

d!

d!rigenza medica

7 Autonomia differenziata
L'Anaao non accetterà il ruolo di spettatore passivo

10 Pronto soccorso
Tra errori commessi e un futuro incerto

14 Dirigenza sanitaria
Ambiente, spillover e pandemie: perché dobbiamo rispettare la nostra casa "terra"

Il mensile dell'Anaao Assomed



L'Anaao
in audizione alla
Commissione
Affari Sociali
della Camera

**Investire le priorità
di investimento
il Ssn per salvare**

ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED

Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI
DEL PACCHETTO SICUREZZA
ANAAO ASSOMED



Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

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

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

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

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

Finito di stampare
nel mese di maggio 2024

Non scimmiettare modelli di altri Paesi

Rendere più snello l'accesso a Medicina

Il disegno di legge delega sulla modifica per l'accesso alla Facoltà di medicina e chirurgia prosegue il suo iter parlamentare al Senato. Di certo, se dovesse andare in porto, sarebbe una svolta epocale ma, per come è strutturato e al netto di eventuali e necessarie modifiche, la ratio non appare né efficace né efficiente per riformare un sistema formativo che, concordiamo tutti, necessita di una profonda revisione.

Partiamo dall'inizio.

Secondo il DDL delega il prossimo anno sarà abolito il vituperato e imbarazzante test di ingresso. Quindi, in nome di un diritto allo studio confuso, strumentalmente, con il diritto al libero accesso, circa 70.000 studenti, nella migliore delle ipotesi, avranno la possibilità di iscriversi liberamente alla Facoltà di medicina e chirurgia. Il che non vuol dire, però, che tutti avranno la possibilità di conseguire la Laurea.

Non potendo le 95 Facoltà di medicina sopprimere a un tale aumento della domanda di aule e docenti con i 23 mln promessi, i corsi del primo semestre si terranno on line. E, per 6 mesi, 70000 studenti affronteranno per via telematica materie di studio che oggi richiedono laboratori, attività didattiche in piccoli gruppi, esercitazioni. Alla fine del semestre, i 70.000 studenti dovranno superare 4 esami per affrontare, in base ai crediti formativi ottenuti ed al voto ricevuto, una nuova selezione, sperando di collocarsi, in base anche al numero di risposte esatte, in una posizione utile nella graduatoria finale. Quindi, la strozzatura lamentata non è stata eliminata, come afferma la narrazione populistica, ma addirittura raddoppiata. Non senza criticità aggiuntive.

Qualcuno diceva che a pensar male si fa peccato ma a volte si indovina. Allora non sarà troppo soggettivo il voto di uno o più esami? E quanto tempo, e quanti docenti, saranno necessari per 280.000 esami e per la graduatoria finale? Al netto di ricorsi, ovviamente. Ma andiamo avanti.

Se i posti a disposizione saranno funzione, come annunciato, del fabbisogno di medici della sanità italiana, alcune decine di migliaia di studenti resteranno fuori. Certo, potranno iscriversi in altre discipline affini con il riconoscimento dei crediti formativi, ma chi decide di an-

dare a lettere o filosofia avrà perso 6 mesi (nella migliore delle ipotesi) della propria vita formativa consumati, tra l'altro, in una feroce competizione.

Quanto all'annuncio trionfale del Ministro Bernini di 30mila nuovi medici tra 7 anni, qualcuno le dica che il numero dei medici in Italia è già ai limiti alti della media europea e che, comunque, se la previsione si avverasse, occorrerà mettere in conto il raddoppio dei costi della formazione specialistica. A meno di non resuscitare l'imbuto formativo. Senza contare che nessuno di loro potrà lavorare subito per il Ssn ma dopo un ulteriore percorso formativo di 4-5 anni. Quando il picco di pensionamenti si sarà esaurito e i nuovi specialisti potranno scegliere tra il precariato sottopagato o l'emigrazione nei paesi europei o arabi. I contribuenti italiani saranno felici di pagare la sanità degli altri.

Tante ombre sono presenti nel ddl mettendo in secondo piano alcuni aspetti sui quali varrebbe la pena, invece, lavorare. Ad esempio, la collaborazione tra ordini professionali (finalmente riconosciuti nel proprio ruolo) e ministero per organizzare percorsi di orientamento negli ultimi tre anni di scuola secondaria di secondo grado o la valorizzazione dei tirocini e la programmazione di corsi di formazione.

Invece di copiare, alla faccia dell'identità nazionale, un modello sotto esame là dove è nato, appare preferibile agire in modo più semplice sull'attuale test con materie di studio preliminarmente definite, libri di testo unici, database di domande pubblico e accessibile a tutti, corsi di formazione organizzati dalle università che, di certo, contrasterebbero il fenomeno della preparazione a pagamento.

Il percorso di studi in medicina e chirurgia oggi in Italia è lungo e farraginoso. Invece di allungarlo ulteriormente occorre renderlo più snello nei tempi e nelle modalità di accesso e valutazione. Non abbiamo bisogno di scimmiettare il modello di altri Paesi apparecchiando, tra l'altro, una serie di beffe a danno degli studenti e dei contribuenti.

Anaao Assomed è per il modello Italia, migliorando ciò che di buono produciamo, almeno laddove raggiungiamo l'eccellenza. Si spera che il Parlamento segua questa strada.



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaao Assomed

Disposizioni per il sostegno finanziario del servizio sanitario nazionale

Sono stati incardinati in XII Commissione della Camera otto disegni di legge, peraltro bipartisan, che contengono disposizioni a sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità.

In particolare gli otto disegni di legge (AC 1741, AC 503, AC 1608, AC 1545, C 1533, AC 1626, AC 1712, AC 1846), contengono disposizioni sull'incremento del fabbisogno sanitario nazionale, sul superamento del cosiddetto tetto di spesa del personale e del limite delle risorse per il trattamento accessorio del personale, misure per l'abbattimento delle liste d'attesa e per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie volte ad aggiornare i Lea, indicando una copertura finanziaria realizzata, tra gli altri, attraverso

interventi di razionalizzazione e di revisione della spesa pubblica piuttosto che meccanismi e misure aggiuntive di contrasto dell'evasione ed elusione fiscale e contributiva.

L'Anaa in audizione alla Commissione Affari Sociali



Per salvare il Ssn: rivedere le priorità di investimento

La XII Commissione della Camera, Affari Sociali ha avviato un ciclo di audizioni. Riportiamo di seguito il documento depositato dall'Anaa Assomed

“Il Def 2024 approvato lo scorso 9 aprile dal Consiglio dei Ministri, con le sole stime tendenziali calcolate sulle norme in vigore, e senza stime programmatiche che rimangono in attesa del nuovo Patto di Stabilità, conferma che, in linea con quanto accaduto negli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta affatto una priorità neppure per l'attuale Governo.

A partire dal 2010, al di là del valore nominale del FSN, tutti i Governi, hanno evitato di finanziare adeguatamente il Ssn, portando il nostro Paese ad essere in Europa “primo tra i paesi poveri” in termini di spesa sanitaria pubblica, sia in percentuale del Pil, sia, soprattutto, pro-capite a parità di potere di acquisto. Che, nel 2022, è meno della metà di quella tedesca e poco superiore al 50%

di quella francese, inferiore a quella spagnola, supera di pochi decimali Grecia e Portogallo ed i paesi dell'Europa dell'Est, eccetto la Repubblica Ceca, come già rilevato dal Gimbe. Rispetto al Pil, poi, nel triennio 2025-2027, a fronte di una crescita media annua del PIL nominale del 3,1%, il DEF 2024 stima al 2% la crescita media annua della spesa sanitaria con riduzione del rapporto dal 6,4% del 2024 al 6,2% nel 2025-2026. Senza considerare, peraltro, l'erosione del potere di acquisto, visto che nell'ultimo triennio i prezzi hanno registrato un incremento cumulato del 13,9%, mentre il FSN è cresciuto del 11,4% segnando un decremento in termini reali. Il tutto senza tener conto dei bisogni e dei costi crescenti legati a transizione demografica e innovazione tecnologica.

La sanità è in una grave situazione di incapienza, di risorse economiche, umane, posti letto, con problemi cronici intrecciati a quelli creati dal Covid. Mentre chilometriche liste di attesa accentuano la sfiducia dei cittadini e le spinte verso la privatizzazione, sentiamo un gran parlare di muri e di tecno-



logie, ma non di uomini e di donne, di bisogni e di diritti. Ma la sanità è fatta di professionisti qualificati, insostituibili punti di riferimento per i cittadini e garanzia di diritti fondamentali. A fronte delle nuove sfide (aumento dell'anzianità della popolazione, delle malattie croniche e della non autosufficienza, arrivo di nuovi emigranti, accesso ai nuovi e costosi farmaci e dispositivi medici, spinte centrifughe esasperate dalla promessa di autonomia differenziata) le compatibilità rischiano di saltare, l'accesso dei cittadini ai servizi sempre più ineguale, le motivazioni degli operatori sempre più volatili ed il loro disagio crescente al punto di renderle vicine al punto di fuga.

Il Servizio sanitario nazionale cambia volto e pelle avviandosi a diventare un sistema povero per i poveri, il più grande ammortizzatore sociale esistente. Oggi solo 10 Regioni garantiscono i LEA, la forma normativa della garanzia della eguaglianza del cittadino di fronte al diritto alla salute, mentre essere curati secondo i bisogni costituisce un limite etico, civile e sociale fortemente minacciato e, da qualche parte, già travalicato.

**“
Un sistema sanitario è sostenibile nella misura in cui la politica vuole che lo sia.**

Per cui la sua sostenibilità è scelta politica e non tecnica

Ma, come ha già avuto modo di dichiarare il Segretario Nazionale Anaa Assomed Di Silverio, «*Senza soldi, non si può investire in un nuovo modello sanitario. Non si possono abbattere le liste d'attesa, non si possono rinnovare le infrastrutture ospedaliere, finanziare le case della salute, integrare la medicina ospedaliera e la medicina del territorio. Non si possono stipulare contratti, non si può rinnovare il contratto collettivo, non si possono assumere medici né finanziare le borse di specializzazione per formarne di nuovi. Non si può fare sanità*».

Appaiono pertanto largamente condivisibili le proposte dei DdL in esame, in un apprezzabile spirito bipartisan, di un finanziamento aggiuntivo del FSN di € 4 miliardi l'anno per un totale di € 20 miliardi. Nelle stime Ocse sulla sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari entro il 2040, l'Italia si trova al penultimo posto per incremento delle entrate attese (0,2%) e al terzultimo per l'aumento di spesa sanitaria (1,5%).

La importante iniezione di denaro pubblico per il Ssn non appare, però, sufficiente a recuperare l'enorme gap della spesa sanitaria pro-capite rispetto alla media dei paesi europei.

Preoccupa, inoltre, nei provvedimenti in esame la vaghezza sul reperimento delle risorse necessarie. Il riferimento a maggiori risorse derivanti dalla crescita economica, al sempiterno recupero dall'evasione/elusione fiscale e alla revisione delle politiche contributive appare tanto vago nei tempi quanto indeterminato nella entità. Perciò, se si vuole evitare il crollo imminente di un pilastro della nostra democrazia, è indifferibile rivedere le priorità di investimento del Paese, anche ricorrendo a tasse di scopo su comportamenti a rischio di patologie, come il gioco d'azzardo che ha un giro di affari superiore alla stessa spesa sanitaria.

Sarebbe necessario il MES, o almeno parte di esso, come Anaa sostiene da tempo, perché non c'è debito altrettanto "buono" di quello necessario a salvare il soldato SSN, "il bene comune più prezioso che abbiamo" e dare a medici e dirigenti sanitari ben più di una foto ricordo ma risorse per mettere il loro lavoro al centro della agenda e garantire una condizione umana e professionale più soddisfacente. E fugare il sospetto che dietro l'obiezione più comune e scontata, che viene posta al definanziamento della sanità pubblica ovvero la mancanza di risorse, si nasconde la volontà di consolidamento del processo di privatizzazione, ovvero meno servizi e più mercato, meno coesione sociale e più disuguaglianze. Da tempo, movimenti carsici e messaggi politici, più o meno espliciti, parlano di secondi e terzi pilastri a spese della fiscalità ge-

nerale, che già oggi garantisce 700 milioni di vantaggi al welfare aziendale e ai fondi assicurativi, spesso sostitutivi e non integrativi delle prestazioni pubbliche.

Come afferma Romanow, «*un sistema sanitario è sostenibile nella misura in cui la politica vuole che lo sia*» per cui la sua sostenibilità è scelta politica e non tecnica.

Per rilanciare il Ssn il progressivo incremento del finanziamento pubblico è condizione necessaria, ma non sufficiente. Sono ormai inderogabili coraggiose riforme visto che, a fronte di varie transizioni (epidemiologica, demografica, digitale), le modalità di finanziamento, programmazione, erogazione e valutazione dei servizi sanitari rispondono a leggi che risalgono a 30 anni fa. Serve una revisione della governance delle aziende sanitarie, una riforma dello stato giuridico e del modello contrattuale-retributivo della dirigenza sanitaria, una riforma del suo reclutamento, della formazione post laurea, il miglioramento delle condizioni di lavoro. E individuare il necessario equilibrio ospedale-territorio, ripensando il ruolo e la organizzazione delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con quella delle cure primarie. La stessa valorizzazione della prevenzione primaria rischia, per parte sua, di ridursi a puro slogan se non si chiarisce quanto lo Stato è disposto a sacrificare per ridurre i comportamenti a rischio nel doppio ruolo di gabelliere e curante.

In attesa della deriva prossima ventura dell'autonomia differenziata, per cui il diritto alla salute, uno e indivisibile, verrà declinato in ventuno modi diversi, cessando di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale con perdita complessiva di coesione sociale ed accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, con le seconde ridotte al rango di clienti delle prime, cui garantiscono la tenuta dei conti.

Il problema delle liste d'attesa costituisce una delle principali criticità del servizio sanitario Nazionale che porta milioni di cittadini e pazienti alla rinuncia alle cure con pesanti conseguenze sulla salute. Primo frutto avvelenato di un anacronistico tetto di spesa alle assunzioni che, anche in un contesto di crescita della occupazione, come quello tra 2022 e 2021, segna meno 500 medici. Condividiamo perciò la proposta di una sua eliminazione, premessa necessaria per una campagna straordinaria di assunzioni, e quella di predisporre una unica agenda di prenotazione tra strutture pubbliche e private accreditate. Ma, più utile, e con ef-

Segue a pagina 16



Rapporto Istat 2024

Morti evitabili, il Sud sopra la media nazionale. Fenomeno particolarmente elevato a Napoli.

Nuovo record negativo per le nascite: nel 2023 nati appena 379 mila bambini

Nel 2021 l'incidenza standardizzata di morti evitabili nel meridione è superiore alla media nazionale (20,4 contro 19,2 ogni 10 mila abitanti); a eccezione di quella di Cagliari, tutte le altre Città metropolitane del Sud e delle Isole hanno fatto registrare valori della mortalità evitabile superiori all'insieme in esame. Tra i più giovani si è osservato un peggioramento nella sfera della salute mentale e una propensione ad adottare stili di vita che possono compromettere la loro salute

Con la fine della pandemia, il calo della mortalità si traduce in un recupero di 6 mesi della speranza di vita alla nascita, fino a 83,1 anni, confermando come il nostro sia uno dei Paesi in cui in media si vive più a lungo. Restano però diverse ombre riguardo la spaccatura tra Nord e Sud del Paese in termini di mortalità prevenibile. Nel 2021 l'incidenza standardizzata di morti evitabili nel meridione è superiore alla media nazionale (20,4 contro 19,2 ogni 10 mila abitanti); a eccezione di quella di Cagliari, tutte le altre Città metropolitane del Sud e delle Isole hanno fatto registrare valori della mortalità evitabile superiori all'insieme in esame. Quanto alle generazioni più giovani, negli anni più recenti si è osservato un peggioramento nella sfera della salute mentale (specialmente tra le ragazze) e una propensione ad adottare stili di vita che possono compromettere la loro salute

(consumo di alcol ed eccesso di peso), insieme a una riduzione dei rapporti interpersonali in presenza a vantaggio di quelli a distanza o virtuali. Questi alcuni dei dati emersi dal nuovo "Rapporto annuale 2024. La situazione del Paese" dell'Istat.

Accessibilità ai servizi

L'analisi dell'accessibilità ai servizi ospedalieri si basa sulle misurazioni dei tempi di percorrenza su strada da ciascun comune verso ogni infrastruttura: si tratta dei tempi minimi stimati per raggiungere almeno una infrastruttura sanitaria. Sono state predisposte tre classi di intervalli temporali – fino a 15 minuti, da 15 a 30, oltre 30 – all'interno delle quali ogni comune viene collocato in base al tempo minimo di percorrenza rilevato. Sono state considerate 635 infrastrutture ospedaliere (al

2019), tutte dotate di un Pronto soccorso o di un Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (Dea) di primo o secondo livello.

Il grado di diffusione territoriale delle strutture ospedaliere è piuttosto elevato, con maggiori concentrazioni in prossimità delle Città metropolitane di Milano, Roma e Napoli. Tuttavia, molte regioni si collocano al di sotto della media nazionale di disponibilità in rapporto alla popolazione residente: Lombardia, Lazio e Campania, tra le più popolate, unitamente a Toscana, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Puglia, Emilia-Romagna e Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste. In Umbria, Calabria e Sardegna la disponibilità di ospedali per 100 mila abitanti è più elevata (superiore a 1,5). Per quanto riguarda l'accessibilità, mediamente il 55,5 per cento dei comuni – in cui risiede la stragrande maggioranza della popolazione (84,7 per cento) – dista al massimo 15 minuti dall'ospedale più vicino. Per la quota rimanente, il 38 per cento dei comuni (14 per cento della popolazione) dista tra i 15 e i 30 minuti.

La quasi totalità della popolazione (98,7 per cento) risiede, pertanto, in comuni dai quali è possibile raggiungere una struttura ospedaliera entro mezz'ora. Tuttavia, sussistono notevoli differenze sul territorio: dista al più 15 minuti da un ospedale il 75,5 per cento dei comuni lombardi, contro il 14,5 per cento dei comuni della Basilicata (93,4 e 41,6 per cento le quote in termini di popolazione, rispettivamente). L'accessibilità dei residenti ai servizi ospedalieri è superiore alla media nazionale, per il Centro-Nord, in regioni come Liguria (con la quota più elevata di popolazione anziana), Veneto, Umbria, Emilia-Romagna, Lazio, Piemonte e Lombardia, a cui si aggiungono Campania e Puglia per il Mezzogiorno. Maggiori difficoltà si rilevano laddove l'orografia e la geomorfologia dei territori rendono più complessi gli spostamenti: in Basilicata, Molise, Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in Sardegna e in Calabria, dove una quota non irri-



TABELLA 1

Strutture ospedaliere per regione. Anno 2019 (per 100 mila abitanti) (a)

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Censimento permanente della Popolazione e delle Abitazioni; Istat, Elaborazioni su dati del Ministero della Salute

(a) Popolazione al 1° gennaio 2023

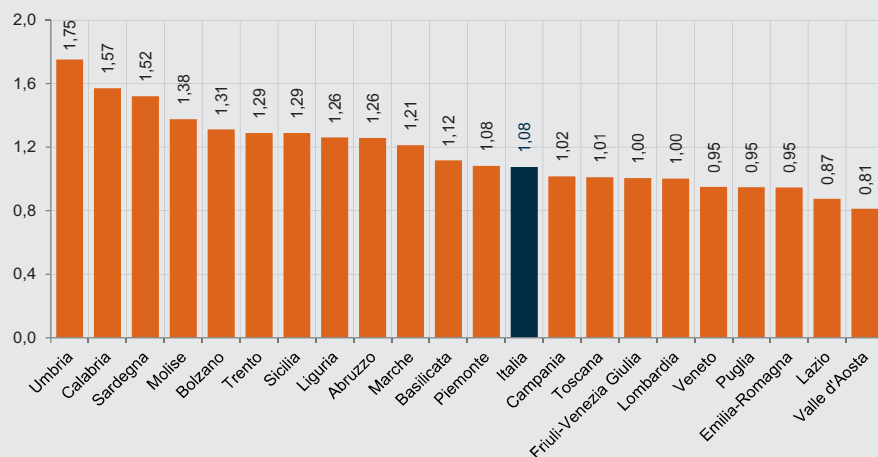
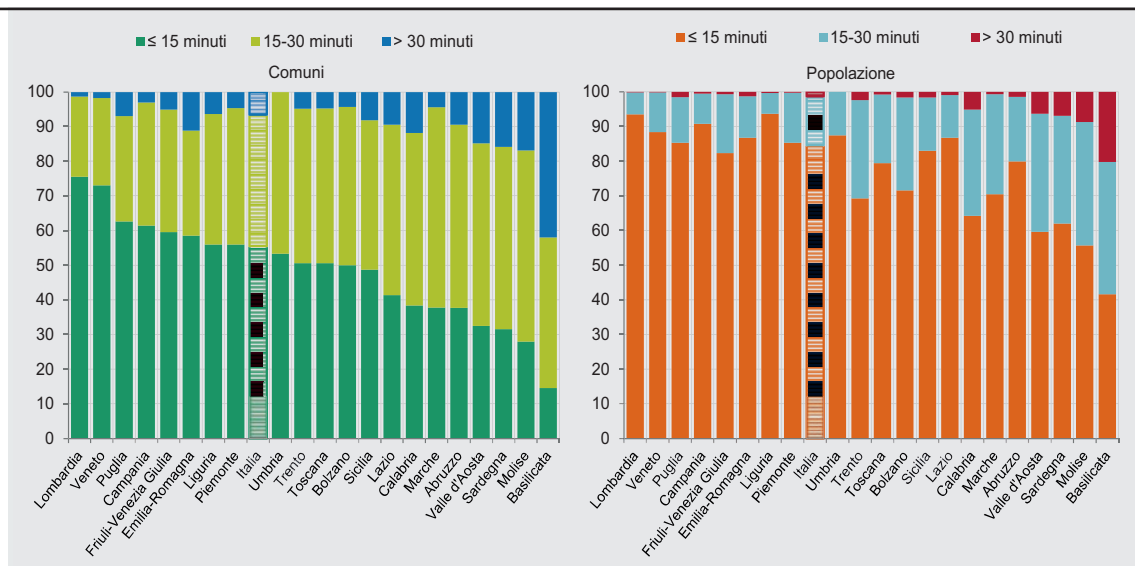


TABELLA 2

Quota di comuni (sinistra) e popolazione residente al 1° gennaio (destra) per tempo necessario (in minuti) al raggiungimento della struttura ospedaliera più vicina, per regione. Anno 2023 (composizioni percentuali)

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Censimento permanente della Popolazione e delle Abitazioni



levante di popolazione (tra il 5,2 e il 20,3 per cento) impiega oltre 30 minuti per raggiungere una struttura ospedaliera. I comuni che distano oltre 1 ora da un ospedale sono solo sei, con appena 13 mila residenti in tutto, ripartiti tra Toscana, Lazio, Puglia e Sicilia.

Disuguaglianze

L'analisi condotta sulle Città metropolitane mette ancora più in risalto le disuguaglianze di salute tra i territori, che risultano distribuite secondo un asse geografico a criticità crescente da Nord a Sud. Nel 2021 l'incidenza standardizzata di morti evitabili in queste aree è superiore alla media nazionale (20,4 contro 19,2 ogni 10 mila abitanti); a eccezione di quella di Cagliari, tutte le altre Città metropolitane del Sud e delle Isole fanno registrare valori della mortalità evitabile superiori all'insieme in esame. Il fenomeno è particolarmente elevato a Napoli, sia con riferimento alla Città metropolitana (27,1 decessi evitabili ogni 10 mila abitanti, di cui 18 prevenibili) sia al solo capoluogo (29,3 decessi evitabili ogni 10 mila abitanti, di cui 19,9 prevenibili). L'analisi per genere evidenzia una prevalenza della mortalità maschile in entrambe le componenti, soprattutto in

quella prevenibile. Nel 2021 in Italia le cause prevenibili hanno determinato il decesso prematuro di 18,6 uomini e 7,3 donne ogni 10 mila abitanti, cui si sommano i decessi per cause trattabili (6,9 uomini e 6 donne ogni 10 mila) (Tabella 4). Ancora una volta, il Sud del Paese presenta i livelli di mortalità prevenibile più alti delle altre ripartizioni geografiche per uomini (20,9 per 10 mila abitanti) e donne, con uno squilibrio di genere di 12,6 decessi ogni 10 mila abitanti. Sul territorio, la mortalità maschile, associata a stili di vita non salutarie e all'esposizione a fattori di rischio individuali e ambientali, causata nella Città metropolitana di Napoli 25,2 decessi ogni 10 mila abitanti, 13,3 ogni 10 mila in più rispetto alle donne. L'asimmetria di genere più accentuata nella mortalità prevenibile si rileva nella Città metropolitana di Cagliari (13,8 decessi ogni 10 mila abitanti), dovuta alla bassa mortalità femminile (5,9 decessi ogni 10 mila abitanti), la più contenuta tra tutti i territori metropolitani. Riguardo alla componente trattabile, in Italia le differenze di genere risultano meno marcate (0,9 decessi ogni 10 mila), ma Centro, Sud e Isole superano la media italiana.



Link al pdf del Rapporto

Mortalità

Nel 2021 la mortalità entro i 74 anni di vita in Italia è di 28,9 decessi ogni 10 mila abitanti di cui 11,7 ogni 10 mila abitanti per tumore, 5,2 ogni 10 mila abitanti per malattie del sistema cardiovascolare e 1,1 ogni 10 mila abitanti per malattie dell'apparato respiratorio. Il livello di mortalità causato dal Covid, nel 2021, incide per 3 decessi ogni 10 mila abitanti. Il Nord-ovest, nel 2020, ha il tasso standardizzato di mortalità da Covid più alto delle altre ripartizioni geografiche con 5,3 decessi ogni 10 mila abitanti, ma nel 2021 è il Sud che subisce maggiormente l'impatto della pandemia, 3,8 decessi ogni 10 mila abitanti. La mortalità entro i 74 anni raggiunge i livelli più critici nel Mezzogiorno, con valori superiori alla media italiana per tutte le cause di mortalità in tutti i periodi analizzati. Tra le Città metropolitane Napoli, Catania, Palermo e Messina hanno la mortalità entro i 74 anni più elevata della media dei territori metropolitani, che riguarda circa 30 decessi ogni 10 mila abitanti nel 2020 e 2021, tendenza in linea con quanto osservato per la sola componente evitabile. Le Città metropolitane mostrano alti livelli di morta-

Rapporto Istat 2024.

La situazione del Paese

lità per tutte le cause analizzate, specialmente Napoli, dove nel 2021 la mortalità per tumore è di 14,7 decessi ogni 10 mila abitanti, quella per malattie del sistema cardiovascolare di 7,5 e quella per malattie del sistema respiratorio di 1,9.

Stato di salute

L'età adulta è un periodo della vita in cui ancora si può generalmente fare affidamento su buone condizioni di salute: nel 2023 poco più di 7 adulti su 10 dichiarano di stare bene o molto bene in salute, con valori più elevati tra gli uomini rispetto alle donne (il 75,7 per cento contro il 69,8 per cento). Nel tempo si osserva una complessiva stabilità nelle quote di adulti in buona salute, sebbene dall'analisi per sottogruppi di età si evidenzia come la stabilità abbia riguardato solo la fascia tra i 35 e 44 anni, mentre tra i 25-34enni si è registrato un peggioramento compensato dal miglioramento nella fascia dai 45 ai 64 anni. Tale andamento nel tempo per fasce di età si osserva anche relativamente alla presenza di almeno una patologia

cronica che nel 2022, così come nel 2003, ha riguardato circa una persona adulta su tre.

Salute mentale

Nel 2023, l'indice tra la popolazione adulta raggiunge un punteggio medio di 69 su 100 e si mantiene su valori superiori alla media della popolazione (68,4). Le condizioni peggiorano, tuttavia, al crescere dell'età e il punteggio dell'indice raggiunge il minimo tra le donne di 45-64 anni (66,4).

Eccesso di peso

L'indicatore di mette in evidenza tra gli adulti di oggi un leggero peggioramento rispetto agli adulti di venti anni fa (dal 42,0 per cento del 2003 al 45,2 per cento del 2023 e un indice di parità aggiornato 2023/2003 significativo e pari a 0,93), con valori che si confermano nettamente più elevati tra gli uomini (55,5 per cento contro 34,9 per cento delle donne nel 2023). Il peggioramento ha riguardato esclusivamente gli adulti di 25-44 anni, mentre tra i 45-64enni si è

osservata una diminuzione, dovuta alla riduzione in questa fascia di età della parte dell'indicatore relativa al sovrappeso (dal 41,7 per cento al 37,8 per cento). Come in passato, la diffusione dell'eccesso di peso è quasi doppia tra chi ha un titolo di studio basso rispetto a chi ha un titolo di studio elevato, in particolare tra le donne; questo divario si riscontra anche per le diverse fasce di età, sebbene la distanza tra chi possiede titoli alti e titoli bassi si riduca al crescere dell'età.

Il fumo

Si riduce nell'intero periodo l'abitudine al fumo (con un indice di parità aggiornato 2023/2003 significativo e pari a 1,18), sebbene la tendenza alla diminuzione si sia interrotta a partire dal 2020. Anche tra gli adulti, come già visto per i giovani, si riduce la distanza uomo-donna per effetto di una riduzione molto meno marcata dell'abitudine al fumo tra le donne: dal 22,3 per cento al 19,3 per cento, mentre per gli uomini si pas-

Segue a pagina 16

TABELLA 3

Mortalità evitabile (prevenibile e trattabile) per Comune capoluogo di Città metropolitana (sinistra) e Città metropolitana (destra).
Anno 2021 (tassi standardizzati per 10 mila abitanti)

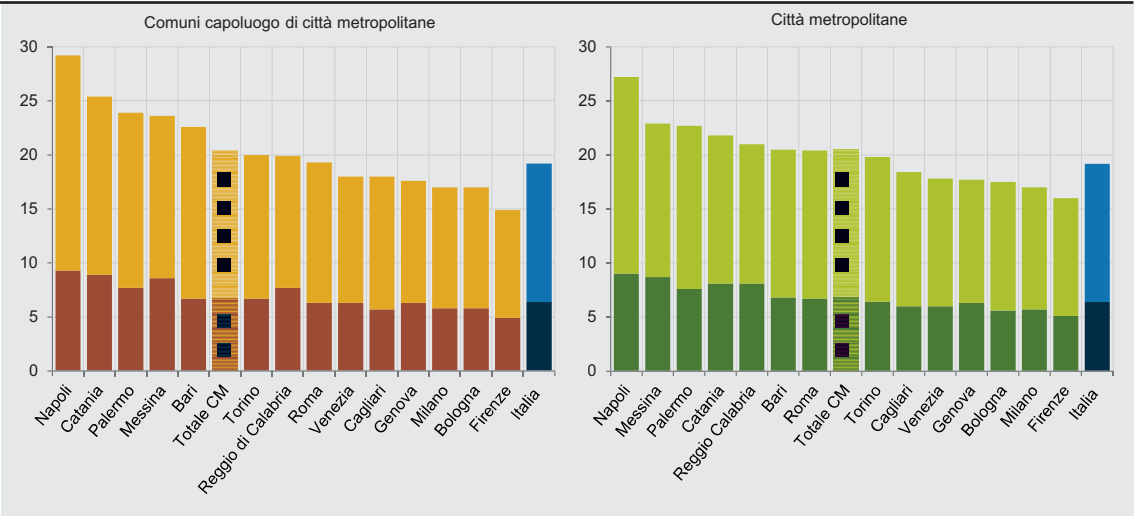
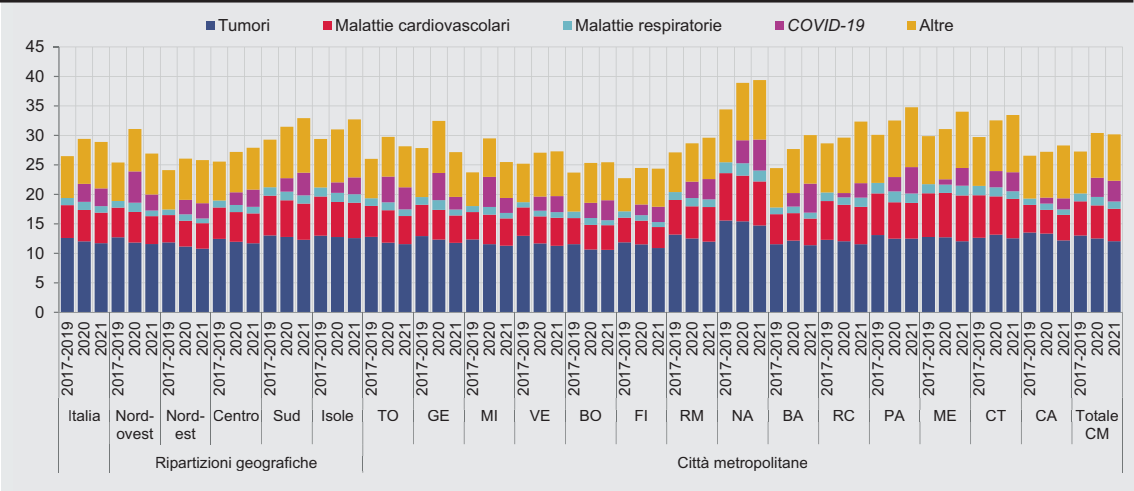


TABELLA 4

Mortalità della popolazione 0-74 anni per tumore, malattie cardiovascolari, respiratorie, COVID-19 e altre cause per ripartizione geografica e Città metropolitana.
Medie triennali 2017-2019 e anni 2020, 2021 (tassi standardizzati per 10 mila abitanti)



Le palesi ambiguità della legislazione concorrente hanno decretato il fallimento del federalismo, spesso di abbandono, in sanità, ma la versione “a geometria variabile” aumenta le spinte verso l’egoismo territoriale e il sovranismo regionale oltre che l’entropia del sistema, in cui le differenze arrivano alla stessa erogazione dei Lea

È stato inoltrato alla Camera dei Deputati il ddl Calderoli sull’autonomia differenziata, già approvato dal Senato, frutto di un patto politico all’interno della maggioranza di governo. Il potenziamento del regionalismo in 23 materie, tra le quali la sanità, trova la sua premessa nella modifica del titolo V della Costituzione effettuata nel 2001. Ma, per un paradosso della Storia, chi allora era contrario al regionalismo, fino a presentare nel 2014 un ddl per l’abolizione delle Regioni, oggi sostiene il progetto, sia pure con qualche mal di pancia. Viceversa, i sostenitori del primo provvedimento oggi si oppongono con emendamenti azzerati da votazioni in batteria.

Forse non siamo all’eversione ma, certo, l’approvazione del ddl segna la fine dello Stato e di quella identità nazionale che il Presidente del Consiglio rivendicava dalla opposizione e continua a rivendicare oggi.

Il diritto alla tutela della salute, l’unico che la Costituzione definisce “fondamentale”, viene frammentato in 21 parti, diverse per l’accesso alle cure e i loro esiti, cessando di avere una valenza nazionale per assumerne una locale, con effetti devastanti per le regioni meridionali, comprese quelle governate dal centrodestra che (per ora) sussurrano o non fatiscono. La salute di un cittadino lombardo avrà valenza diversa, più di quanto già oggi avvenga, da quella di un cittadino calabrese. Perché le Regioni più ricche, grazie a un residuo fiscale stimato in circa 20 mld, potranno assicurare ai propri residenti servizi migliori, per quantità e qualità.

Chi risiede in Regioni “forti” si curerà, gli altri potranno solo aspettare o rinunciare, vista l’assenza di un fondo perequativo a favore di chi ha minore capacità fiscale. Preoccupa inoltre la mano libera concessa alle Regioni su molte questioni: ticket e tariffe, requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, formazione medica post laurea e anche rapporti di lavoro, segnando una pietra tombale su contratti e convenzioni nazionali. L’invasione della legislazione regionale potrebbe cambiarne le disposizioni, come già avviene in regioni di colore politico diverso come Puglia e Lombardia. “L’Italia spez-

L’Anaa non accetterà il ruolo di spettatore passivo



zata” è lo scenario prossimo venturo in cui non è garantito il diritto dei cittadini all’eguaglianza di fronte alle malattie e parte una concorrenza selvaggia nell’acquisizione delle risorse umane in sanità, data la possibilità di pagarle al di fuori dei vincoli contrattuali e l’autonomia nella regolamentazione dell’attività libero-professionale.

Le palesi ambiguità della legislazione concorrente hanno decretato il fallimento del federalismo, spesso di abbandono, in sanità, ma la versione “a geometria variabile” aumenta le spinte verso l’egoismo territoriale e il sovranismo regionale oltre che l’entropia del sistema, in cui le differenze arrivano alla stessa erogazione dei LEA. Più sistemi sanitari, a diversa efficacia e sicurezza, comportano il venir meno del concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale.

Brilla poi nel testo l’assenza di fili verticali quali lo stato giuridico del perso-

nale, la perequazione finanziaria a favore delle regioni svantaggiate, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, i livelli essenziali organizzativi omogenei, le competenze delle professioni, gli accordi contrattuali e convenzionali. Il quadro che viene fuori dal Ddl Calderoli è confuso ma chiaro sul risultato ultimo che rischia di conseguire: rendere i livelli essenziali in sanità ancora più essenziali se non addirittura “eventuali”.

In presenza di un elevato deficit e debito pubblico, e dei vincoli comunitari, appare difficile il finanziamento necessario a garantire LEA egualitari. Una riforma a costo zero sarà costretta, nonostante l’ambizioso progetto, a conservare il criterio della spesa storica con l’effetto di cristallizzare le disuguaglianze esistenti nel Paese. Mettendo a rischio la solidarietà tra ceti e generazioni e rendendo altissima, come gli umori variabili del corpo elettorale dimostrano, la sfiducia dei cittadini nella democrazia rappresentativa e nelle istituzioni che la interpretano. Il darwinismo federalista e la secessione dei ricchi che ne consegue, rappresentano un siluro sparato contro la sanità pubblica. Ma anche uno scontro al Presidente della Repubblica Sergio Mattarella che, nel discorso di fine 2022, affermò: “Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese... creano ingiustizie, feriscono il diritto all’uguaglianza.” “Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Ssn si rafforzi”.

Focus DECRETO "POLIZZE"

A circa sette anni di distanza dall'entrata in vigore della Legge 24/2017, "Legge Gelli-Bianco", lo scorso 1 marzo è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Decreto (D.M. n.232/2023), previsto dall'articolo 10 della Legge, volto, tra le altre cose, alla determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie. Il testo, oltre a introdurre livelli minimi di massimali, differenziati per le varie fattispecie di soggetto destinatario della norma, ribadisce alcuni aspetti già presenti nella legge e introduce qualche novità

COMMISSIONE
ASSICURAZIONI
ANAAO ASSOMED

Riportiamo di seguito alcune considerazioni riguardo alle tematiche trattate dal Decreto restando comunque in attesa che il mercato assicurativo esprima pareri tecnici e attuativi dello stesso.

ARTICOLO 1

(Definizioni) vengono riportate le definizioni dei principali termini utilizzati sia nel decreto, che nella Legge 24/2017. Alcune di queste definizioni, tra le quali "esercente la professione sanitaria", "esercente attività libero professionale", "struttura" e "sinistro", dovranno essere confrontate con quelle previste dalle polizze assicurative attualmente presenti sul mercato e, se non nella loro totalità, armonizzate con la disciplina dei contratti cercando di offrire la più ampia tutela possibile al soggetto assicurato. Analizzando invece la definizione di sinistro/richiesta di

risarcimento inserite nel decreto alcune polizze presenti sul mercato già includono definizioni che oltre a rispettare quanto ribadito dal decreto, prevedono ulteriori fattispecie, ponendosi quindi come più tutelanti per il cliente (polizze c.d. deeming clause).

ALL'ARTICOLO 3

(Oggetto della garanzia assicurativa) al comma 2, si precisa ancor meglio, rispetto alla Legge 24/2017, che relativamente agli esercenti la professione sanitaria, la necessità di una copertura ulteriore rispetto alla c.d. "Rc colpa grave" è limitata agli esercenti l'attività libero professionale che prestano la propria attività in adempimento di un'obbligazione contrattuale direttamente assunta con il paziente, andando a chiarire il disposto del comma 2 articolo 7 della legge Gelli in merito alle responsabilità ascrivibili agli esercenti la professione sanitaria.

ARTICOLO 3

(Oggetto della garanzia assicurativa) al comma 6, si stabilisce che in caso di responsabilità solidale dell'assicurato l'assicurazione deve prevedere la copertura della responsabilità per l'intero, pur salvaguardando il diritto di surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali. Relativamente a questo aspetto le compagnie dovranno adeguare i testi di polizza per allinearsi ai dettami della normativa.

ARTICOLO 4

(Massimali minimi delle polizze assicurative) vengono introdotti i massimali minimi, individuati per diverse classi di rischio. Per quanto concerne le Strutture Sanitarie e Sociosanitarie, sono stati previsti differenti massimali a seconda della tipologia di attività svolta. Tali massimali minimi per sinistro prevedono importi da € 1.000.000,00 a € 5.000.000,00 con la previsione di un massimale per ciascun anno non inferiore al triplo di quello per sinistro. Alla luce delle attuali condizioni presenti sul mercato assicurativo, tale disposto non sembra particolarmente difficile da soddisfare. Per quanto concerne gli Esercenti la Professione Sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2 della Legge 24/2017, il Decreto prevede un massimale minimo per sinistro pari a € 1.000.000,00 per coloro che non svolgono "attività chirurgica, ortope-

dica, anestesilogica e parto" e un massimale per sinistro pari a € 2.000.000,00 per coloro che la svolgono. In entrambi i casi viene previsto un massimale per ciascun anno assicurativo non inferiore al triplo di quello previsto per singolo sinistro. Alla luce delle attuali tendenze del mercato assicurativo, che distingue le tariffe in base alla specializzazione esercitata, il massimale di € 6.000.000,00 per periodo assicurativo per quelle più a rischio, potrebbe comportare un incremento dei premi a carico dei singoli professionisti. Anche in questo caso, comunque, è importante attendere i pronunciamenti delle Società di Assicurazione. Per quanto concerne gli Esercenti la Professione Sanitaria diversi da quelli previsti al comma 2 dell'articolo 3 del Decreto, il massimale minimo previsto è quello indicato nella Legge 24/2017 e poi riformulato dal Decreto Lorenzin e cioè "il triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo". Relativamente a tale aspetto, riportiamo le seguenti considerazioni:

Tale limite, in ogni caso minimo, previsto nella "Legge Gelli" è riferito al singolo sinistro. In caso di più sinistri relativi alla medesima annualità assicurativa, potrebbe essere non tutelante per l'assicurato.

Tenendo conto dell'importo medio del sinistro in ambito medmal, che gli studi di settore degli ultimi anni stimano essere compreso tra € 100.000,00 ed € 120.000,00, e degli attuali premi assicurativi, è impensabile che un'eventuale riduzione dei massimali di polizza porti a una riduzione dei premi in modo proporzionale.

Il c.d. "limite del triplo" non è applicabile per i sinistri in ambito di RC Patrimoniale, per cui nella determinazione del massimale di polizze di RC "Colpa Grave" che includano anche tale fattispecie, sarà necessario tenerne conto.

ALL'ARTICOLO 6

(Diritto di recesso dell'assicuratore)

Al comma 1 sancisce che "In vigenza della polizza e nel periodo di ultrattività della stessa, l'assicuratore non può esercitare il diritto di recesso dal contratto a seguito della denuncia del sinistro o del suo risarcimento".

Al comma 2 stabilisce che "L'assicuratore può recedere dal contratto prima della scadenza solo in caso di reitera-



ta condotta gravemente colposa dell'esercente la professione sanitaria per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno".

Quanto riportato sembra suggerisce l'abolizione del diritto di recesso prima della scadenza di polizza per tutte le polizze afferenti alle strutture e gli esercenti la professione sanitaria, per poi ricompenderlo, relativamente alle sole polizze per gli esercenti la professione sanitaria in caso di "reiterata condotta gravemente colposa (...) per più di un sinistro, accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno". La terminologia adottata per consentire le modalità di disdetta per le polizze degli esercenti la professione sanitaria non stringente sulla quantificazione del numero dei sinistri e degli importi risarciti; bisognerà quindi attendere gli orientamenti del mercato assicurativo in tal senso.

ALL'ARTICOLO 8

(Eccezioni opponibili)

il comma 2 riferendosi a quanto previsto dall'articolo 38-bis del decreto legge 6 novembre 2021, n. 152, convertito con modificazioni dalla legge 29 dicembre 2021, n. 233, assoggetta l'operatività della copertura all'assolvimento (per il triennio 2023 -2025) almeno del 70% dell'obbligo formativo.

Tale previsione sembra debba intendersi riferita alle sole coperture degli esercenti la professione sanitaria. Le attuali coperture assicurative, pur facendo riferimento ai termini di legge per tutto quanto non normato, non prevedono tale esclusione, che potrebbe essere opportuno includere, per una corretta comprensione dell'ambito di copertura da parte del Contrante.

Da ultimo, segnaliamo che l'entrata in vigore del regolamento renderà operativo il regime dell'Azione Diretta, previsto dall'Articolo 12 della "Legge Gelli". Relativamente a questo aspetto, tale azione sembrerebbe esercitabile solamente nei confronti delle polizze/società assicuratrici delle strutture e degli esercenti la professione sanitaria che operino in regime contrattuale diretto con il paziente e non in relazione agli altri esercenti la professione sanitaria. L'Anaao Assomed, tramite la Medical Insurance Brokers srl, società di brokering assicurativo partner del Sindacato, offre in via esclusiva per gli associati soluzioni assicurative con le primarie Compagnie nazionali e internazionali con testi di polizza ottemperanti la normativa vigente unitamente a un servizio di consulenza altamente specializzata in ambito di responsabilità sanitaria.

Ci sembra opportuno concludere che in atto possiamo guardare favorevolmente al Decreto attuativo della Legge 24/2017 rispetto agli obblighi assicurativi e alla garanzia del ristoro economico che ne derivano per il paziente,

Focus DECRETO "POLIZZE"

vittima di eventi avversi occorsi in ambito sanitario; tuttavia crediamo rimangano ancora troppo disomogenei, per diffusione, gli strumenti previsti dalla stessa Legge necessari a ridurre il rischio clinico. Infatti l'applicazione di tutti gli strumenti che le Aziende Sanitarie pubbliche e private sono chiamate ad utilizzare per mettere in sicurezza i percorsi di cura, rappresentano, insieme alla corretta applicazione delle Linee guida (articolo 5) l'aspetto fondamentale nell'impianto normativo della Legge 24/2017, avendo come finalità quelle di minimizzare l'incidenza dell'evento avverso e il contenzioso che ne consegue. Tali obiettivi sono da perseguire naturalmente nel bene supremo del cittadino utente e nell'interesse degli Esercenti le Professioni Sanitarie, ma rappresentano una reale opportunità anche per ridurre la spesa relativa ai premi assicurativi, se ne derivasse la possibilità di un Sistema di Controllo con la specifica funzione di sorveglianza e supervisione dei comportamenti "virtuosi" delle Aziende Sanitarie. Tra questi comportamenti "virtuosi" per altro non dovrebbe mancare anche la formazione del personale, sia perché è parte integrante di quel complesso meccanismo di miglioramento della qualità assistenziale, sia perché l'onere della formazione non ricada totalmente sul professionista e per non demandare all'Assicurazione le conseguenze dell'eventuale insufficiente assolvimento degli obblighi formativi.

Infine perché si possa pensare ad un'adeguata applicazione e ad una reale compliance tra gli aspetti giuridici da un lato e la complessità del sistema sanitario dall'altro, perché il Decreto quindi non rimanga la mera elencazione di aspetti assicurativi ma rappresenti un passo avanti nel riconsegnare all'assistenza sanitaria quel tema della "qualità delle prestazioni" e della "ottimizzazione dell'outcome", occorre ridefinire il sistema stesso negli aspetti organizzativi, partendo dai processi di lavoro e dalle loro necessità, dalle risorse umane e da quelle materiali; immaginiamo tutto questo sia difficile se non impossibile da realizzare a invarianza di spesa o con risorse economiche sempre più povere destinate alla sanità.

Continueremo pertanto a puntare la nostra attenzione su tutti questi aspetti, sia a garanzia di chi opera sia a garanzia di chi usufruisce delle prestazioni, nella convinzione che, solo attraverso un dialogo leale e maturo tra le parti coinvolte, si possa concepire un Servizio Sanitario Nazionale in grado di dare risposte dignitose e coerenti all'importanza del bene salute.

Negli ultimi decenni si è vissuta nei Pronto Soccorso l'ossessione per cui riempire con un medico la casella di un ordine di servizio fosse la soluzione per ogni problema: non importa chi - specialista, neolaureato, libero professionista, cooperative - ma bastava un qualunque medico per erogare prestazioni, anche in barba a leggi e contratti.

PRONTO SOCCORSO

Tra errori commessi e un futuro incerto



MIRKO SCHIPILLITI
Coordinatore
Commissione
Nazionale
Emergenza-
Urgenza Anaao
Assomed

Per decenni le catene di comando, dai primari ai direttori generali, alla politica, hanno creduto ciecamente che all'aumento degli accessi dovesse corrispondere un automatico incremento di personale, anzi senza controllare l'incremento degli accessi si poteva persino aumentare la richiesta di medici. Un grave errore di programmazione, che non ha tenuto in minima considerazione né i pensionamenti di questi anni (la "gobba pensionistica" analizzata da Anaao già nel 2011), né il limite di posti nelle scuole di specializzazione. Questa distorsione non ha consentito di riorganizzare progressivamente un sistema in cui concentrare il lavoro sulla reale mission del Pronto Soccorso e indirizzare specifiche problematiche ai percorsi più idonei, ma ha contribuito a trasformare il Pronto Soccorso nell'unica risposta ai bisogni dei cittadini supplendo a ogni carenza. In tale contesto gli specialisti non basteranno mai. Lo ha spiegato bene Giuseppe Remuzzi in una recente intervista, con l'esempio delle valanghe: si pensa che per arginare una valanga si debbano costruire a valle grandi muraglie, invece di affrontare il problema a monte.



È una visione obsoleta "medico-ospedale-centrica" del Pronto Soccorso, non tenendo al centro il cittadino e i suoi bisogni, che chiede semplicemente una risposta tempestiva e più appropriata possibile al suo problema. Risultato? Insufficienza di specialisti, sovraccarico di accessi, attese infinite, scadimento delle condizioni di lavoro e dei tempi di visita e relazione col malato, burnout, insoddisfazione e violenze contro i professionisti, dimissioni. Aggiungiamo le inerzie gestionali nelle catene di comando per affrontare iperafflusso e sovraffollamento, con l'assenza di una visione nazionale unitaria, che fino ad ora si è limitata a "fast-track" di rito - non sempre applicati correttamente - o

ai tempari dei codici colore, e senza considerare l'ospedale come una vera comunità di professionisti, ma un'azienda dove personale sanitario e pazienti rappresentano solo un costo o un guadagno, fra "obiettivi di budget". Nel 2018 il Ministero della Salute aveva dato disposizioni a Regioni e Aziende affinché formulassero piani per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. Che cosa è stato fatto?

La recente ricorrenza del 1° maggio fa ancora riflettere su come oggi, in un'ottica aziendalistica, il concetto di lavoro resti scollegato da chi lo esercita, quando una volta, come ricorda Alessandro Barbero, per "lavoro" si in-

“

Insufficienza di specialisti, sovraccarico di accessi, attese infinite, scadimento delle condizioni di lavoro e dei tempi di visita e relazione col malato, burnout, insoddisfazione e violenze contro i professionisti, dimissioni

MEDIA POSTI LETTO X 1000 ABITANTI

Italia
3,18

Francia
6

Germania
7,8

RAPPORTO TRA SPESA SANITARIA E PIL

Italia
6,4%

Francia
Germania
10%

tendevano i lavoratori. Anche la carenza di specialisti ha infatti le sue radici in questo sistema deformato, dove chi grida alla mancanza di medici dimentica che nonostante l'incremento dei contratti di formazione specialistica avviato a partire dal 2018, attualmente il 76% dei posti banditi nelle scuole di specializzazione di Emergenza-Urgenza è vacante. Fatto ben più grave è quindi che i giovani medici non vogliano lavorare in Pronto Soccorso, trasformato in un luogo sempre più inospitale: la professione è stata svilita e non è più appetibile, per sovraccarico lavorativo, turnistica caotica e pressante, dotazioni organiche e organizzazione incoerenti, rischi di ogni tipo, aggressioni.

È incredibile poi che Regioni e Aziende sborsino cifre colossali per le cooperative - lasciando reggere persino interi Pronto Soccorso - ma senza fare altrettanto per i propri medici, schiacciati dai tetti di spesa. Nella precarietà generale è paradossale che in tal modo in certe aziende sanitarie sembra non manchino gli specialisti, ma che non vogliano più lavorare a condizioni non sostenibili. Persino la Corte dei Conti, nella relazione di quest'anno al Parlamento, ha denunciato "una difficoltà a coprire le posizioni stabili in organico, sintomo di una certa disaffezione all'impiego pubblico in sanità".

Il boarding resta ancora un grave problema anche se diffuso a macchia di leopardo, pesantissimo in alcune regioni e irrisorio in altre (lasciando quindi pensare all'incidenza di errati modelli organizzativi), andando a braccetto col sovrannumero di letti aggiuntivi nei reparti, rischi inclusi. Il problema reale è la grave carenza di posti letto per acuti in Italia, di cui il boarding è solo una diretta conseguenza. Il progressivo taglio di 80mila letti in vent'anni fino al 2020, nonostante un minimo incremento registrato al 2022, ha portato l'Italia a una media insufficiente di 3,18 letti per mille abitanti, rispetto ad altri paesi come Francia (6) o Germania (7,8) e a una media europea superiore a 5. Il Pronto Soccorso diventa un imbuto: con un tasso di occupazione in molte aree mediche di oltre il 100% non è possibile ricoverare, situazione neppure giustificabile con la difficoltà di dimettere verso strutture intermedie a bassa intensità, ancora carenti o inesistenti. Una montagna da scalare attualmente insormontabile.

Agenas cavalca quindi una nuova visione, espressione del DM 77: se prima si credeva di dover riempire i Pronto Soccorso di medici, ora dovremmo credere che basterebbero le Case di Comunità a eliminare l'iperafflusso nei Pronto Soccorso o che gli Ospedali di Comunità e le RSA risolverebbero le dimissioni dei pazienti usciti dalla fase acuta, gestendo le cronicità. Ma con quali risorse? Lo scenario è gravemente insufficiente e i costi delle strutture private non consentono alle famiglie di accedervi. È fuori discussione che sia fondamentale decongestionare il sovraccarico lavorativo nei Pronto Soccorso sia in entrata che in uscita, delocalizzare le basse priorità per ripristi-

nare appropriatezza e qualità del lavoro, decisamente troppo sbilanciato verso basse intensità di cura (80% circa). Attenzione però a spostare l'ago della bilancia su altri versanti, dimenticando che i pazienti pluripatologici necessitano sempre di più anche di cure a elevata intensità, col rischio di trasformare Ospedali di Comunità e RSA in strutture non idonee e insicure.

Il tema cruciale della carenza posti letto per acuti è spesso un tabù, citato a singhiozzo in una sorta di generale accettazione cieca di investimenti inadeguati, con visioni spesso autoreferenziali, riduttive e avulse da una prospettiva di sistema. Senza l'aumento del finanziamento del Ssn - una priorità assoluta - l'attuale condizione dell'Emergenza-Urgenza, intra ed extraospedaliero, e di tutto il Ssn non sarà migliorabile: non si potranno aumentare i posti letto, né assumere personale, né potenziare il territorio. È ormai noto che in Italia il rapporto tra spesa sanitaria e PIL è imbarazzante rispetto agli altri paesi europei, con un 6,4% in continuo calo fino al 2027 rispetto a valori superiori al 10% in Germania e Francia, un incremento della spesa per cure a lungo termine fra le più basse in Europa, l'erosione del potere di acquisto, ponendo l'Italia - come ricorda Gimbe - all'ultimo posto fra i paesi del G7 con un gap di quasi 50 miliardi nella spesa sanitaria pro-capite rispetto alla media europea.

La nostra Associazione ribadisce infine l'obiettivo comune di tutte le figure coinvolte in questa annosa problematica che continua ad accendere dibattiti, dove ognuno conservi tuttavia il proprio ruolo specifico, senza contrapposizioni. È infatti indubbio, e la pandemia l'ha dimostrato, che l'integrità del Ssn è retta oramai solo dalla dedizione e abnegazione di tutto il personale sanitario, ma è opportuno comprendere che il rappresentante dei lavoratori del settore e il loro vero interlocutore è solo il sindacato, battendosi da sempre per garantire diritti e doveri in ogni sede e a ogni livello, dai tavoli aziendali a quelli regionali e nazionali, ai tribunali di ogni ordine e grado, alla stampa, impegnato su più fronti: remunerativo, organizzativo, contrattuale.

Professione medica: LA CRISI PANEUROPEA



Davanti a questa crisi professionale paneuropea, non è possibile neanche immaginare una soluzione di sola natura economica. La crisi coinvolge anche paesi come la Germania che investe oltre il 12% del suo Pil nel settore sanitario (quasi 4mila mld/anno) o l'Olanda che vede i suoi professionisti tra i miglior stipendiati d'Europa. Forse è la garanzia di un lavoro sostenibile per chi lo esercita l'aspetto da cui è necessario ripartire. È necessario, insomma, più Sindacato

Delegazione Anaao Assomed-Fems



ALESSANDRA
SPEDICATO



COSTANTINO
TROISE



DOMENICO
ISCARO

Il 10 e 11 maggio, a Berlino, l'Anaao Assomed ha partecipato, come una delle delegazioni italiane, all'Assemblea generale congiunta della Federation Européenne des Medecines salariees (Fems) e della Association Européenne des Medecins des Hopitaux (Aemh). I lavori hanno visto sindacati e associazioni ordinarie provenire da circa 20 paesi europei confrontarsi e discutere sulla crisi generalizzata dei sistemi sanitari pubblici e dei professionisti che lavorano al loro interno delineando un quadro di quello che sarà il futuro prossimo della professione medica in Europa.

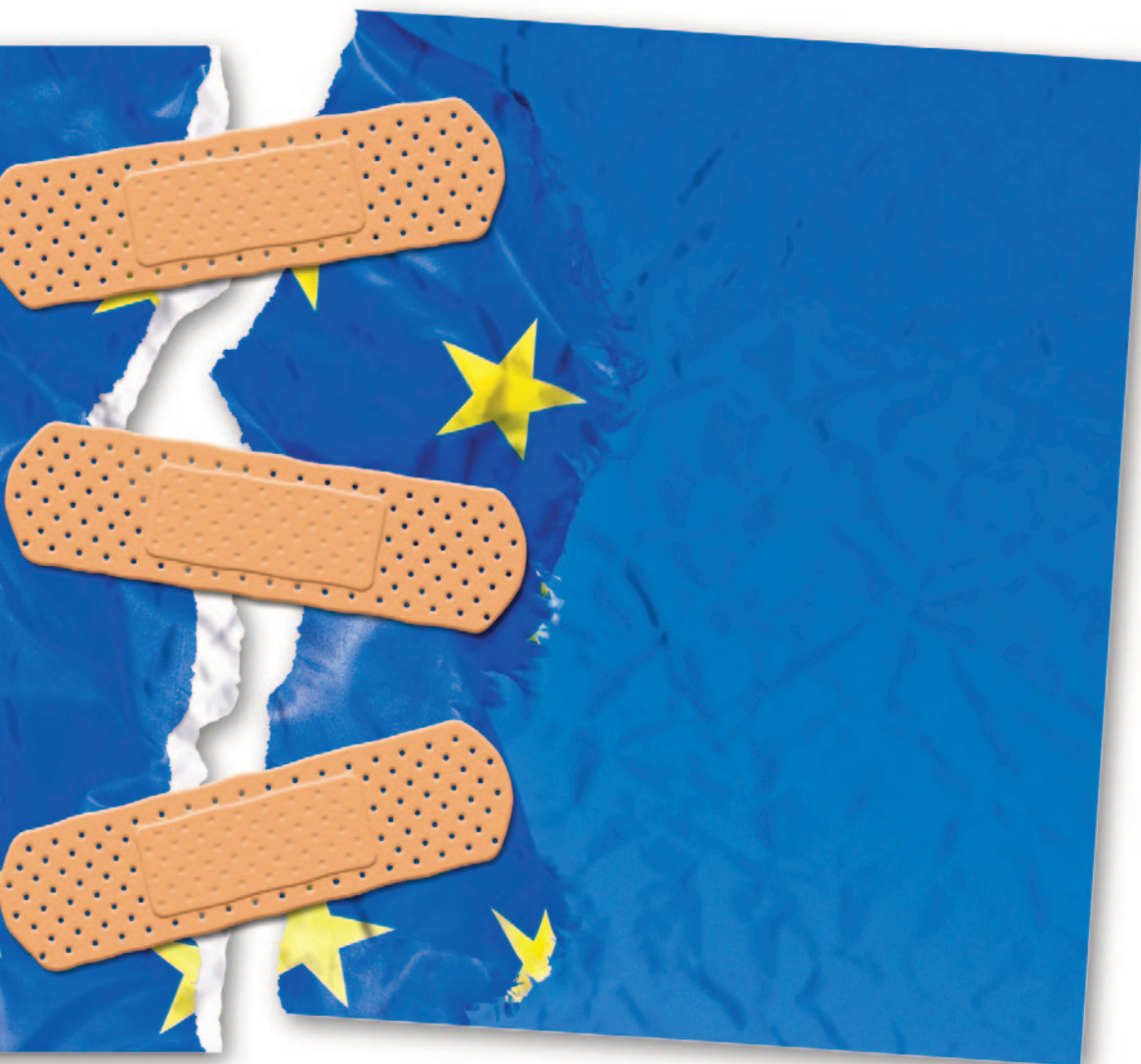
Stiamo assistendo a un movimento transnazionale di forza lavoro, dai paesi a basso reddito verso paesi che garantiscono migliori remunerazioni e, all'interno di una stessa nazione, dal lavoro dipendente all'interno degli ospedali a lavoro salariato per attività ambulatoriali, se non a quello privato tout court. La Polonia sta arruolando medici dalla

Bielorussia e dall'Ucraina che accettano di essere demansionati, rispetto alla loro specializzazione originaria (non riconosciuta perché ottenuta al di fuori della UE) in cambio di una retribuzione quattro volte maggiore di quella del loro paese originario. Allo stesso tempo, la Germania accoglie medici provenienti dall'estero, principalmente da Siria e Turchia, che ingrossano l'esercito dei 63mila medici laureatisi al di fuori dei propri confini, cui riconosce il titolo formativo per poter esercitare dopo una attenta e lunga valutazione, anche perché vede i propri professionisti emigrare nella misura di diverse migliaia ogni anno. In questo travaso di forza lavoro transfrontaliero, cui partecipa anche l'Italia, persino la Svizzera lamenta l'inizio di una carenza di personale medico determinata dal fatto che, nonostante le elevate retribuzioni, i medici stanno decidendo di lasciare il settore pubblico per il privato, alla ricerca di un lavoro (ancora) più redditizio e, soprattutto, meno faticoso.

Questo movimento di professionisti può divenire il presupposto per:

un peggioramento del livello di formazione della classe medica che al momento segue rigorosi criteri di accreditamento UE ma può ve-





dere modificati gli standard di educazione, sia con l'arrivo di professionisti extra UE sia per una crescita disordinata, e al di fuori dei requisiti di accreditamento, delle Facoltà mediche.

una perdita delle ultra specializzazioni e delle competenze ultra specialistiche, soprattutto in campo chirurgico, per la scelta di abbandonare l'ospedale per il territorio (con la conseguente impossibilità a esercitare alcune attività) e per il movimento transfrontaliero che vede i professionisti accontentarsi anche di profili meno prestigiosi pur di guadagnare meglio

la perdita del ruolo delle associazioni mediche e dei sindacati di categoria per una frantumazione del lavoro pubblico versus privato e della identità, anche nazionale, del medico.

I sindacati medici in Slovenia portano avanti da tre mesi uno sciopero delle attività straordinario nella indifferenza delle forze di governo. A questi elementi, si aggiungono altri due fattori comuni in Europa: la femminilizzazione della classe medica e la crisi generazionale di vocazione.

In tutti i paesi europei, le donne medico rappresentano la maggioranza della forza lavoro in Sanità e lamentano il

perdurare di un gender pay gap, stimato nella misura del 20%, come dimostrato dall'interessante report della Oms del 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052895>), e la difficoltà dei percorsi di carriera nella professione e di conciliazione con i tempi di vita.

Dall'altra parte, le nuove generazioni non sono interessate alla professione medica come attualmente esercitata.

I colleghi olandesi hanno condotto una survey sul livello di soddisfazione professionale tra i medici dalla quale è emerso che, mentre, i senior doctors assegnano un alto punteggio di soddisfazione alla loro professione, gli junior doctors (specializzandi) sono insoddisfatti, soprattutto della mancata conciliazione dei tempi casa-lavoro - work life balance - e del numero di ore da dedicare alla attività lavorativa. È alto il numero di giovani colleghi che, al termine della specialità, decide già di lasciare la professione.

I cambiamenti generazionali sono interessanti anche nelle dinamiche di relazione all'interno degli ospedali.

In Svizzera, è stata condotta una ricerca che ha dimostrato come i giovani medici, per lavorare serenamente sul posto di lavoro, ricerchino gratificazioni e riconoscimenti costanti così come retribuzioni più alte sin dall'inizio della loro carriera.

Molti governi Europei si preoccupano

“
Stiamo assistendo a un movimento transnazionale di forza lavoro, dai paesi a basso reddito verso paesi che garantiscono migliori remunerazioni e, all'interno di una stessa nazione, dal lavoro dipendente all'interno degli ospedali a lavoro salariato per attività ambulatoriali

più di formare nuovi medici che di mantenere e fidelizzare chi è già in servizio, migliorando le condizioni del loro lavoro.

Non stiamo parlando solo della proposta tutta italiana – visto che la Francia sta discutendo proprio in questo periodo una revisione del tanto decantato modello alla francese - di togliere, ma solo per i primi 6 mesi, il numero chiuso alla Facoltà di Medicina, ma dell'esempio polacco che ha visto un fiorire di facoltà di Medicina (14 solo nell'ultimo anno), a volte senza adeguati spazi formativi o personale docente, giustificato solo dall'introito economico delle tasse di iscrizione.

Davanti a questa crisi professionale paneuropea, non è possibile neanche immaginare una soluzione di sola natura economica. La crisi coinvolge anche paesi come la Germania che investe oltre il 12% del suo PIL nel settore sanitario (quasi 4000mln/anno) o l'Olanda che vede i suoi professionisti tra i migliori stipendiati d'Europa.

In Portogallo, alcuni sindacati di categoria medica, non hanno firmato il rinnovo del contratto collettivo di lavoro perché, nonostante comportasse un notevole incremento nelle remunerazioni, non garantiva condizioni di lavoro certe e tutelanti della salute dei lavoratori medici.

Forse è proprio questo l'aspetto da cui è necessario ripartire per recuperare l'appello di una professione che è base fondante della salute e della economia di una nazione: la garanzia di un lavoro sostenibile per chi lo esercita.

È NECESSARIO ALLORA:

rivedere la Direttiva Europea dell'orario di lavoro (88/2003), vecchia ormai di 21 anni e mai adeguatamente applicata, soprattutto sul tema del godimento dei tempi di riposo e delle ferie;

riconoscere l'impatto sulla salute dei lavoratori causato dallo stress lavoro collegato e dall'alterazione dei ritmi circadiani del lavoro notturno;

rinforzare il ruolo sociale del medico, la cui educazione e formazione richiede tempo, pratica e costanza e non si può ridurre a una mera acquisizione di CFU;

avere una visione sistemica e di lungo respiro prima che i medici si estinguano al pari dei Dodo;

ridurre le notevoli differenze tra i livelli retributivi attuali.

È necessario, insomma, più Sindacato.

Giornata della Terra

Ambiente, spillover e pandemie: perché dobbiamo rispettare la nostra casa “terra”

In tutto il mondo da 70 anni il 22 aprile si celebra la **Giornata della Terra**. È una giornata dedicata alla sensibilizzazione sulle **questioni ambientali** cruciali, come il cambiamento climatico, la conservazione della **biodiversità**, la riduzione dell'inquinamento e la promozione di pratiche sostenibili



A cura di
**MARIA ROSARIA
CAPOBIANCHI**

La Terra è la casa in cui viviamo e, tra pianure, foreste, montagne, mari, laghi e fiumi, ci accoglie insieme ad animali e piante di ogni specie in un ecosistema che la globalizzazione ha reso ancora più interdipendente.

Questo concetto si lega strettamente a quello di “One Health”, la cui celebrazione ricade il 3 novembre, che si fonda sul principio che la salute dell'uomo, degli animali, del mondo vegetale e dell'ambiente sono legate indissolubilmente.

Molti ricorderanno la famosa riflessione di Ian Malcom, nel film Jurassic Park (1993): “Una farfalla batte le ali a Pechino e a New York arriva la pioggia invece del Sole”. In realtà questa riflessione è una citazione di un concetto, noto come “effetto farfalla”, formulato da Edward Lorenz già nel 1962; la formulazione iniziale si riferiva alle ali di un gabbiano, e fu tramutata poi nelle ali di farfalla nel 1972, a causa della particolare forma dei diagrammi che illustravano la teoria di Lorenz.

Recentemente il principio “One Health” è transitato in quello più ampio di “Planetary Health”, che comporta un nuovo approccio interdisciplinare e tran-

sdisciplinare finalizzato non solo ad analizzare gli effetti dei cambiamenti dell'ambiente sulla salute umana, ma anche a studiare i sistemi politici, economici e sociali che governano questi effetti.

Il legame tra uomo, animali e ambiente e il flusso che si stabilisce tra questi componenti determina, fra gli altri, il passaggio di microrganismi dagli animali che ne sono l'ospite naturale all'uomo. Questo evento viene denominato “spillover”. Nella maggioranza dei casi lo spillover si esaurisce senza conseguenze, e in genere non viene nemmeno rilevato.

In rari casi il microrganismo si adatta al nuovo ospite umano, e acquisisce la capacità di trasmettersi da un individuo all'altro. Si possono quindi innescare epidemie di estensione ridotta o ampia, a seconda sia della capacità di trasmissione del microrganismo nel nuovo ospite, sia della capacità di difendersi e limitare la diffusione del nuovo agente da parte dell'uomo. Molte infezioni umane rispecchiano questo paradigma, e vengono denominate zoonosi.

Secondo l'ultimo “European Union One Health 2022 Zoonoses Report”, le più

comuni zoonosi registrate nel 2022 sono state le infezioni gastrointestinali campilobacteriosi e salmonellosi. Esempi di zoonosi dovute a patogeni emergenti sono la febbre di West Nile, il vaiolo delle scimmie, la rabbia e l'epatite E.

Se il microrganismo che ha effettuato uno spillover è particolarmente efficiente nella trasmissione nel nuovo ospite, e la popolazione umana è sprovvista di protezione immunitaria specifica per il nuovo agente, nemmeno quella crossreattiva acquisita da infezioni precedenti con microrganismi simili, l'epidemia può assumere dimensioni planetarie, trasformandosi in pandemia. Nella storia dell'umanità le pandemie hanno avuto enorme importanza nel modellare lo sviluppo delle attività umane, sia per il carico di morte che hanno generato, sia per i cambiamenti sociali, economici e culturali che hanno determinato. Ricordiamo la peste bubbonica, descritta nel Decamerone, che intorno alla metà del XIV secolo a causa di circa 200 milioni di morti; il vaiolo, che nel 1550-1600 ha causato circa 50 milioni di morti; l'influenza Spagnola, che nel secolo scorso alla fine della pri-





ma guerra mondiale ha causato circa 40 milioni di morti; l'infezione da HIV/AIDS, pandemia ancora in corso che finora ha generato più di 30 milioni di decessi, e, per ultima, la pandemia dovuta al SARS-CoV-2, che ha causato più di 7 milioni di decessi.

Oggi i dati derivanti dal sequenziamento ai genomi dei microrganismi indicano chiaramente l'origine animale praticamente di tutti gli microrganismi che hanno causato le pandemie. Tra gli animali coinvolti, i pipistrelli sono chiaramente quelli più implicati, ma troviamo anche altri animali selvatici, che talvolta hanno fatto da intermediari fra i pipistrelli e l'uomo (es. pangolino per SARS-COV-2), e non mancano gli animali domestici, come mucche, maiali, cani e polli.

L'aumento globale della temperatura, i cambiamenti nell'uso del suolo, con la deforestazione spietata e l'instaurazione di colture agricole, l'implementazione di pratiche di allevamento intensivo con l'abnorme incremento del numero di animali della stessa specie mantenuti in spazi ristretti in prossimità di attività umane, la riduzione della biodiversità, sono fenomeni che favori-

scono lo spillover. Secondo un recente studio (Meadows AJ et al. Historical trends demonstrate a pattern of increasingly frequent and severe spillover events of high-consequence zoonotic viruses BMJ Glob Health. 2023 doi:10.1136/bmjgh-2023-012026) siamo in presenza di un trend pluridecennale di aumento del numero di epidemie umane innescate da eventi di spillover (incremento annuo di circa il 5%) e delle morti da esse causate (incremento annuo di circa il 9%).

Ma non bisogna fermarsi alla visione antropocentrica finora adottata, in cui l'uomo è al centro di un network di trasmissione di agenti patogeni, fungendo da destinatario e vittima finale. Recentemente ci si è resi conto di una realtà lapalissiana, e cioè che i microrganismi possono imboccare anche la strada inversa (reverse zoonosis), passando dall'uomo agli animali. E possono determinare malattie e morte anche in questi ultimi. È il caso ad esempio del virus del raffreddore, che recentemente sta provocando una elevata mortalità fra gli scimpanzé del parco nazionale di Kibale in Uganda, ai quali viene trasmesso da turisti invadenti che non

“
Siamo in presenza di un trend pluridecennale di aumento del numero di epidemie umane innescate da eventi di spillover e delle morti da esse causate

adottano misure di barriera, come ad es. le mascherine, e si avvicinano troppo agli animali della foresta.

Uno studio recente (Tan CCS et al. The evolutionary drivers and correlates of viral host jumps. Nat Ecol Evol. 2024 Mar 25. doi: 10.1038/s41559-024-02353-4), nel quale sono stati utilizzati tutti i dati di sequenza di genomi virali depositati nei database pubblici di tutto il mondo, sono state evidenziate le reti filogenetiche e di trasmissione alla base dei recenti salti di specie dei virus. Sorprendentemente, si è scoperto che gli esseri umani sono tanto una fonte quanto un serbatoio per gli eventi di spillover virale; anzi, le analisi rivelano più salti di specie dall'uomo ad altri animali che dagli animali all'uomo.

Questa sorpresa, che è tale perché abbiamo sempre deliberatamente impostato le valutazioni in chiave antropocentrica, ci deve far riflettere, e rinforzare la consapevolezza che siamo solo un tassello del complesso puzzle che la giornata della terra celebrata il 22 aprile intende rammentare.

fetti a breve termine, sarebbe garantire un vantaggio competitivo alle prestazioni aggiuntive al debito orario contrattuale, richieste e remunerate in regime libero professionale dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale ai propri dirigenti del ruolo sanitario, finalizzate all'abbattimento delle liste d'attesa, attraverso un trattamento fiscale sostitutivo con aliquota al 15%.

Nel settore della sanità privata tale trattamento fiscale non rappresenta una novità. E nel pubblico, l'articolo 1, comma 13, della L. 145/2018 prevede che tale opzione di tassazione sostitutiva spetti per tutti i compensi derivanti dall'attività di lezioni private svolta dai docenti titolari di cattedre nelle scuole di ogni ordine e grado, a partire dal 1° gennaio 2019.

Se il monte ore complessivo della libera professione in favore delle aziende, eseguita dai dirigenti del ruolo sanitario nella fascia diurna con la finalità di ridurre le liste di attesa è pari a circa 2,5 milioni di ore aggiuntive in un anno e il compenso forfettario per ogni ora è di 100 Euro lorde, la defiscalizzazione al 15% comporterebbe, rispetto ad una aliquota marginale attuale del 43%, una riduzione di introiti per lo Stato pari al 28% (54.880.000,00 Euro). La migliore remunerazione di queste attività disagiate e aggiuntive le renderebbe più appetibili, anche rispetto alla attività libero professionale intramoenia individuale, determinando un minor ricorso da parte delle Aziende Sanitarie all'acquisto di tali prestazioni dalle cooperative con costi almeno doppi. Con un significativo vantaggio economico e la certezza di uno standard qualitativo più alto.

Ma non va esclusa la applicazione generalizzata, come di recente ha fatto la Regione Veneto, della L. 124 del 1998. Nessun settore pubblico o privato ha, come la filiera della salute, costi pari a 7 punti di PIL ed un valore pari a 12 punti, rappresentando inoltre il più grande insediamento di culture ed innovazioni tecnico-professionali. Non un lusso che non possiamo permetterci, come molti vorrebbero far credere, mentre spendiamo ogni anno 7 miliardi in più della Germania per l'esercito e polizia, ma un volano per la ripresa economica, se un euro investito in sanità ne attiva 3 nei settori collegati. Ed uno strumento di tutela dell'unico diritto della persona che la Costituzione definisce "fondamentale".

I testi dei disegni di legge e l'iter parlamentare sono disponibili sul sito www.anaao.it – sezione "Dal Parlamento".

sa dal 36,0 per cento al 28,1 per cento. Va evidenziato che nei giovani adulti di 25-44 anni i fumatori sono in calo in entrambi i generi, mentre nella fascia 45-64 anni diminuiscono solo gli uomini e le donne restano stabili. Nei venti anni analizzati, le riduzioni sono state più forti tra gli adulti residenti nel Centro, avvicinando i comportamenti delle diverse ripartizioni geografiche (al Nord si è passati dal 28,4 per cento al 23,3 per cento, al Centro da 30,9 al 23,4 e al Mezzogiorno dal 28,9 a 24,4 per cento).

L'analisi per titolo di studio evidenzia come, sia ieri sia oggi, tra gli adulti la quota di fumatori cresca al diminuire del livello di istruzione (a eccezione della fascia di età 45-64 anni nella quale si osserva una dinamica opposta). Inoltre, negli ultimi venti anni i fumatori sono diminuiti in misura maggiore tra le persone con titoli di studio più elevati, accrescendo l'entità del divario. Come per i giovani, anche tra gli adulti si assiste alla crescita del consumo di nuovi prodotti a base di tabacco o nicotina, specialmente tra le persone fino a 44 anni.

Consumo di alcol

Nei venti anni osservati è rimasto stabile il **consumo di alcol** nell'anno (poco più di 7 adulti su 10). Sottostante questa stabilità, si osserva una riduzione tra gli uomini (dal 88,9 per cento al 84,4 per cento) compensata dall'aumento tra le donne (dal 62,1 per cento al 65,2 per cento). Tra il 2003 e il 2023, inoltre, si è dimezzato il consumo giornaliero (con un indice di parità aggiustato 2023/2003 significativo e pari a 1,48), mentre è quasi raddoppiato quello occasionale e fuori pasto, che cresce di più tra le donne, riducendo la differenza di genere. Si riduce il consumo abituale eccedentario in tutte le fasce di età adulta, mentre cresce l'abitudine a ubriacarsi, specialmente nella fascia 35-44 anni (dal 7,9 per cento del 2003 al 12,4 per cento del 2023).

Anche per il consumo di alcol a rischio si osservano comportamenti diversificati per livello di istruzione posseduto, che accomunano gli adulti di oggi e di ieri: infatti, se si considerano le ubriacature, si rilevano sempre quote più elevate tra chi possiede titoli di studio alti; viceversa, se si considera il consumo abituale eccedentario quotidiano, i li-

velli di consumo sono più elevati tra chi possiede titoli di studio bassi.

Nel 2023 nuovo record negativo delle nascite: appena 379 mila bambini.

Superata la fase pandemica, che ha influito in modo determinante sulla dinamica demografica, negli ultimi due anni la perdita di popolazione che dal 2014 ha contraddistinto l'Italia (-1 milione e 356 mila unità, -2,2 per cento l'inizio del 2014 e la fine del 2023) mostra un rallentamento. Al 31 dicembre 2023, la popolazione residente ammonta a 58.989.749 unità, in calo di 7 mila persone rispetto alla stessa data dell'anno precedente. Con appena 379 mila nascite, il 2023 fa registrare l'ennesimo minimo storico dopo il picco relativo di 577 mila nascite del 2008. Nonostante una riduzione dell'8 per cento dei decessi (661 mila) rispetto al 2022 – dato più in linea con i livelli pre-pandemici – il saldo naturale della popolazione resta fortemente negativo: considerando gli effetti del COVID-19 sulla natalità e soprattutto sulla mortalità, negli ultimi quattro anni si registra una perdita di popolazione di oltre 1 milione 240 mila persone dovuta alla sola componente naturale. Il consistente calo delle nascite degli anni più recenti ha radici profonde, ed è dovuto alle scelte di genitorialità (meno figli e sempre più tardi) da parte delle coppie italiane di oggi e di quelle di ieri. È dalla metà degli anni settanta, infatti, che il numero medio di figli per donna è inferiore a 2, il che ha comportato l'erosione della platea dei potenziali genitori. Inoltre, negli ultimi anni si è ridotto anche il contributo alle nascite da parte dei cittadini stranieri, che aveva prodotto una ripresa della natalità a partire dai primi anni Duemila.

Diminuisce la fecondità

Il numero medio di figli per donna scende da 1,24 nel 2022 a 1,20 nel 2023, avvicinandosi al minimo storico di 1,19 figli registrato nel 1995. La fecondità delle italiane è pari a 1,18 figli in media per donna (2022), stesso valore dell'anno precedente; quello delle straniere arriva a 1,86 (era 1,87 nel 2021).



**POLIZZE
INFORTUNI
A SEGUITO DI
AGGRESSIONI**

AmTrust
Assicurazioni



**CYBERSECURITY
ANAAO**

CON L'ANAAO I TUOI DATI
SONO PROTETTI E AL SICURO.



**POLIZZE
ESCLUSIVE**

Assicurati ora

MEDICAL
INSURANCE BROKERS



**UFFICIO
LEGALE ANAAO**
Avvocati, Giuristi
ed esperti qualificati



**POLIZZE E SERVIZI
PER MEDICI
SPECIALIZZANDI
E NEOLAUREATI**

ISCRIVITI



**FORMAZIONE
ECM
PER OPERATORI
SANITARI**

FONDAZIONE PIETRO PACI



AssiLegal

Network
di assistenza legale
per la malpractice
medica

**I SERVIZI
ANAAO
ASSOMED**

**SCOPRILI TUTTI
SCARICA
LA BROCHURE**



Iniziativa
Ospedaliera

LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED

L'ALFABETO DEL CCNL 2019 2021

VADEMECUM
PER LA LETTURA
ESPLICATIVA
DEL CONTRATTO
DI LAVORO



**Prenota una copia
presso la sede Anaao
della tua Regione.**