15,20% per cento per l'anno 2022 (oggi è il 14,85%), nel 15,35 per cento nell'anno 2023 e nel 15,50 per cento a decorrere dall'anno 2024.

Queste percentuali possono essere annualmente rideterminate, fermi restando i valori complessivi, in sede di predisposizione del disegno di legge di bilancio, su proposta del Ministero della salute, sentita l'Aifa, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, sulla base dell'andamento del mercato dei medicinali e del fabbisogno assistenziale.

L'attuazione di nuovi tetti è subordinata all'aggiornamento annuale da parte dell'Aifa dell'elenco dei farmaci rimborsabili dal Ssn, sulla base dei criteri di costo e di efficacia e all'allineamento dei prezzi dei farmaci terapeuticamente sovrapponibili, nel rispetto dei criteri determinati da Aifa previo pare-



In Manovra sono poi previste anche altre misure d'interesse socio sanitario

re della Cts, da effettuarsi entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento.

ARTICOLO 97

Deroga alla disciplina dei tetti di spesa per l'acquisto di dispositivi medici in ragione dell'emergenza Covid

I dispositivi medici correlati alle azioni di contenimento e contrasto alla pandemia da Sars-CoV-2, di cui all'elenco "Acquisti di dispositivi e attrezzature per il contrasto all'emergenza Covid-19" presente sul sito istituzionale della Presidenza del Consiglio dei ministri, acquistati dalle regioni e province autonome, non sono considerati, per gli anni 2020 e 2021, ai fini del computo del tetto di spesa di cui all'articolo 9-ter del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125 (razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci).

ARTICOLO 98

Finanziamento di 200 mln per aggiornamento Lea

A decorrere dall'anno 2022, per l'aggiornamento dei Lea viene finalizzato un importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale.

ARTICOLO 99

Ripartizione quote premiali a valere sulle risorse previste per il finanziamento del Ssn

Viene estesa anche per l'anno 2022 la misura transitoria per il riparto delle risorse del Fondo sanitario destinata alle quote premiali delle Regioni

ARTICOLO 100

Proroghe assunzione psicologi, personale per servizi Neuropsichiatria e Fondo benessere psicologico

Prevista la proroga fino al 31 dicembre 2022 per l'utilizzo forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa per il reclutamento di professionisti sanitari e di assistenti sociali per i servizi territoriali e ospedalieri di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza. La spesa è quantificata in 8 mln di euro.

Prorogata fino al 31 dicembre 2022 anche la possibilità di conferire incarichi

di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a psicologi, regolarmente iscritti al relativo albo professionale, allo scopo di assicurare le prestazioni psicologiche, anche domiciliari, a cittadini, minori ed operatori sanitari, nonché di garantire le attività previste dai Lea. La spesa complessiva annua di 19.932.000 euro. Conseguentemente il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 19.932.000 euro per l'anno 2021, mentre per l'anno 2022 alla spesa di 19.932.000 euro si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per il medesimo anno.

Viene poi rifinanziato anche per il 2022 l'apposito Fondo destinato alla promozione del benessere della persona facilitando l'accesso ai servizi psicologici delle fasce più deboli della popolazione, con priorità per i pazienti affetti da patologie oncologiche ed i ragazzi in età scolare. La somma è pari a 10 milioni di euro annui per l'anno 2022, se i provvede mediante corrispondente riduzione del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Tutte queste misure erano state previste dal Dl 73/2021.

ARTICOLO 101

Indennità di pronto soccorso dirigenza medica e personale del comparto sanità

Per il personale dipendente che lavora nei Pronto soccorso viene prevista un'indennità accessoria dal 1° gennaio 2022 in ragione dell'effettiva presenza in servizio. La misura vale in totale 90 mln di euro e sarà a valere sul Fondo sanitario 2022. Nello specifico si prevede che nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro è definita, nei limiti degli importi annui lordi di 27 milioni di euro per la dirigenza medica e di 63 milioni di euro per il personale del comparto sanità.

ARTICOLO 102

Proroga Usca

La misura prevede la proroga delle Unità speciali di continuità assistenziale fino al 30 giugno 2022, nei limiti di spesa per singola regione e provincia autonoma. Il costo viene stimato in 105 mln a valere sul Fondo sanitario 2022.

ARTICOLO 4

Aliquota IVA al 10% per i prodotti per l'igiene femminile non compostabili

L'Iva per gli assorbenti e i tamponi scende dal 22% al 10%.

ARTICOLO 33

Congedo di paternità esteso a 10 giorni

Dal 2021 il congedo per i padri sale da 7 a 10 giorni.

ARTICOLO 35

Decontribuzione lavoratrici madri

In via sperimentale, per l'anno 2022, è riconosciuto nella misura del 50 per cento l'esonero per un anno del versamento dei contributi previdenziali a carico delle lavoratrici madri dipendenti del settore privato a decorrere dal rientro nel posto di lavoro dopo la fruizione del congedo obbligatorio di maternità e per un periodo massimo di un anno a decorrere dalla data del predetto rientro. Resta ferma l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche.

ARTICOLO 36

Finanziamento del Fondo per il sostegno alla parità salariale di genere

Viene confermato il finanziamento di 2 mln del fondo per il 2022 e a decorrere dal 2023 viene previsto un finanziamento di 52 milioni di euro l'anno.

ARTICOLO 37

Piano strategico nazionale per le politiche per la parità di genere

La norma prevede l'adozione di un Piano strategico nazionale per la parità di genere con l'obiettivo di individuare buone pratiche per combattere gli stereotipi di genere, colmare il divario di genere nel mercato del lavoro, raggiungere la parità nella partecipazione ai diversi settori economici, affrontare

Segue a pagina 16

Documento elaborato
dalla Commissione Nazionale
Sanità privata accreditata
Anaa Assomed – Ottobre 2021

INTRODUZIONE

“Siamo ad uno snodo cruciale della storia del nostro SSN e bisogna avere il coraggio delle riforme. Unica strada per rendere più forte il Servizio sanitario è quella della collaborazione pubblico/privato essenziale per la sinergia positiva che ne deriva. Investimenti pubblici e investimenti privati sono la vera modalità per rendere più forte il sistema Paese”.

Sono le parole recentemente pronunciate dal Ministro Speranza che riprendono il contenuto del Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale pubblicato già nel 2008. In particolare: “Il Servizio sanitario nazionale, sin dalla propria istituzione, è organizzato in modo da favorire, a condizione del rispetto di determinati standard, l'integrazione tra soggetti erogatori pubblici, privati e privati senza scopo di lucro. In tale contesto, i soggetti erogatori privati sono considerati a tutti gli effetti attori essenziali del S.S.N. in quanto le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi non solo dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ma anche dei soggetti accreditati (strutture autorizzate, pubbliche ed equiparate, strutture private lucrative e non lucrative e professionisti che ne facciano richiesta), nel rispetto degli accordi contrattuali. Tale scelta è stata confermata dal legislatore del 1998-99 che, superando il modello convenzionale, ha introdotto un articolato meccanismo di relazione tra soggetti erogatori privati e S.S.N che individua i propri elementi costitutivi nelle autorizzazioni (alla realizzazione della struttura e all'esercizio dell'attività), nell'accreditamento istituzionale e negli accordi contrattuali” – (Libro bianco sui principi fondamentali del SSN - Principio IX Soggetti erogatori e le prestazioni-2008.)



Rapporto pubblico/privato

Le proposte dell'Anaa Assomed

Fabio Florianello
Luca Barutta
Simona Bonaccorso
Pasquale Decata
Luca Indovina
Ester Pasetti
Fabio Pilato
Filippo Larussa
Ivana Spiga

Queste parole suggeriscono una serie di considerazioni che la Commissione Nazionale Anaa Sanità Privata Accreditata vuole illustrare con grande realismo a partire dall'attuale suddivisione del cosiddetto “mercato” delle prestazioni sanitarie tra sistema sanitario pubblico e privato accreditato. Il quale attualmente eroga, in modo ormai consolidato, circa il 70% delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione (le cosiddette prestazioni post-acute), il 65% di quelle ambulatoriali, il 25 % di quelle per acuti con alcune Regioni al 50% (Lazio), altre al 40% (Lombardia) e altre ancora tra il 30 ed il 40% (Campania e Puglia). Gestisce l'84% delle strutture RSA e si sta proponendo per gli ospedali di comunità.

Di fronte a questo scenario si può dire che è avvenuto un vero e proprio riposizionamento tra pubblico e privato accreditato. Riposizionamento che, al di là di come si è sviluppato, rende consapevoli che tornare al passato attraverso una riduzione della partecipazione del privato danneggerebbe sia il settore “Pubblico”, che dovrebbe affrontare un insopportabile carico di prestazioni in termini di ricoveri, specialistiche ambulatoriali e provvederle ad altre (post

acuti) che ha tralasciato, ma anche il settore “Privato”, che senza gli introiti del SSN entrerebbe in grave crisi, dato che da questo ne trae oltre l'80%.

Dunque è necessario prendere atto che i due sistemi, erogando entrambi legittimamente prestazioni pubbliche, devono trovare un'integrazione governata dalle istituzioni, nazionale e regionali, in applicazione delle normative nazionali e regionali. In breve la strada da percorrere, nell'interesse prioritario dei cittadini, è quella di una costante e leale collaborazione istituzionale tra i due settori.

In questo agire legittimo si viene a realizzare quella sinergia cui accennava il Ministro della Salute, ma che deve necessariamente trovare un perimetro nel quale concretizzarsi e consolidarsi, in assenza del quale non rimane che una deriva incontrollata, quale è avvenuta finora, fortemente nociva per il SSN.

QUALI LE SOLUZIONI?

Preliminarmente va osservato che **tre sono gli aspetti fondamentali** che caratterizzano questo perimetro: **accreditamento, prestazioni e personale**, la cui

governance, codificata e normata, spetta a Governo, per i criteri e le norme generali, e Regioni per l'organizzazione e il relativo controllo.¹

In relazione a questi tre aspetti la Commissione Anaa Assomed propone alcune idee prodromiche con l'intento di contribuire a dare avvio ad una soluzione equilibrata del rapporto tra i due sistemi.

ACCREDITAMENTO

L'Accreditamento istituzionale costituisce il presupposto per l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale (art. 8bis c.3 d.lgs. 502/1992); è rilasciato dalla Regione alle strutture autorizzate pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta, nonché alle organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti (art. 8quater, d.lgs. 502/1992)

Peraltro l'Accreditamento istituzionale garantisce che le prestazioni sanitarie eseguite in nome e per conto del SSN dalle strutture pubbliche e private siano garantite sotto il profilo di:

- 1 Qualità
- 2 Appropriatezza²
- 3 Sicurezza³
- 4 Remunerazione⁴
- 5 Dotazione quantitativa e qualitativa del personale impiegato⁵
- 6 Gestione delle risorse umane⁶

Il possesso di requisiti comuni alle strutture pubbliche e private è stato fin qui affrontato con una modalità che si può definire "timida" se non di completo "laissez-faire", sorvolando troppo spesso sul possesso dei requisiti richiesti.

A solo titolo di esempio, proviamo ad esaminare il problema dei posti letto accreditati per acuti, ma senza servizi per E/U, quale un DEA/PS. Sono complessivamente 22.000 e praticamente tutti nelle strutture private. La mancanza del requisito aprirebbe la strada alla sospensione dell'accREDITAMENTO. Non bisogna tuttavia dimenticare che questi letti concorrono al rapporto posti letto per mille abitanti fissato dalla legge a 3,0 (tra gli ultimi della UE) che in realtà raggiunge attualmente solo il 2,89 %.

La rinuncia a questi letti ci farebbe scivolare ad un rapporto di 2,53 % ponendo il SSN in una situazione ancora più grave di quella evidenziata dalla pandemia, durante la quale la carenza di posti letto per acuti si è rivelata in tutta la sua complessità.

Gli accordi contrattuali consentono alle strutture che risultano previamente autorizzate ed oggetto di accreditamento istituzionale, l'esercizio di attività sanitaria a carico del Servizio sanitario nazionale (art. 8bis, comma 3, d.lgs. 502/1992).

La soluzione che si propone prevede **accordi di convenzione** da attuarsi in sede regionale tra strutture pubbliche e private limitrofe, in modo da creare una **rete territoriale** con posti letto privati che, accreditati per acuti ma privi di pronto soccorso, vengono messi a disposizione dei servizi di DEA/PS della rete dando un contributo ad alleviare le drammatiche attese dei pazienti e le estenuanti ricerche di letti da parte dei medici urgentisti. Il tutto tenendo conto del livello di risposta che ogni singola struttura è in grado di offrire per l'appropriatezza e la sicurezza delle cure.

Accordi del genere sono già operativi con buoni risultati, ma purtroppo ancora molto limitati.

È infatti la stipulazione di tali accordi ad attribuire ai soggetti potenziali erogatori per conto del SSN la qualifica di erogatori di pubblico servizio sanitario. La relativa disciplina, come già accennato, è rimessa alla competenza legislativa regionale.

Pertanto la messa a disposizione di posti letto per i ricoveri provenienti dalla rete non rappresenterebbe altro che una modalità di sostituzione degli stessi requisiti di accreditamento.

PRESTAZIONI

Tutte le prestazioni erogate da parte del SSN sono prestazioni di tipo pubblico e pertanto sottoposte al controllo istituzionale, prevalentemente regionale.

L'attuale constatazione è la possibilità, implicitamente conferita, che il privato accreditato operi una selezione delle prestazioni. Infatti, per strutture fuori dai circuiti dell'emergenza/urgenza e alleggerite dai carichi che ne derivano risulta agevole scegliere quelle più adatte alla struttura stessa, spesso quelle più remunerative.

La soluzione proposta anche in questo caso sono gli accordi e i contratti regionali a dover esercitare un'azione modulatrice e di riequilibrio per la cui realizzazione sarebbe sufficiente l'istituzione di un'**agenda digitale unica territoriale delle prestazioni di elezione** (di ricovero e ambulatoriali) tra strutture pubbliche e private che compongono la rete territoriale, sempre tenuto conto della complessità delle patologie che le strutture sono in grado di affrontare e nel rispetto della eventua-

le scelta da parte del paziente.

L'articolo 8 -quinquies del d.lgs. 502/1992 attribuisce alle regioni il compito di definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e di individuare i soggetti con specifico riferimento: a) all'individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto; b) all'emanazione di indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale; c) alla determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità ed alla rete dei servizi di emergenza; d) ai criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

In questo ambito è responsabilità delle Regioni l'istituzione dell'**Agenda digitale per le prestazioni di elezione di ricovero e ambulatoriali** che agevolerebbe non solo le funzioni di programmazione e controllo da parte delle ASL, ma andrebbe soprattutto a determinare una migliore distribuzione delle liste di attesa a tutto vantaggio dei cittadini.

Peraltro questo strumento potrebbe essere utilizzato anche per rispondere a quanto disposto dallo stesso articolo 8 quinques del d.lgs. 502/1992, per l'erogazione di cure domiciliari, tema molto attuale tanto da indurre lo stesso legislatore ad inserire con la legge 30 dicembre 2020, n. 178 (legge di bilancio 2021), tra i soggetti destinatari dell'accREDITAMENTO istituzionale anche le organizzazioni pubbliche e private autorizzate per l'erogazione di cure domiciliari.

PERSONALE

Senza alcun dubbio costituisce la risorsa fondamentale del SSN, il **vero patrimonio ai fini della qualità ed efficacia del servizio erogato**. Ed essendo la risorsa fondamentale la **proposta** è quella di un completo rispetto, sia nel pubblico che nel privato, di analoghi requisiti:

- A qualitativi**, ovvero il titolo di studio che per i medici è il possesso della specialità;
- B quantitativi**, ossia le dotazioni organiche da porre in rapporto alla complessità della Struttura e delle prestazioni;

NOTE

1. La stessa Corte Costituzionale con sentenza 200/2005 ha riconosciuto che le disposizioni statali in materia di accreditamento e di accordi contrattuali costituiscono norme di principio della legislazione statale, che pertanto vincolano la legislazione regionale in materia.

2. **Qualità e Appropriatezza:** sono molteplici i riferimenti normativi a queste tematiche parti integranti del SSN, dal D.lgs. 502/92 al Programma Nazionale Esiti dedicato fra l'altro al miglioramento continuo dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure.

3. **Sicurezza:** i problemi relativi alla sicurezza sono affrontati, oltre al D.lgs. 81/2008 in modo articolato, con l'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità, con il Sistema Nazionale delle Linee Guida, con la Commissione tecnica sul rischio clinico, col Gruppo di lavoro per il rischio clinico, col Gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti e con la Legge 8 marzo 2017, n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

4. **Remunerazione:** le prestazioni erogate in ambito SSN, sia pubbliche che private, fanno riferimento al Fondo Sanitario Nazionale e vengono remunerate con tariffa prefissata secondo il sistema DRG per i ricoveri/acuti, a giornata di degenza per i post acuti e in base a Nomenclatore Tariffario per le prestazioni ambulatoriali.

C di sicurezza degli ambienti di lavoro con programmi di risk management;

D dei piani retributivi. Questi ultimi sono da individuarsi nella specifica contrattazione nazionale ed aziendale, pubblica e privata, nel rispetto tuttavia di una omogeneità per quanto riguarda le *voci retributive fondamentali o di base*, lasciando le voci accessorie alla trattativa decentrata. Nessuna limitazione dunque alla libertà del datore di lavoro privato, ma limitata alle voci accessorie al fine di evitare gli attuali fenomeni di “*dumping salariale*”. Da ricordare infatti che tutto il personale, anche quello del sistema privato, eroga prestazioni pubbliche e pagate dal sistema pubblico.

Non può infatti essere ignorata la disparità dei contratti nella sanità privata accreditata. Non può essere ignorato il fatto che il trattamento retributivo di chi opera in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale debba trovare un riferimento comune, essendo compreso tra i requisiti minimi di accreditamento; peraltro se una prestazione è remunerata dal Servizio sanitario nazionale in egual modo nel sistema pubblico e in quello privato, non si può pensare di retribuire chi esegue la stessa prestazione in termini estremamente diversi dal punto di vista del valore economico, configurando retribuzioni “*low-cost*” contrarie al dettato dell’articolo 36 della Costituzione. A questo si aggiunge un ulteriore elemento da prendere in considerazione: nelle strutture accreditate vengono applicati contratti diversi non solo all’interno delle medesime, ma addirittura in seno alle varie Unità Operative, realizzando in tal modo una disparità contrattuale tra professionisti che, nell’ambito delle unità specialistiche, esercitano le medesime mansioni e prestazioni. Una situazione ai limiti della legittimità, che si concretizza in disparità giuridiche, non solo retributive ma anche relative a status, orario di lavoro, tutela della maternità solo per accennare a qualche esempio. Situazione difficilmente sostenibile per chi, come le organizzazioni sanitarie private, si pongono all’interno del Servizio sanitario nazionale con requisiti di accreditamento per così dire “*personalizzati*”.

Doppio “danno”, uno rispetto al Servizio Sanitario, l’altro all’interno del sistema. Ma il bene da perseguire è il medesimo “*la tutela della salute*”.²

Sotto questo profilo va tutelata la dignità degli operatori sanitari del privato accreditato, dignità che non può essere assoggettata ad un *arbitrio signorile di par-*

5. **Dotazione quantitativa e qualitativa del personale impiegato:** l’accreditamento istituzionale rilasciato dalle Regioni alle strutture pubbliche e private assicura che le prestazioni sanitarie si svolgono con personale posto in adeguate condizioni organizzative, di qualificazione e dotazione quantitative. In altre parole organizzazione, consistenza e requisiti delle risorse umane sono garantite dal SSN

6. **Gestione delle risorse umane:** i requisiti minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sono indicati dal DPR 14 gennaio 1997 che indica i “**REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI**” tra cui viene compresa la “**gestione delle risorse umane**”. Essa è relativa ad una serie di attività che non sono limitate ad organizzazione del lavoro e turnistica, bensì a reclutamento (concorso o di selezione) addestramento/formazione, valutazione delle performance, relazioni, retribuzione.

7. Era stata già nel lontano 1989, con sentenza n. 103 la Corte Costituzionale a richiamare l’attenzione sul tema della differenziazione di contratti nei confronti di analoghe mansioni professionali, pur nel rispetto della libertà imprenditoriale. Con tale sentenza, infatti, la Suprema Corte aveva sancito l’applicabilità del principio di parità di trattamento che si desume dalla lettura combinata degli articoli 3 e 41 della Costituzione, tanto da affermare che “... *per tutte le parti, anche quelle sociali, vi-ge il dovere di rispettare i precetti costituzionali. Essi assicurano, in via generale... la proporzionalità tra retribuzione e quantità e qualità di lavoro... e, in via più specifica, la pari dignità sociale anche dei lavoratori*”

8. Consiglio di Stato – Ordinanza 23 febbraio 2021, n. 1574 Sezione III.

te datoriale in relazione all’applicazione di contratti diversi per analoghe mansioni, ma al contrario deve coniugarsi con il principio di commisurazione del trattamento al contenuto della prestazione sancito dall’art.3 della Costituzione stessa. Trattamento di ordine generale e non soltanto retributivo. E come può essere tutelata la dignità personale di un medico o di un sanitario trattato diversamente rispetto ad un collega che esegue le stesse prestazioni e per di più nell’ambito di una stessa struttura o unità operativa dove operano medici e sanitari specialisti a cui sono richiesti stessi requisiti di specializzazione, comuni orari di lavoro, di turni, di guardie notturne, di pronte disponibilità, di doveri nei confronti della struttura, l’effettuazione di medesime prestazioni? Il principio di “*parità di trattamento*” è una regola di buona amministrazione, il suo contrario, ovvero la “*disparità di trattamento*”, rappresenta un vizio di legittimità del buon andamento di un pubblico servizio, ma soprattutto reca gravi perturbazioni del clima aziendale, con significative conseguenze sulla sicurezza nei luoghi di lavoro ed in tema di risk management, soprattutto nel campo sanitario dove il bene da perseguire è innanzitutto la tutela della salute dei cittadini.

Il Personale è un “bene” prezioso ed in quanto tale va tutelato.

A supporto di quanto sopra si è già espresso il giudice amministrativo e, al momento in cui si scrive, si attende un pronunciamento della Corte Costituzionale sul ricorso promosso dalla Regione Lazio per difendere la norma della legge regionale 13/2018, in particolare l’articolo 9, in cui si esplicita che “*A tutela della qualità delle prestazioni erogate e del corretto rapporto tra costo del lavoro e quantificazione delle tariffe, il personale sanitario dedicato ai servizi alla persona (ndr delle strutture private accreditate) necessario a soddisfare gli standard organizzativi, dovrà avere con la*

struttura un rapporto di lavoro di dipendenza regolato dal Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) sottoscritto dalle associazioni maggiormente rappresentative nel settore sanitario”. È lo stesso Consiglio di Stato³ ad affermare che nel rapporto pubblico privato, soprattutto quando da tutelare sono tre beni costituzionalmente rilevanti quali il diritto alla salute, la tutela del lavoro e la libertà di iniziativa economica, non si pone un problema di concorrenza tra operatori, stante la natura di mercato “regolato” in cui l’attività del privato è conseguenza della pianificazione pubblica e della sequenza autorizzazione-accreditamento-convenzione determinata dalle esigenze della distribuzione del servizio sanitario sul territorio nazionale e regionale. Piuttosto, tali principi devono essere bilanciati alla luce del generale precetto dell’egualianza di cui all’art. 3 della Carta costituzionale e dei criteri dell’adeguatezza e della proporzionalità di derivazione comunitaria, quali regole generali valide anche per il legislatore nazionale”.

CONCLUSIONI

Il perimetro indicato in queste proposte non vuole certo essere esauriente di fronte alla complessità dei problemi in campo.

L’obiettivo è quello di indicare la possibilità di un rapporto tra i due sistemi, disegnare i confini lasciati finora liberi e senza una vera governance, ma soprattutto definire un punto di partenza in direzione di quella sinergia convintamente indicata e sottolineata dal Ministro della Salute.

Le proposte in sintesi

ACCREDITAMENTO della rete di Emergenza/Urgenza

Definizione di Accordi contrattuali territoriali tra ospedali dotati di DEA/PS e ospedali privi di tali servizi (privati accreditati) con messa a disposizione di posti letto da parte di questi ultimi per ricoveri urgenti e di elezione.

PRESTAZIONI di ricovero di elezione ed ambulatoriali

Avvio di una Agenda digitale unica territoriale (pubblico/privato) delle prestazioni di elezione (di ricovero ed ambulatoriali)

PERSONALE Parità tra pubblico e privato di requisiti qualitativi (titolo di studio e di specializzazione), quantitativi (dotazioni organiche), di sicurezza degli ambienti di lavoro, della retribuzione di base

Una buona notizia

Il riscatto agevolato della laurea non ha scadenza



Soddisfazione in particolare per i giovani che privi di reddito (o con redditi non imponibili come gli specializzandi) non avrebbero potuto fruire in tutto o in parte delle rilevanti deduzioni fiscali (fino al 45% del costo totale)



GIORGIO CAVALLERO
Segretario Generale
COSMED

Il riscatto agevolato della laurea e dei periodi di studio universitari (specializzazione, dottorato) non scade il 31 dicembre 2021 ma è norma a regime attivabile anche negli anni successivi. La tipologia di riscatto della laurea (agevolato o ordinario) va ponderato e personalizzato.

L'INPS nel messaggio 1921 (disponibile sul sito www.anaao.it) ha precisato che il riscatto agevolato della laurea non scade il 31 dicembre 2021, ma norma a regime e pertanto potrà essere effettuato in futuro senza scadenza.

Soddisfazione in particolare per i giovani che privi di reddito (o con redditi non imponibili come gli specializzandi) non avrebbero potuto fruire in tutto o in parte delle rilevanti deduzioni fiscali (fino al 45% del costo totale).

Non solo, ma i giovani che non hanno una collocazione lavorativa definitiva possono opportunamente attendere e riscattare nella cassa coerente con l'occupazione stabile allineando il riscatto alla contribuzione collegata alla definitiva collocazione lavorativa senza dover ricorrere a ricongiunzioni talora onerose.

Anche per i meno giovani avere a disposizione uno strumento esigibile anche in futuro consente di non dover fare delle scelte forzate potenzialmente inopportune o intempestive in particolare nell'imminenza di modifiche legi-

slative. In particolare è utile ricordare che **il ricorso al riscatto agevolato comporta OBBLIGATORIAMENTE e IRREVERSIBILMENTE il calcolo della pensione con il sistema contributivo.**

È evidente che coloro che hanno iniziato il corso di laurea a partire dall'anno accademico 1996-97 non hanno alternative al sistema contributivo e pertanto il riscatto della laurea non consente di avere una contribuzione anteriore al 1996 e pertanto il riscatto agevolato è un'ottima opportunità per chi non vuole investire capitali rilevanti. Ricordo che il riscatto agevolato costa al momento circa 5.250 euro lordi per ogni anno riscattato con recupero fiscale di circa il 45% per i dirigenti rateizzabili in 10 anni. In pratica il riscatto agevolato comporta una riduzione della busta paga di circa 140 euro netti al mese per 10 anni.

Il riscatto ordinario costa mediamente 20.000 euro per ogni anno riscattato ovvero circa quattro volte tanto.

Tuttavia il riscatto agevolato pur determinando ovviamente un minore incremento della pensione rispetto a quello ordinario ai fini dell'anzianità e dell'eventuale anticipo dell'età di pensionamento, è equipollente a quello ordinario.

Coloro che hanno iniziato il corso di prima del 1996-1997 devono fare

molta attenzione infatti il riscatto ORDINARIO rappresenta l'ultima opportunità di accedere al sistema misto opportunità definitivamente preclusa per coloro che accedono al riscatto agevolato.

I benefici per coloro che si sono immatricolati nell'anno accademico 1995-1996 sono limitati infatti accedono al misto, ma limitatamente alla quota B e per un anno solo, in pratica un beneficio del 2% sulla pensione futura.

Ben diversa è la situazione di **coloro che si sono immatricolati nel 1994-1995** o negli anni precedenti costoro con il riscatto ORDINARIO accedono AL SISTEMA MISTO CON QUOTA A che vale almeno il 23,8% di incremento della pensione futura (conteggiata sull'ultima busta ante 1993 e sulla media degli ultimi 5 anni per gli ante 1995).

Analogo il ragionamento per coloro che al di fuori dei periodi di studi possono vantare contribuzioni anche figurative (servizio militare, gravidanze) anteriori al 1996. Anche per costoro il riscatto agevolato comporta il passaggio irreversibile al sistema contributivo.

La determinazione dell'INPS recepisce gli emendamenti di proroga più volte presentati da Cosmed in questi ultimi mesi.

Si tratta di un tassello importante nella valorizzazione di quelle categorie dirigenziali che richiedono un lungo periodo di formazione per accedere all'attività lavorativa.

L'applicazione del Ccnl in Sicilia

UN QUADRO A TINTE FOSCHE

Il Covid è stato il grande convitato di pietra, il grande alibi invocato, quello che è certo è che la programmazione sanitaria continua ad essere carente mancando una visione aderente alle reali risorse a disposizione. Di seguito le risposte ai quesiti nei vari punti:

- 1. Istituzione dell'organo paritetico:** nel 50% delle Aziende Sanitarie non è stato istituito, nelle rimanenti anche se è stato deliberato nella stragrande maggioranza dei casi non si è riunito o si è riunito pochissime volte (solo nel 28% dei casi)
- 2. Indennità festive notturne e diurne:** nell'85,7% dei casi viene corrisposta quella notturna, in misura lievemente minore quella diurna 57,1%. È per lo più rispettato l'incremento di 20 euro per chi presta servizio in Pronto Soccorso 71,4 %
- 3. Erogazione dei Fondi Covid:** erogati nell'85,7 % delle Aziende anche se di entità estremamente esigua rispetto a quelli previsti
- 4. Delegazione trattante:** istituita nel 92,85% dei casi ma spesso con scarse convocazioni che avvengono in alcune realtà a seguito di ricorso alle vie legali per comportamento antisindacale.
- 5. Incarichi professionali:** non sono stati conferiti nel 78,57 % delle aziende sanitarie
- 6. Ferie solidali:** usufruite nel 21,4% delle Aziende sanitarie
- 7. Guardie e reperibilità:** nel 100% degli ospedali non vengono rispettati i tetti mensili previsti dal CCNL
- 8. Rispetto della normativa sui riposi:** rispettata solo nel 28% delle strutture sanitarie
- 9. Carenze di organico:** nel 100% delle aziende sanitarie.
- 10. Stabilizzazione dei precari:** quasi completa, non avviata solo in 1 Azienda Ospedaliera
- 11. Esonero dalle guardie notturne per i dirigenti di età superiore a 62 anni:** applicata nel 28,57% delle strutture

È un quadro impietoso quello che emerge da un'indagine svolta da Anaa Assomed Sicilia sullo stato di applicazione del nuovo CCNL.

Sono stati consultati direttamente i Segretari Aziendali Anaa sia verbalmente che attraverso la somministrazione di un questionario a domande multiple: nella stragrande maggioranza dei casi l'attività dei Segretari Aziendali è difficile dovendo far fronte alle più fantasiose strategie dei Direttori Generali volte ad evitare il confronto e che variano dall'indifferenza, il fastidio, la conflittualità per partito preso, all'assenza totale di dialogo.

Ovviamente ci sono le eccezioni ed esistono le Aziende Sanitarie virtuose, pochissime ad onor del vero, segno che è possibile agire diversamente nonostante tutto.

I dati sono chiari e confermano che siamo ben lontani da rendere operativo il

A cura di
ELISABETTA LOMBARDO
Esecutivo Nazionale Anaa

ANTONIO PALERMO
Segretaria Regionale Anaa

CCNL per diverse ragioni: in primis la carenza di organico rende inapplicabili di fatto le norme contrattuali, una situazione ubiquitaria che coinvolge il 100% delle Aziende Sanitarie siciliane e che diventa particolarmente critica in alcune province e zone periferiche come per esempio per l'ASP di Ragusa dove risultano non spesi circa 23 milioni di euro destinati al personale. È evidente che l'organico rimasto è gravato da carichi di lavoro abnormi ed è impossibile rispettare la normativa sui riposi.

Lavorare in ospedale a queste condizioni è "usurante" a prescindere: impossibile garantire il tetto massimo di guardie previste contrattualmente.

È evidente anche che l'organizzazione del lavoro e l'articolazione delle U.O. nei vari presidi è totalmente sganciata dal reale numero di dirigenti medici e sanitari in forza alle U.O. e la politica sanitaria nonostante ciò naviga senza bus-

sola implementando e promettendo "nuove aperture", come per esempio la recente inaugurazione del Pronto Soccorso di Giarre, spostando personale con ordini di servizio qua e là senza nessuna considerazione delle qualifiche specialistiche dei dirigenti coinvolti.

È ora di dire basta a questa arrogante gestione di quel bene prezioso che è il "capitale umano".

I dirigenti medici però sembra che le scelte le abbiano già fatte abbandonando totalmente alcuni ospedali, optando per il trasferimento o addirittura le dimissioni.

Quello che sorprende è la distanza, l'autoreferenzialità dei Direttori Generali che nella stragrande maggioranza dei casi cercano di evitare il confronto con le OO.SS., considerando i rappresentanti dei lavoratori dei fastidiosi terzi incomodi e non i co-protagonisti di tutte le scelte organizzative.

È così che i Generali ("direttori"?) non si rendono conto ancora che hanno perso o stanno perdendo buona parte delle truppe e che non c'è più nessuno da arruolare a Ragusa come a Lipari e altrove, non basta moltiplicare le U.O. a colpi di delibere per accontentare il politico di turno appesantendo carrozoni inefficienti.

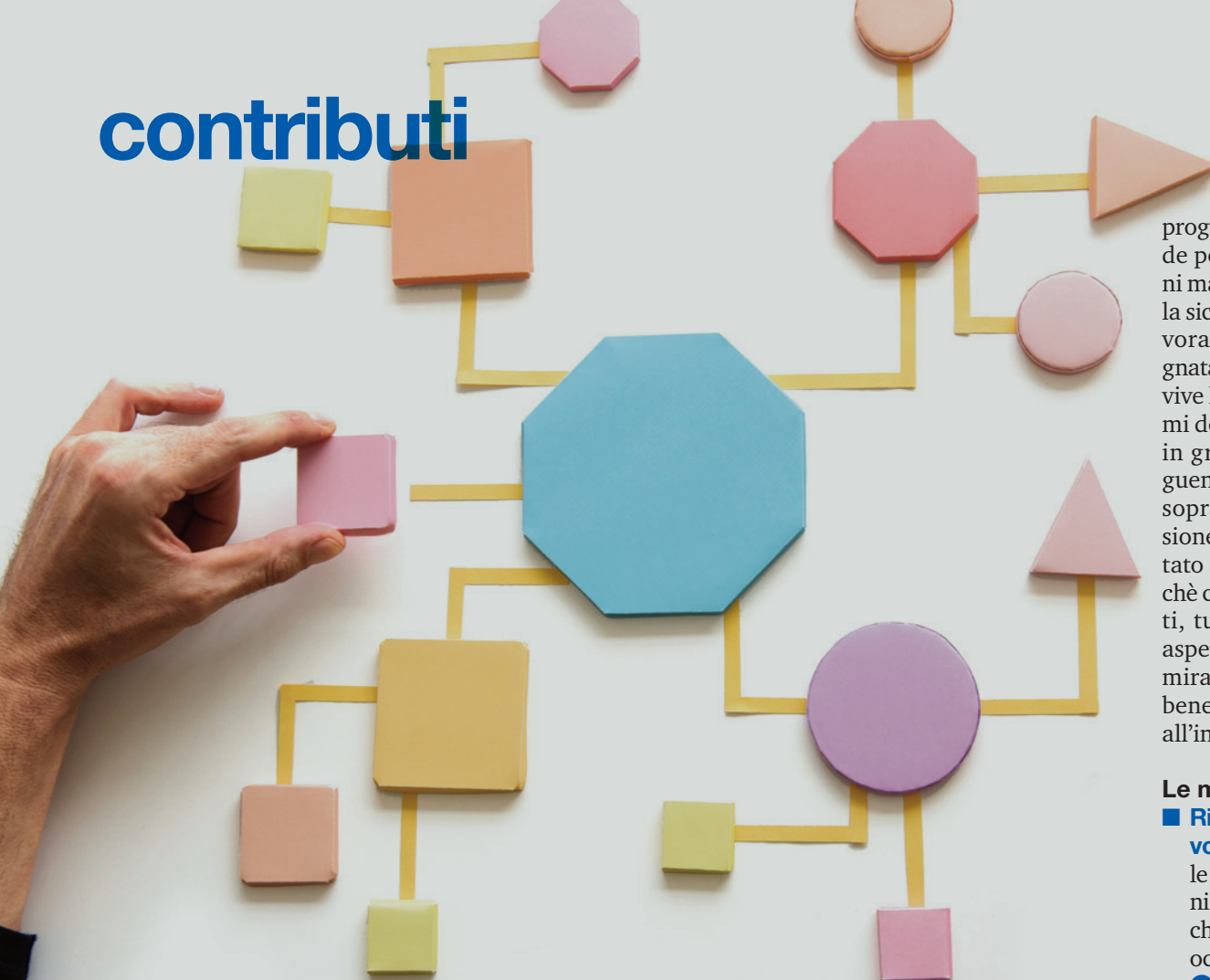
E allora? Da dove si può cominciare?

Si può cominciare dai medici e dai dirigenti sanitari, da chi si deve sobbarcare volente e nolente gli abnormi carichi di lavoro, si può e si deve valorizzare il loro lavoro.

Si può e si deve fare quello che è possibile a cominciare dal conferimento degli "incarichi professionali" che giacciono dimenticati, per motivi oscuri, quasi nell'80% delle Direzioni Generali e che renderebbero un poco più attrattivo lavorare negli ospedali.

È necessario che diventino parte attiva dell'organizzazione e non siano le vittime sacrificali di una visione miope, forse solo così si potrà rallentare la "fuga" dei medici e dei dirigenti sanitari ormai sfiniti dall'emergenza Covid, dai riposi mancati, dalla pleora di burocrazia, da una retribuzione non più attrattiva.

Si può cominciare ad "ascoltare" la voce dei segretari aziendali costretti ad invocare a giorni alterni il prefetto, l'assessore in carica, il giudice pur di avere udienza presso le Direzioni strategiche. In conclusione urge un cambio di rotta, una nuova visione in cui venga ripristinata un'alleanza di governo tra Medici, dirigenti sanitari e Direttori prima che la desertificazione della sanità pubblica siciliana avanzi inesorabilmente, perché è acclarato che non è più solo un problema di risorse economiche, ma soprattutto di risorse umane ormai esauste e di diritti negati.



Lo stato d'emergenza è divenuto, a distanza di un anno e nove mesi, una "condizione stazionaria nella sua gravità", che rischia di cronicizzare pericolosamente. All'interno di questo scenario, il rispetto delle garanzie contrattuali risulta indebolito, prima tra tutte il rispetto dell'orario di lavoro

Una sfida per il nuovo contratto

L'anno 2020 ha segnato profondamente il lavoro all'interno degli Ospedali e le problematiche emerse con la pandemia da COVID-19 hanno messo a dura prova tutto il sistema sanitario nella sua efficienza e nella sua efficacia. I Dirigenti medici e sanitari hanno dimostrato di possedere elevato livello di abnegazione, di passione, di capacità professionale, spendendosi ogni giorno nella cura dei malati. Tuttavia, la continua improvvisazione organizzativa, l'incertezza e il disorientamento degli ambienti dentro i quali ci siamo dovuti muovere hanno condizionato negativamente il nostro benessere psicofisico e la nostra serenità. Fin dall'inizio ci siamo ritrovati come veri primi protagonisti di questa terribile battaglia, costretti a indossare le vesti di meri esecutori con mortificazione del nostro essere professionisti. La battaglia non è ancora finita.

Lo stato d'emergenza è divenuto, a distanza di un anno e nove mesi, una

"condizione stazionaria nella sua gravità", che rischia di cronicizzare pericolosamente. All'interno di questo scenario, il rispetto delle garanzie contrattuali risulta indebolito, prima tra tutte il *rispetto dell'orario di lavoro*. L'emergenza, infatti, ha slatentizzato l'annoso problema della carenza di personale, ed oggi è divenuta prassi comune colmare tale carenza con progetti dedicati, ad esempio con guardie in regime di libera professione (LP) per l'Azienda. Ma a quale prezzo? Un prezzo elevatissimo sia per la salute dei professionisti sia per la qualità assistenziale, perché se da un lato le Aziende, supportate dallo stato d'emergenza, promuovono prestazioni aggiuntive a quelle contrattualmente previste, dall'altro i Dirigenti medici arrivano a toccare le 70 e addirittura le 80 ore settimanali di lavoro a dispetto di qualunque tetto orario. Questa precaria situazione che si plasma giorno dopo giorno, e per la quale non trova spazio una



SIMONA BONACCORSO
Direzione
Nazionale Anaao
Assomed

programmazione appropriata, non rende possibile un regolare fluire dei turni ma, soprattutto, mette a serio rischio la sicurezza nel lavoro e la salute del lavoratore. Da Dirigente medico impegnata in area di emergenza-urgenza che vive la quotidiana pressione lavorativa, mi domando se il nuovo contratto sarà in grado di arginare gli abusi conseguenti a carichi eccessivi di lavoro, ma, soprattutto, se potrà divenire espressione di un nuovo stile di vita improntato al benessere del lavoratore. Affinchè ciò accada occorre agire su più fronti, tutelando con maggiore forza gli aspetti già contrattualmente definiti e mirando ad implementare il livello di benessere e soddisfazione del singolo all'interno del processo organizzativo.

Le mie proposte riguardano:

■ **Riorganizzare le guardie in LP a favore dell'Azienda.** La possibilità per le Aziende di far ricorso a "prestazioni aggiuntive" in LP è condivisibile perché argina la carenza di personale ma occorre definire chiaramente:

- 1 il limite temporale per il quale farvi ricorso, il più possibile circoscritto al periodo di necessità, oltre il quale deve rendersi obbligatorio un bando di concorso per assunzione di personale;
- 2 il limite settimanale posto per ciascun dipendente, in termini di tetto orario, per evitare l'abuso che attualmente si sta consumando a dispetto dei principi che regolano la normativa europea sull'orario di lavoro, funzionali a ottimizzare la qualità delle cure offerte e la salute del professionista. Non basta quindi porre all'Azienda il limite al numero delle guardie in LP adottabile, ma il limite va posto anche ai singoli medici, per evitare che gli stessi, più o meno consapevolmente, vadano incontro a sovraccarico di lavoro minando la sicurezza delle cure. Per gli stessi motivi ritengo che l'orario di lavoro aggiuntivo, sotto forma di Progetto o di Libera Professione a favore dell'Azienda, non debba rientrare tra gli obiettivi di budget, e conseguentemente nella retribuzione di risultato, essendo legato a necessità assolute, quali una grave carenza di personale come quella che stiamo vivendo. Per cui deve essere ben retribuito e ben tutelato ma non premiato, dovendo, per la sua straordinarietà, rimanere lavoro eccezionale. Attribuire al lavoro aggiuntivo obiettivi e risultati porrebbe le basi per un ricorso inopportuno a regolare, in futuro probabilmente non più così vo-

Una sfida per il nuovo contratto

lontario e tale da incidere negativamente sulle relazioni umane dei lavoratori all'interno dell'organizzazione, creerebbe infatti percorsi gerarchici i basati sulla "quantità delle prestazioni" e non sulla "qualità delle cure";

■ **Rivedere il servizio in pronta disponibilità.** L'attuale Articolo 27 - Comma 6 recita: "Di regola, potranno essere programmati per ciascun dirigente non più di dieci turni di pronta disponibilità mensili". Credo sia necessario:

- 1 eliminare la parola "di regola" perché espone ancora una volta al rischio di abuso in situazioni di necessità;
- 2 far partire la remunerazione dello straordinario dall'ora in cui si riceve la chiamata e non dal momento in cui il dirigente arriva in ospedale e timbra;
- 3 avere il controllo dell'effettivo uso che un'Azienda fa della pronta disponibilità.

Se, infatti, ad ogni Dirigente possono essere assegnate non oltre dieci reperibilità al mese, in perfetta regola con il contratto, moltissime sono le chiamate in regime di reperibilità cui sono sottoposti tutti i Dirigenti di un determinato reparto. Allora, quando nell'ambito di una Unità Operativa le chiamate in "pronta disponibilità" sono uguali o superiori a 14 al mese, per almeno 5 mesi, anche non consecutivi nell'arco di un anno, evidentemente il carico di lavoro in quella determinata Unità Operativa è tale da richiedere più personale e quindi deve essere istituita: a) una guardia attiva aggiuntiva con servizio di pronta disponibilità integrativa; b) una guardia attiva per le Unità Operative con servizio di pronta disponibilità sostitutiva. In quest'ultimo caso l'ulteriore pronta disponibilità diverrà integrativa. Tale proposta ha l'obiettivo di monitorare l'eccesso di chiamate che evi-

“

Che cosa è il lavoro per un essere umano? Da quali lati si situano alienazione ed emancipazione? Quali sono i significati e la finalità della produzione

dentemente cela la necessità di implementare il personale dei reparti compatibilmente con la mole di lavoro svolto. Monitorando il numero di pronta disponibilità programmato mensilmente per ogni dirigente (così come previsto già dal comma 6), unitamente alle effettive chiamate in pronta disponibilità, calcolate mediamente nell'ambito di un intero anno, si potrà valutare l'eventuale sovraccarico di lavoro cui sono sottoposti i Dirigenti, oltre che la qualità assistenziale che si è in grado di offrire.

■ **Rivalutare l'Articolo 40 "Assenze per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche".**

Ritengo che vadano aumentate da 18 a 36 le ore annuali da dedicare all'espletamento di visite, terapie e prestazioni specialistiche, che le stesse ore non debbano più essere assimilate alle assenze per malattia, così come attualmente previsto dal comma 2, che vada conseguentemente eliminata la decurtazione economica prevista dal comma 6. Occorre infatti restituire adeguata importanza alla salute del Dirigente consegnandola all'interesse dell'Azienda in tutti i suoi aspetti. Tali giornate non siano più indicate come "assenze" ma definite "giornate della salute" da usufruire secondo le necessità del benessere psicofisico.

■ **Implementare il benessere del dipendente.**

È solo una questione di tempo trascorso a lavoro? Certamente no! È già previsto poter usufruire di eventuale "flessibilità oraria per particolari condizioni familiari" e se ne riconosce l'importanza, ma il benessere lavorativo non passa solo attraverso questo. Noi giovani medici e sanitari sapevamo, scegliendo la nostra professione, di far nostro non un lavoro a tempo ma uno stile di vita e ciò che chiediamo oggi è avere una qualità di vita più alta dentro il contesto lavorativo, avere luoghi e spazi per uno scambio culturale, per continuare a studiare e a formarci, per sentirci valore aggiunto dentro un sistema ovvero professionisti e non asettici lavoratori "produttori di prestazioni a ore", che divengono inevitabilmente degli automi alienati e di conseguenza delle persone infelici!

Il nuovo contratto sia quindi lo strumento per dare alla vita del Dirigente dentro l'Ospedale un nuovo volto, che passa sia dall'architettura degli spazi sia dalla concezione stessa del lavoro, meno meccanicizzato e più dedicato alla crescita e alla soddisfazione dei singoli all'interno del gruppo.

Sia quindi contrattualmente prevista l'obbligatorietà per le Aziende di organizzare al suo interno:

- A spazi dedicati a biblioteche per la consultazione informatica di letteratura scientifica;
- B numero prestabilito di corsi con l'obbligo di far partecipare annualmente tutti i dipendenti;
- C tempo da dedicare al riposo, di almeno 20 minuti, senza debito orario, quando il dipendente esegue guardie di 12 ore;
- D aree relax con la possibilità di usufruire di spuntini, frutta e bibite gratuiti;
- E asilo nido aziendale o in alternativa bonus bebè per i primi tre anni dei figli;
- F sistemi di "valutazione ascendente" ovvero sistemi di valutazione dei Dirigenti medici e sanitari rivolti al proprio Direttore di Unità Operativa e al Direttore Generale.

Infatti, introducendo il benessere e il livello di soddisfazione del dipendente, tra gli obiettivi aziendali da raggiungere, calcolabile con indicatori che consentano di pesare la valutazione del Direttore di Unità Operativa e del Direttore Generale, si potrebbe monitorare il livello di benessere dei singoli facendo sì che questo possa più concretamente realizzarsi come risposta alle necessità di chi, professionista, vive e lavora dentro un sistema.

Alla mia domanda "può il nuovo contratto, accanto alla sua peculiare qualità di arma che tutela, divenire anche il mezzo per ricreare dentro gli Ospedali un clima di benessere globale che passa attraverso le gratificazioni, le motivazioni e la qualità di vita?" rispondo auspicandone la possibilità, a condizione che si scelga di rimettere al centro del processo la persona.

"Si tratta di ripartire dal lavoro reale..., l'obiettivo è che le persone stiano meglio... Ma lo scopo ultimo è di dare risposte comuni a queste domande fondamentali: che cosa è il lavoro per un essere umano? Da quali lati si situano l'alienazione e l'emancipazione? Quali sono i significati e la finalità della produzione?... il lavoro non è mai un arredo né un ambiente. Impegna la soggettività tutta intera. Non è mai neutro rispetto alla salute dell'individuo..." (Dejour C., *Si può scegliere: soffrire a lavoro non è una fatalità*, Moretti&Vitali, Bergamo, 2021, 81-82). Dobbiamo sostenere un cambio di paradigma che, al contrario di quanto accade oggi, veda l'Azienda come strumento attraverso il quale il Professionista, vero protagonista, si esprime e raggiunge l'obiettivo salute, a vantaggio proprio e dei cittadini che a lui si rivolgono.

Asili nido aziendali nelle aziende ospedaliere

Una conquista sociale da pretendere

Gli asili nido aziendali rappresentano una conquista sociale, avvenuta dopo decenni di discussioni e pressioni e lo sono soprattutto nelle aziende ospedaliere dove i ritmi di lavoro degli operatori della sanità sono ormai incalzanti e sempre meno concilianti con le esigenze di vita-lavoro.

Il Covid-19 ha ancora di più accentuato il carico di lavoro e diminuito il tempo da dedicare alla propria famiglia, da qui l'importanza di ottimizzare i tempi, e fornire un supporto imprescindibile attraverso la costituzione degli asilo nel proprio ospedale



Secondo l'ultimo rapporto ISTAT del 2019 in Italia si contano 11.017 asili nido, di cui 4.245 sono asili nido pubblici e 220 i nidi aziendali, di cui 208 al Nord.

Davvero pochi se pensiamo che l'obiettivo prefissato dalla Ue nel 2002 era di offrire il servizio per la primissima infanzia al 33% dei bambini entro il 2010, nel 2015 la percentuale da raggiungere era del 25%. L'Italia nel rapporto asili nido ogni 100 bambini si attesta ad una media al centronord del 32% e al sud solo del 17% con la Campania che addirittura è all'11% rispetto all'obiettivo europeo del 33%

Esistono tuttavia esempi di aziende virtuose che fanno dell'asilo nido un motivo di orgoglio e uno dei 'benefit' più appetibili. Nell'elenco spiccano, ad esempio, Nestlé e Ferrero, ma anche Artsana Group, di cui fa parte anche la Chicco, l'Università Bicocca di Milano, la Pirelli, la Ferrari e molte banche co-

me la Deutsche Bank, Unicredit, BNL, Intesa San Paolo e Mediolanum. E infine compagnie telefoniche come Telecom, Vodafone e Wind. Da notare che sono praticamente tutte Aziende private. Di Aziende Ospedaliere Pubbliche davvero poche, e sempre con posti 'contati' che non possono sopperire alle grandi richieste di aiuto che provengono dalle famiglie. In generale, l'offerta di asili nido pubblica è insufficiente, quelli privati sono molto costosi e quelli aziendali restano un'utopia, sono rari e complicati da aprire. Nonostante la legge 448/2001 che avrebbe dovuto incentivare i nidi all'interno di aziende. Forte inoltre lo squilibrio territoriale, sono infatti concentrati soprattutto nelle grandi città e nel Nord Italia, molto meno nelle regioni meridionali.

Ma la legge ha mai provato a risolvere il problema annoso degli asili nido? 30 anni di fallimenti e sperperi economici. Nel 1971 con la legge n.1044, na-

sce l'asilo nido comunale: l'assistenza ai bambini di età fino a 3 anni diviene così un servizio sociale di interesse pubblico; la citata legge prevede la costruzione e la gestione di almeno 3800 asili nido, nel quinquennio 1972/76 ma... il progetto fallisce.

Per quasi trent'anni un silenzio rumoroso, ma solo per noi 'addetti ai lavori'. Poi nell'agosto del 1997 viene approvata la legge n.285 con l'obiettivo di promuovere progetti per i bambini da zero a tre anni, dotati di caratteristiche "innovative e sperimentali" allargando le possibilità di gestione ad organizzazioni di famiglie, associazioni o cooperative. Nel 2000 il Parlamento ri-finanzia la legge per il triennio 2001/2003.

Il 28 dicembre 2001, infine, prende vita la legge n. 448, le cui premesse sono davvero emozionanti: 'Le famiglie dovranno essere coinvolte attivamente nella definizione degli obiettivi educativi, nella organizzazione e nella verifica della qualità e dei risultati dei servizi stessi, e gli enti locali e i gestori (pubblici e privati) dovranno collaborare tra loro in modo da integrare le diverse tipologie di servizio e favorire la continuità con la scuola dell'infanzia'. Gli asili nido accoglieranno bambini da 3 mesi a 3 anni e saranno "luoghi di cura, di crescita, di socializzazione e di sviluppo" delle loro potenzialità; potranno avere tempi e orari di apertura differenziati in rapporto alle diverse esigenze. Stato, Regioni ed enti locali dovranno trovare un accordo per favorire lo sviluppo dei servizi e garantire livelli essenziali e standard qualitativi e organizzativi omogenei su tutto il territorio nazionale.

La finanziaria del 2002 (legge n.448 del 2001) istituisce addirittura un Fondo per gli asili nido (vengono destinati 50 milioni di euro per il 2002, 100 milioni per il 2003 e 150 milioni per il 2004) e la finanziaria del 2003 (legge n.289 del 2002) istituito un fondo di rotazione di 10 milioni di euro per finanziare l'attivazione di asili nido aziendali.

Infine, con la legge Moratti (n.53 del 2003), a partire dall'anno scolastico 2003/2004 si è prevista la possibilità d'iscrivere alla scuola dell'infanzia tutti quei bambini che hanno compiuto i due anni.

Da allora poco si è mosso sul versante dei lavori. Lungaggini burocratiche proprie dell'Italia, assenza di interesse da parte di investitori che, in molti casi, legittimamente sono concentrati ad applicare per loro stessi le normative sulla costituzione di nuovi asili nido aziendali beneficiando delle agevolazioni fiscali conseguenti. Il risultato sono i numeri impietosi che abbiamo analizzato.



PIERINO DI SILVERIO
Responsabile Nazionale Anaao Giovani

Eppure le Regioni ci provano, timidamente, a fare qualcosa.

Purtroppo senza una legislazione che fornisca linee di indirizzo precise sarà difficile avere in Italia asili nido aziendali in ospedali che già soffrono di preoccupanti problemi infrastrutturali e di spazi. Occorrerebbe un cambio deciso di passo, prima di investire denaro serve un piano di organizzazione basato sulle esigenze dei territori, dei lavoratori, all'interno delle strutture ospedaliere. Per coprire tutto il territorio nazionale tra asili nido comunali e aziendali occorrerebbero almeno 5 miliardi di euro annui. Un investimento importante imprescindibile per conciliare la vita e il lavoro.

È una società mutata socialmente e professionalmente. Ma senza una stabilità familiare la produttività inevitabilmente cala per utilizzare una visione economicistica.

Soprattutto occorre ripristinare i valori di una società civile all'avanguardia e pronta alle nuove sfide che il mondo di domani ci presenta.

Le nuove generazioni hanno bisogno di essere tutelate e accompagnate in un percorso di valori da acquisire e conservare.

La costituzione di asili nido aziendali è un primo, decisivo, imprescindibile passo verso il futuro. Un'occasione da cogliere soprattutto con i fondi europei (7 miliardi di euro).

Insomma senza la solita 'imposizione' non si potranno ottenere i risultati sperati di fare un passo verso il presente che per noi resta ancora futuro, la creazione di un welfare aziendale che renda la vita agli operatori sanitari un po' meno dura.

Ma probabilmente, nelle epiche e storiche 'stanze dei bottoni', la paura di 'obbligare' alla costruzione di asili aziendali deriva probabilmente dal timore che possano sfilare sulle nostre ampie strade social, cortei infiniti di 'nobaby', o che addirittura possano essere i bimbi stessi a manifestare appena 18enni il loro profondo disappunto perché l'asilo diciamo così, piace solo ai genitori.

Per qualunque dei motivi allegorici il governo non si decida a prendere in mano una situazione agli antipodi con il rispetto per il lavoratore, auspichiamo che al più presto possa aprirsi almeno una discussione, su un diritto del nuovo e del vecchio welfare che oggi sembra essere una chimera, un sogno, un sogno tutto italiano, che solo all'estero si trasforma in normale e quotidiana realtà... E poi ci lamentiamo della fuga dei medici...

COVID-19

Cosa attendersi nei prossimi mesi?

Il vaccino continua ad essere l'arma più efficace di cui disponiamo, ma da solo non è sufficiente per tenere sotto controllo la pandemia nei mesi autunnali e invernali che stanno arrivando. Mascherine, distanziamento e responsabilità individuale nei comportamenti saranno ancora fondamentali, soprattutto in presenza della variante Delta, assai più contagiosa dei ceppi precedenti. Le due incognite da tenere sotto osservazione: la stagione influenzale e la diffusione del virus tra i bambini al di sotto dei 12 anni

Tra la fine di settembre 2020 e la fine di marzo 2021 in Italia si registrarono quasi 3,3 milioni di casi di Covid-19, con oltre 73.000 decessi, in media più di 400 al giorno. I momenti più bui: il 13 novembre, quando furono registrati oltre 40.000 nuovi casi, e il 26 dello stesso mese, con 853 decessi.

Il ricordo di questo tragico passato recente deve essere ben presente nel momento in cui entriamo nella seconda stagione invernale dell'era COVID, soprattutto se pensiamo che alla vigilia della stagione autunnale e invernale 2020-21, dopo il pesante lockdown primaverile, il numero giornaliero di casi e l'occupazione delle corsie e delle terapie intensive era ad un livello più basso di quello del settembre 2021.

Rispetto all'anno scorso, però, oggi disponiamo di uno strumento, il vaccino, che ha cambiato le regole d'ingaggio con il virus. I dati che l'Istituto Superiore di Sanità aggiorna ogni settimana ci dicono che il completamento del ciclo vaccinale garantisce una protezione superiore al 90% contro l'ospedalizzazione, il ricovero in terapia intensiva e il decesso. Per chi non è vaccinato ed ha più di 60 anni vi è un ri-

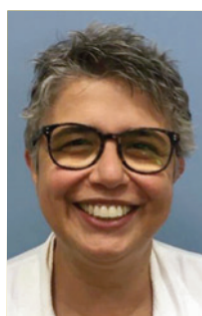
schio maggiore di quasi cinque volte di contrarre l'infezione rispetto a chi ha completato il ciclo vaccinale, di dieci volte di ospedalizzazione, di 20 volte di entrare in terapia intensiva, e di 12 volte di decesso.

Tutto risolto dunque? Purtroppo le cose non sono così semplici, e nei prossimi mesi ci sarà ancora da stare attenti per tenere sotto controllo una possibile ripresa dei contagi, anche se oggi le ragioni dell'ottimismo sono senz'altro prevalenti. Cosa fare allora? Perché bisogna mantenere la guardia ben alta? Per rispondere a queste domande ci aiuta l'ultimo documento di *risk assessment* dell'ECDC, l'autorità europea di controllo delle malattie, pubblicato lo scorso 30 settembre e relativo al rischio da COVID-19 e alle contromisure da adottare nel periodo autunnale nei 27 paesi dell'Unione Europea e nei tre dello Spazio Economico Europeo (Islanda, Norvegia, Liechtenstein)¹.

¹ European Centre for Disease Prevention and Control. *Assessing SARS-CoV-2 circulation, variants of concern, non-pharmaceutical interventions and vaccine rollout in the EU/EEA, 16th update – sept. 30, 2021*. ECDC: Stockholm; 2021



L'ECDC rileva come la variante Delta, molto più trasmissibile rispetto ai ceppi precedenti, totalizzi ormai in Europa oltre il 99% dei nuovi casi segnalati. Di positivo c'è che i vaccini attualmente disponibili rimangono altamente protettivi contro questa variante, specialmente contro le forme gravi della malattia. Il vaccino dunque è il presidio primario, ma nonostante a fine settembre 2021 oltre il 61% della popolazione europea risulti completamente vaccinata, vi sono ancora notevoli differenze, sia tra un paese e l'altro che all'interno dei singoli paesi. Va sottolineato a questo proposito che non tutta la popolazione al momento può essere vaccinata, dal momento che per i bambini di età inferiore ai 12 anni gli attuali vaccini attualmente non sono autorizzati. E così per esempio in Italia gli oltre 42 milioni di persone che a fine settembre hanno completato il ciclo vaccinale corrispondono all'80% della popolazione vaccinabile, ma soltanto al 72% della popolazione totale. Numeri certo importanti, ma non ancora sufficienti a costituire quella barriera di immunizzazione definita "immunità di comunità" che limita o blocca la diffuso-



CONCETTA CASTILLETTI
Dirigente Biologo,
Responsabile UOS
Virus Emergenti
articolazione
del Laboratorio
di Virologia
e Laboratori
di Biosicurezza,
Istituto Nazionale
per le Malattie
Infettive Lazzaro
Spallanzani,
IRCCS

ne del virus, soprattutto in considerazione del fatto che la variante Delta, oggi dominante, ha una contagiosità più che doppia rispetto al ceppo virale originario del SARS-CoV-2.

In aggiunta al tasso di vaccinazione, altre variabili possono influire su un maggiore o minore impatto dell'epidemia nei mesi autunnali e invernali. Le più significative sono le cosiddette "misure non farmacologiche": le mascherine, il distanziamento, l'igiene delle mani. Altro fattore che va tenuto in considerazione è il tasso di mobilità e di contatto tra la popolazione: più sono le interazioni tra le persone (mezzi di trasporto, scuole, luoghi di lavoro e di ritrovo, etc.), maggiori i rischi di contagio. Misure come il *green pass*, con le quali in Italia ed in altri paesi si riserva l'accesso a determinate attività o servizi alle persone vaccinate, che hanno superato l'infezione o in possesso di un tampone negativo recente, costituiscono appunto uno strumento per garantire un accettabile compromesso tra le ragioni della salute e quelle economiche e sociali: è quello che Mario Draghi, in una delle sue prime conferenze stampa da Presidente del Consiglio, definì "rischio ragionato".

Infine, non è da sottovalutare la potenziale attenuazione nel tempo della protezione garantita dall'immunità naturale o vaccinale. In Italia è già stata avviata la somministrazione di una terza dose ai pazienti fragili, che hanno una risposta meno robusta al vaccino, ed è stata già programmata una campagna per le terze dosi agli operatori sanitari e al resto della popolazione immunizzata da oltre sei mesi, a partire dai soggetti più a rischio, gli over 80. Sulla base di queste variabili, l'ECDC ha sviluppato una serie di scenari. In estrema sintesi:

I paesi con una bassa copertura vaccinale e che prevedono di allentare le misure di contenimento, nell'autunno 2021 hanno un rischio elevato di una impennata significativa di casi, ricoveri e decessi. In un tale scenario, a causa della circolazione molto elevata del virus, i gruppi di popolazione più vulnerabili, anche se completamente vac-

cinati, sarebbero a rischio di contrarre infezioni con esito severo.

I paesi con una elevata copertura vaccinale, come l'Italia, hanno un rischio contenuto di una nuova ondata di casi, ricoveri e decessi nell'autunno 2021, a meno che non si verifichi un rapido declino dell'efficacia del vaccino a causa del declino dell'immunità e/o una rimozione delle misure di contenimento e/o un significativo incremento dei tassi di contatto tra la popolazione.

L'ultimo *caveat* che fornisce l'ECDC è relativo a due variabili il cui impatto non è ancora stimabile, ma che potrebbero costituire altrettante complicazioni nella gestione della pandemia. La prima è l'epidemia stagionale di influenza, che l'anno scorso, in presenza di significative misure di contenimento e di pesanti limitazioni agli spostamenti delle persone, è praticamente "saltata", ma che quest'anno potrebbe ripresentarsi e sovrapporsi al COVID-19, costituendo un rischio supplementare per le persone, oltre che un ulteriore sovraccarico per il sistema sanitario e per la gestione della salute pubblica.

La seconda incognita è rappresentata dal potenziale aumento dei casi tra la popolazione più giovane non vaccinabile, collegata alla ripresa delle attività scolastiche in presenza. È vero infatti che nella quasi totalità dei casi la malattia nei bambini ha un decorso lieve o asintomatico, ma nel corso della recente ondata di casi causati dalla variante Delta negli Stati Uniti vi è stata una significativa crescita di casi anche gravi in questa fascia di età.

In conclusione, non vi è motivo per non essere ragionevolmente ottimisti circa la progressiva risoluzione della pandemia ed il ritorno alla normalità. L'importante è non passare dalla fiducia all'euforia, col rischio di rovinare la fatica e le sofferenze che tutti siamo stati costretti a sopportare in questo ultimo anno e mezzo. Siamo vicini al traguardo, ma c'è ancora un tratto di strada da fare, con responsabilità, solidarietà e fiducia nella ricerca scientifica, che ci ha dato gli strumenti per vincere questa battaglia.

DDL BILANCIO 2022

il problema del divario retributivo e pensionistico e colmare il divario e conseguire l'equilibrio di genere nel processo decisionale. Per il finanziamento del Piano, il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità è incrementato di 5 milioni di euro a decorrere dal 2022.

ARTICOLO 38

Disposizioni in materia di Piano strategico nazionale contro la violenza di genere

La misura ridefinisce obiettivi e procedure per la stesura del Piano strategico nazionale contro la violenza di genere. Il Piano, avrà l'obiettivo di garantire azioni omogenee nel territorio nazionale

Per il finanziamento del Piano il Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità è incrementato di 5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.

ARTICOLO 41

Anno europeo dei giovani e Fondo per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze tra le giovani generazioni

Ai fini della celebrazione, nell'anno 2022, dell'Anno europeo dei giovani, è autorizzata la spesa di 5 milioni di euro per il medesimo anno, per la realizzazione di iniziative di valenza nazionale ispirate ai principi guida della strategia dell'Unione europea per la gioventù e volte a favorire l'attivazione e la più ampia partecipazione dei giovani. Con decreto del Ministro per le politiche giovanili sono stabiliti gli indirizzi e i criteri nonché le modalità di utilizzo delle risorse del fondo.

ARTICOLO 43

Livelli essenziali delle prestazioni sociali per la non autosufficienza

Vengono definiti i livelli essenziali delle prestazioni sociali, di seguito LEPS, che sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.

Mediante apposita intesa in sede di Conferenza Unificata su iniziativa del Ministro del lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministro della sa-

lute e del Ministro dell'economia e delle finanze si provvede alla definizione delle linee guida per l'attuazione e per l'adozione di atti di programmazione integrata, garantendo l'omogeneità del modello organizzativo degli ambiti territoriali sociali e la ripartizione delle risorse assegnate dallo Stato per il finanziamento dei LEPS.

ARTICOLO 45

Livelli essenziali delle prestazioni in materia di trasporto scolastico di studenti disabili

Viene definito nell'ambito del Lep (che andranno in ogni caso definiti) un contributo destinato al trasporto scolastico per gli studenti disabili pari a 30 milioni di euro per l'anno 2022, a 50 milioni di euro per l'anno 2023, a 80 milioni di euro per l'anno 2024, a 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025 e 2026 e a 120 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2027.

ARTICOLO 48

Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità

Il "Fondo per la disabilità e la non autosufficienza" a decorrere dal 1° gennaio 2022, è denominato "Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità" ed è trasferito presso lo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, al fine di dare attuazione a interventi legislativi in materia di disabilità finalizzati al riordino e alla sistematizzazione delle politiche di sostegno alla disabilità di competenza dell'autorità politica delegata in materia di disabilità. A tal fine, il predetto Fondo è incrementato di 50 milioni di euro annui dall'anno 2023 all'anno 2026.

ARTICOLO 49

Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per gli alunni con disabilità

Per il potenziamento dei servizi di assistenza all'autonomia e alla comunicazione per gli alunni con disabilità della scuola dell'infanzia, della scuola primaria e della scuola secondaria di primo e secondo grado, è istituito nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della presidenza del Consiglio dei ministri, un Fondo denominato "Fondo per l'assistenza all'autonomia e alla co-

municazione per gli alunni con disabilità", con una dotazione di 100 milioni di euro a decorrere dal 2022.

ARTICOLO 50

Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità

Viene finanziato anche per il 2022 e il 2023 il fondo con una dotazione annua di 50 mln di euro. Vengono inoltre aggiunte anche iniziative dedicate alle persone con disturbo dello spettro autistico.

ARTICOLO 78

Estensione temporale del sostegno in caso di maternità

Alle lavoratrici che abbiano dichiarato, nell'anno precedente l'inizio del periodo di maternità, un reddito inferiore a 8.145 euro, incrementato del 100 per cento dell'aumento derivante dalla variazione annuale dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie degli operai e impiegati, l'indennità di maternità è riconosciuta per ulteriori tre mesi a seguire dalla fine del periodo di maternità.

ARTICOLO 109

Insegnamento dell'educazione motoria nella scuola primaria

E' introdotto gradualmente, l'insegnamento dell'educazione motoria nella scuola primaria nelle classi quarte e quinte da parte di docenti forniti di idoneo titolo di studio e la iscrizione nella correlata classe di concorso "Scienze motorie e sportive nella scuola primaria".

ARTICOLO 155

Istituzione del Fondo per l'attuazione del programma nazionale di controllo dell'inquinamento atmosferico

Al fine di assicurare l'efficace attuazione del programma nazionale di controllo dell'inquinamento atmosferico, nonché di rispettare gli impegni di riduzione delle emissioni assunti dall'Italia, è istituito, nello stato di previsione del Ministero della transizione ecologica, un apposito Fondo destinato a finanziare l'attuazione delle misure previste dal medesimo programma nazionale. Al Fondo è assegnata una dotazione pari a 50 milioni di euro nel 2023, 100 milioni di euro nel 2024, 150 milioni di euro nel 2025 e di 200 milioni di euro annui dal 2026 al 2035.

Il contratto che vogliamo



**Le richieste
dell'Anaa
per il Ccnl
2019-2021**

Scarica
la versione
integrale
pubblicata su
**Iniziativa
Ospedaliera**



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

www.anaao.it





**CI SONO COSE A CUI NON SI È MAI
DEL TUTTO PREPARATI.**

PER QUESTO CI SIAMO NOI.

**APRI IL QR CODE E GUARDA
IL FILM DELLA NUOVA
CAMPAGNA ISCRIZIONI
ANAAO ASSOMED**



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE  **MEDICI DIRIGENTI**

www.anaao.it

