

d!

d!rigenza medica

- 1 Editoriale**
Reimpostare la Missione 6 del Pnrr per costruire un sistema sanitario moderno
- 12 Anao Giovani**
Organismo paritetico e ruolo nella contrattazione decentrata
- 13 Dirigenza Sanitaria**
Il ruolo del laboratorio di Immunogenetica

Il mensile dell'Anao Assomed



Il documento
della Direzione
Nazionale
Anao
Assomed



SERVONO IMPEGNI CONCRETI

Per rilanciare la sanità

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
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**

Giancarlo D'Orsi



Edizioni Health Communication
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. Anno XXI

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 febbraio 2022

Pnrr: reimpostare la Missione 6 per costruire un sistema sanitario moderno

Il dibattito sulla sanità post Covid sembra inchiodato sui miliardi del Pnrr da spendere e sul passaggio alla dipendenza dei Medici di medicina generale. Salta agli occhi l'assenza di un elemento centrale in sanità, cioè un progetto di sistema che tenga insieme territorio e ospedale, non come due silos appaiati, ma come due facce della stessa medaglia. E la presenza di un convitato di pietra, quel capitale umano che delle organizzazioni complesse rappresenta la maggiore risorsa.

Paradossalmente, aver retto la pressione della pandemia ha nascosto la gravità della crisi che investe, non da ora, il sistema ospedaliero e il medico pubblico, in preda, dopo due anni vissuti pericolosamente, a un burnout che lascia spazio solo alla fuga, come dimostrano tutte le indagini in merito. Senza personale, però, le strutture sanitarie, territoriali ed ospedaliere, sia pure antisismiche, diventano quinte teatrali, le nuove tecnologie elementi di arredo, lo stesso territorio puro riferimento geografico, nel quale poco conterà lo stato giuridico degli assenti.

Parlare di sistema ospedaliero significa ridiscutere ruolo, stato giuridico, modalità di reclutamento e di retribuzione, modelli organizzativi dei suoi professionisti. E ripensare il suo governo, affidato ai soli strumenti della cultura aziendalista, ormai usati anche con non celate forme di autoritarismo, con esclusione dei professionisti dai processi decisionali, nella velleità di costruire maxi aziende con mini medici.

Se la criticità principale del SSN, oggi, è la destrutturazione del lavoro medico e il peggioramento delle condizioni in cui viene svolto, occorre partire dal riconoscimento di un suo diverso valore, anche salariale, di diverse collocazioni giuridiche e di diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato. "L'autorità del lavoro è di chi il lavoro lo fa, non di chi campa sul lavoro altrui" (Annarosa Buttarelli).

Il grande tema della sanità post Covid non è, pertanto, riducibile a solo cemento nè, tantomeno, a un cambio di stato giuridico, del quale si continuano a nascondere accuratamente i costi, fingendo anche di non vedere che gli stessi medici dipendenti ormai mal sopportano catene di comando spesso inadeguate e vincoli organizzativi non privi di forme impositive. Mal comune non fa mezzo gaudio.

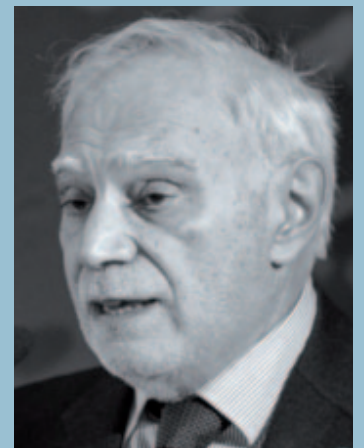
Finora, l'unico approccio al sistema ospedale è consistito nel restringere la rete concentrando le competenze e le tecnologie e tagliando posti letto e personale, scaricando i relativi costi su medici e cittadini. Ma, anche per rispondere alla transizione demografica, epidemiologica e di genere in atto ed alla grave carenza di medici, sia specialisti che di medicina generale, occorre ripensare ruolo e organizzazione del

lavoro delle strutture per acuti in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, in una logica di rete clinica che offra diversi livelli di risposta a differenti setting di domande. E, superando lo stesso concetto di integrazione che, per il solo esistere, stabilisce la presenza di entità distinte, se non contrapposte, costruire una prassi capace di fare lavorare insieme professionisti diversi, con regole e strumenti diversi, in una ottica di continuità assistenziale bidirezionale che faciliti la presa in carico del paziente. Riempendo il tempo medico previsto per gli ospedali di comunità con personale ospedaliero, per garantire la continuità delle cure in un percorso condiviso tra tempi e luoghi differenti di erogazione della prestazione sanitaria.

Il filo che unisce contratti e convenzioni deve essere nel ruolo dei professionisti in rapporto alle organizzazioni, che non può essere quello di operaio salariato del terzo millennio, negando valori professionali o sottomettendoli alle logiche gestionali. Ma di professionisti che lavorano nel e per il SSN, con profili giuridici diversi, diverse condizioni di lavoro e diversi ambiti di autonomia. Evitando giochi di prestigio, come fare credere di potere finanziare la riforma delle cure primarie con i risparmi derivanti dal taglio dei posti letto e dalla riduzione delle strutture gestionali ospedaliere, o di coprire la spesa corrente delle strutture di comunità con i "risparmi" derivanti dalla diminuzione dei codici bianchi al Ps.

Il Pnrr rappresenta la occasione, forse ultima, per costruire un sistema sanitario moderno. A condizione di reimpostare la Missione 6 dal punto di vista finanziario, visto che la dote assegnata alla salute è la metà di quella concessa a villette, condomini, seconde e terze case, e strategico, perchè l'ospedale del futuro non è solo tecnologia, senza riguardo a chi la fa funzionare o adeguamento a norme, senza attenzione alla necessaria flessibilità di spazi, modelli organizzativi, dotazioni organiche.

Finita la retorica degli angeli e degli eroi, i medici tutti sono tornati nell'invisibilità politica, al punto da vedersi negati da un voto parlamentare trasversale i ristori economici per i morti durante la pandemia, con i problemi di sempre, accentuati. Ma lavorare in ospedale non deve essere una sofferenza ed il lavoro fuori dell'ospedale non può ridursi alla "medicina di carta". Sia perchè sarà il lavoro a portare la sanità fuori dalla crisi, sia perchè il disagio crescente dei professionisti e la crisi di fiducia dei cittadini nell'affidabilità del sistema sanitario rappresentano un combinato disposto in grado di eroderne la sostenibilità, quali che siano le risorse investite. Come si sta puntualmente verificando.



COSTANTINO TROISE
Presidente Nazionale
Anaa Assomed



Il documento finale della Direzione Nazionale dell'Associazione richiama almeno 5 criticità da sanare per rilanciare la sanità e le condizioni di lavoro dei medici e dirigenti sanitari. Senza un impegno concreto la strada verso lo stato di agitazione è segnata. E si appresta a coinvolgere anche le altre Organizzazioni sindacali di categoria in un'azione comune

La Direzione Nazionale dell'Anaa Assomed riunita a Napoli il 15 febbraio 2022, sentita la relazione del Segretario Nazionale, sottolinea con preoccupazione l'assenza nel dibattito sulla sanità post Covid di un progetto di sistema che guardi al presente e al futuro del sistema ospedale e dei medici e dirigenti sanitari del Ssn. Che con organici ridotti al lumicino e falcidiati dai contagi al punto da rendere problematica la copertura dei turni di lavoro, hanno vissuto con fatica e sofferenza due anni in cui l'enorme capacità infettiva del virus ha fatto ricadere sul sistema ospedaliero il peso più gravoso. La pandemia ha evidenziato l'insufficienza dei posti letto, soprattutto nelle UUOO generaliste, in un rapporto con il numero degli abitanti che è all'ultimo posto tra i Paesi del G7, causa di affollamento nei PS già con la influenza stagionale.

Oggi medici ospedalieri e dirigenti sanitari sono una risorsa tanto preziosa quanto scarsa, visto che nemmeno l'epidemia è riuscita a riempire i vuoti provocati nell'ultimo decennio, se non all'insegna del precariato. Una risorsa stremata, in conclamato burnout, pronta alla fuga, frustrata da catene di comando inadeguate, piegata da condizioni di lavoro mortificanti, esposta ad aggressioni non solo verbali, malpagata e costretta a carichi di lavoro massacranti. Ciononostante, in prima linea, in quelle trincee che non possono essere abbandonate, pagando prezzi durissimi.

La crisi del medico pubblico, certificata da mille indagini, è un elemento strutturale della crisi della sanità pubblica, avviata ormai lungo la china della privatizzazione e della regionalizzazione, anche sotto la forma della resuscitata autonomia differenziata, così i caratteri pubblico e nazionale del Servizio Sanitario, sono la vittima più il-

Direzione nazionale Anaa Assomed

SERVONO IMPEGNI CONCRETI PER RILANCIARE LA SANITÀ

Altrimenti entreremo in stato di agitazione



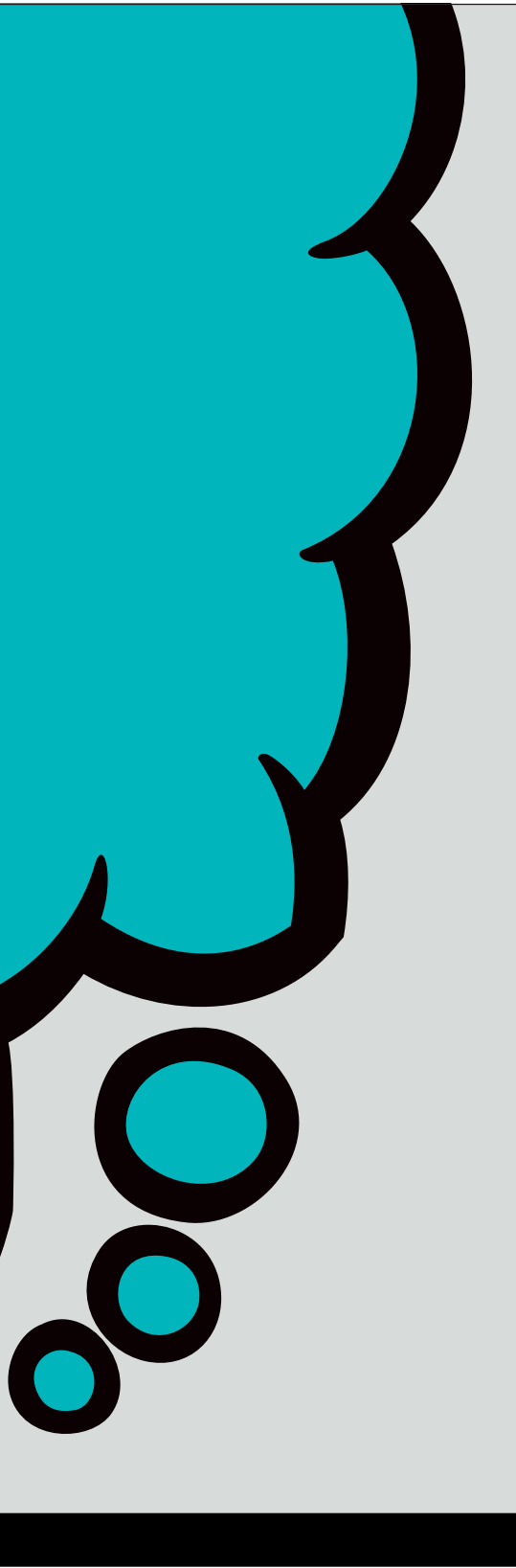
lustre della pandemia. Senza soluzioni alla prima non c'è futuro possibile per la seconda. Questo è lo scatto che serve alla sanità, un'innovazione profonda capace di valorizzare un capitale umano che reclama un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

Oggi, per il personale dipendente del Ssn tutto rischia di essere peggio di prima, con i problemi di sempre intrecciati a quelli creati dal Covid, che ha fatto da acceleratore di fenomeni latenti.

Diverse le attuali criticità sulle quali la Direzione Nazionale chiede di intervenire con forza.

Il definanziamento della sanità pubblica avanza, con la prospettiva di un FSN in rapporto al PIL più basso dell'epoca pre Covid-19. Esso acuisce la questione salariale, evidente nella distanza esistente tra risorse disponibili per il CCNL e il risultato netto nelle tasche dei medici e dei dirigenti sanitari. Sono necessari investimenti specifici e interventi di defiscalizzazione del salario accessorio e del lavoro aggiuntivo contro la pandemia sommersa delle liste di attesa. Senza i quali ogni piano di recupero delle prestazioni non effettuate è destinato a fallire.

Il processo di aziendalizzazione in sanità, di fatto fallito senza migliorare la qualità del servizio reso, ha trasformato gli ospedali in organizzazioni vo-



tate al puro controllo dei fattori di produzione, medici e dirigenti sanitari compresi, e dei relativi costi, lasciando peraltro largo spazio alla invasività della politica nel determinare assunzioni e carriere dei professionisti. All'interno delle aziende il peggioramento insopportabile delle condizioni di lavoro rivela uno status degli operatori indegno di chi è chiamato a rendere esigibile un diritto costituzionale, fondamentale, dei cittadini.

La attuale governance aziendale, monocratica ed assolutistica, richiede una inversione di rotta che lasci spazio ai professionisti nei processi decisionali che li riguardano, e li sottragga al ruolo di operai specializzati del terzo millennio, prestatori d'opera privati del



“
Concordare iniziative ritenute più opportune per raccogliere e rilanciare la rabbia e il dolore provenienti dalle corsie ospedaliere e dai presidi territoriali, fino alla dichiarazione dello stato di agitazione dei Medici e dei dirigenti sanitari del SSN



controllo su importanti prerogative della professione, quali contenuti, autonomia e responsabilità.

La Direzione Nazionale esige l'apertura quanto prima delle **trattative per il CCNL 2019-2021** auspicando che sia il contratto di un nuovo modello di organizzazione del lavoro e di nuove politiche retributive, da rendere coerenti con la gravosità e rischiosità del lavoro. Occorre accrescere il valore salariale di tutte le prestazioni svolte al di fuori dell'orario contrattuale, specialmente quelle legate al disagio notturno e festivo. Che non possono essere svendute al massimo ribasso o retribuite con indennità minime. Mai più ore di lavoro non pagate, ferie non godute per anni, ritmi e carichi di lavoro che mettono a rischio la sicurezza delle cure, precariato stabile, caporalato, emigrazione forzata. Occorre anche rivedere il modello contrattuale della PA misurando la distanza tra il Dlgs 229/1999 ed il Dlgs 165/2001.

Con l'emergenza Covid è peggiorato il già pesante **carico di lavoro** dei medici e dei dirigenti sanitari, soprattutto per alcune specialità. I fondi destinati ad aumentare il numero di operatori sanitari hanno limitato solo parzialmente gli effetti di tanti anni di turnover bloccato, senza contare le procedure lente e antiquate richieste per reclutare nuove forze. In molte regioni è ritornato strisciante il blocco del turnover o il tetto alle assunzioni, con gravi effetti sugli organici ospedalieri e sulle liste di attesa.

Un altro elemento di preoccupazione è la ripresa del **neocolonialismo universitario** all'interno del Ssn, forte di 50 facoltà di Medicina, con il favore delle Regioni, che si accollano gli oneri economici e l'espansione delle AOU al di fuori delle mura ospedaliere, incuranti della logica e della legge.

Il PNRR rappresenta l'occasione, forse ultima, per costruire un sistema sanitario moderno. A condizione di reimpostare la **Missione 6** dal punto di vista

finanziario, visto che la dote assegnata alla salute è la metà di quella concessa a villette, condomini, seconde e terze case, e strategico, perché l'ospedale del futuro non è solo tecnologia, senza riguardo a chi la fa funzionare o adeguamento a norme, senza attenzione alla necessaria flessibilità di spazi, modelli organizzativi, dotazioni organiche. Per creare un nuovo equilibrio con le cure primarie, in un'ottica di continuità assistenziale bidirezionale che faciliti la presa in carico del paziente, occorre riempire il tempo medico previsto per gli ospedali di comunità con personale ospedaliero, per garantire la continuità delle cure tra tempi e luoghi differenti di erogazione della prestazione sanitaria.

Finita la retorica degli angeli e degli eroi, i medici e i dirigenti sanitari sono tornati nell'invisibilità politica con i problemi di sempre, accentuati, costretti addirittura alla lista di attesa per l'apertura di un Contratto di lavoro già scaduto.

La legge di bilancio ha colpevolmente dimenticato le criticità di un personale che è il vero baluardo al dilagare di un virus dagli effetti disastrosi. Ora occorre rimediare con misure urgenti quanto incisive, perché le parole non bastano più.

La Direzione Nazionale dà mandato al Segretario e all'Esecutivo Nazionale di concordare con le altre Organizzazioni Sindacali le iniziative ritenute più opportune per raccogliere e rilanciare la rabbia e il dolore provenienti dalle corsie ospedaliere e dai presidi territoriali, fino alla dichiarazione dello stato di agitazione dei Medici e dei dirigenti sanitari del SSN, da prevedere per responsabilità nei confronti dei Cittadini solo una volta terminato lo stato di emergenza pandemica, a sostegno di un Servizio Sanitario pubblico e nazionale, di migliori condizioni di lavoro dei suoi professionisti, della loro dignità retributiva e professionale e del loro diritto al Contratto Collettivo nazionale in tempi rapidi.

CARENZA DI PERSONALE

**Le nuove proposte
delle Regioni al Governo:
“Servono più risorse e uno
stop a vincoli e tetti
di spesa. Fermiamo
l’esodo verso il privato”**

Il documento vuole rappresentare una base di partenza per un confronto a tutto campo col Governo sul problema. E nell’attesa delle soluzioni le regioni chiedono una proroga temporanea, anche oltre lo stato di emergenza, degli strumenti di reclutamento straordinari introdotti per supportare le aziende durante la fase pandemica

Più risorse per il personale con uno stop ai tetti di spesa e una serie di proposte per far fronte alle carenze di operatori anche alla luce dell’attuazione del Pnrr. Sono queste le basi di un corposo documento elaborato dalla Commissione Salute delle Regioni che vuole rappresentare una base di partenza per un confronto a tutto campo col Governo.

“L'emergenza sanitaria – si legge nel documento - ha ulteriormente evidenziato l'importante carenza di personale sanitario. Le strutture sanitarie registrano sempre maggiori difficoltà di reperire sul mercato del lavoro personale dirigente medico, con particolare riferimento alle specialità di anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, malattie infettive, pneumologia, ostetricia e ginecologia, pediatria, radiodiagno-

stica, ma la criticità investe trasversalmente tutta la professione medica. Anche per il personale del comparto si rileva un’offerta di operatori significativamente insufficiente rispetto ai nuovi fabbisogni, con particolare riferimento agli infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, tecnici di laboratorio biomedico, assistenti sanitari e operatori socio-sanitari”.

Per le Regioni “le difficoltà di reclutamento non sono dovute solo alla carenza di professionisti, che comunque sconta una programmazione che si è dimostrata non adeguata, ma anche sempre minore attrattività del Ssn”. Ma per rendere più attrattivo il lavoro nel Ssn per le regioni la prima criticità di risolvere è “quella che deriva dalla assoluta inadeguatezza del livello di finanziamento statale del



Secondo l'Anaa

COSTANTINO TROISE
Presidente Nazionale
Anaa Assomed

fabbisogno sanitario standard rispetto alle dinamiche di potenziamento degli organici di personale, anche con riguardo alle diverse tipologie contrattuali di lavoro flessibile, che si sono determinate per effetto delle esigenze organizzative prima richiamate. L'aumento del livello di finanziamento disposto dalla legge n. 234/2021 risulta del tutto insufficiente, considerato che la totalità delle risorse incrementalmente è a destinazione vincolata e non consente

alle regioni di destinare le necessarie risorse alla realizzazione degli interventi finalizzati all'esigenza, imprescindibile, di mantenere strutturalmente i servizi sanitari regionali in continuità con le politiche avviate a partire dal 2020".

E in questo senso occorre anche "superare gli attuali limiti legislativi relativi alle spese di personale".

ECCO ALCUNE PROPOSTE:

■ **Possibilità** di disporre di strumenti flessibili per il reclutamento del personale (incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario e OSS, incarichi specializzandi, incarichi a personale in quiescenza, incarichi a tempo determinato con procedure semplificate, ecc.)

■ **Possibilità** di ricorrere con flessibilità a dirigenti sanitari in possesso di determinate

specializzazioni in deroga a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di equipollenza e di affinità delle discipline del personale dirigenziale per l'accesso al SSN (DD.MM. 30 gennaio e 31 gennaio 1998) fino alla conclusione del 2023.

■ **Aumento** delle ore rese dal personale in servizio

■ **Possibilità** di attribuire l'esecuzione dei tamponi per la diagnosi di SARS-CoV-2 a Operatori Socio Sanitari, con la supervisione di un professionista sanitario (medico, farmacista, infermiere o assistente sanitario), opportunamente addestrati allo scopo mediante apposita formazione.

■ **Possibilità** di assumere Operatori Socio Sanitari con Formazione complementare in assistenza sanitaria presso le aziende ed enti del SSR, qualora sia completato il percorso di inquadramento di questa qualifica e del relativo profilo.

Segue a pagina 10

Rischio "libro dei sogni" e dieci criticità

Il "Documento programmatico sui fabbisogni di personale sanitario" licenziato dai tavoli Tecnici delle Regioni ha diversi meriti, anche se è difficile sfuggire all'impressione di trovarsi di fronte a un libro dei sogni, farcito come è di passaggi parlamentari di non facile attuazione, se non a una manovra diversiva rispetto a un problema la cui urgenza è qui e ora.

Comunque sia, un primo merito è quello di affrontare la problematica in un'ottica di sistema, sfuggendo alla logica dei silos, il secondo nel riconoscere la fondatezza di molte delle proposte che avanziamo da diversi anni, il terzo, di maggiore significato politico, è quello di restituire un volto, e un ruolo, al convitato di pietra dei discorsi sulla sanità post Covid e dello stesso Pnrr, cioè il personale. Finalmente riconoscendo che la sua carenza strutturale, figlia di un fallimento (non voluto?) della programmazione, peraltro orfano di responsabilità politiche, riduce tutto il resto a "chiac-

chiere e distintivo", alias cemento e macchinari, minando la stessa sostenibilità del SSN, qualunque siano gli investimenti in conto capitale realizzati. Condivisibile anche l'allarme sull'insufficienza del FSN, soprattutto per la spesa corrente dedicata al personale, a dispetto dell'incremento di 2 mld per 3 anni realizzato dal Ministro della salute, un'inversione di rotta rispetto al passato non certo un cambio di prospettiva, come sembrava annunciare il mantra della sanità come investimento e non come costo. La stessa realizzazione del Pnrr rischia di aprire una voragine nella spesa in conto corrente. Infine, è la prima volta che le Regioni, cioè i datori di lavoro dei medici dipendenti, prendono atto della "great resignation" che, non da oggi, li interessa, una grande fuga, soprattutto verso il privato, che nasce da una scarsa attrattività del lavoro ospedaliero, per giovani e meno giovani, sulle cui cause, e sui possibili rimedi, però, poco si indaga.

Questioni sulle quali il documento appare lacunoso se non evasivo:

1 **Anticipare l'ingresso** dei giovani nel mondo del lavoro fin dal primo anno del percorso post laurea, un sogno europeo che inseguiamo da venti anni, mette a nudo l'incapacità dell'Università, che ha in monopolio il subappalto della formazione, di fare fronte all'aumento della offerta formativa. Il che rende necessaria la individuazione di sedi formative proprie del SSN, tra cui il Learning Hospital, di cui, però, non si parla, forse per non disturbare il monopolista.

2 **Il riconoscimento** della necessità per il lavoro medico di nuovi valori economici, in cima alle priorità, non può essere limitato al solo salario accessorio nè, tantomeno, disgiunto da diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che portino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

3 **Non c'è traccia** di una riflessione, anche autocritica, su una governance aziendale, monocratica e assolutistica, che considera i professionisti alla pari di operai specializzati del terzo millennio, privandoli di ruolo nei processi decisionali e del controllo su prerogative della loro professione, con carriere lasciate esposte alla invadenza della politica.

4 **L'acquisto** di ore aggiuntive per il contrasto alla "pandemia sommersa" delle prestazioni accantonate è pura illusione in assenza di una fiscalità di vantaggio. Anche il ritorno al passato in cui si teneva insieme lavoro dipendente e convenzionato, appare irrealistico, se si considera che le attuali condizioni di lavoro negli ospedali fanno del tempo la moneta più preziosa in circolazione.

5 **Assolutamente** debole la parte che riguarda le ragioni della fuga dei medici, uno dei fattori più importanti della crisi in cui versa il SSN, e, soprattutto, le terapie per arrestarla. La

scarsa attrattività del lavoro ospedaliero è destinata a permanere anche in eccesso di offerta, pronta a fare rotta verso lidi più gratificanti professionalmente e più remunerativi. L'assenza di percorsi di crescita professionale penalizza eccessivamente le discipline che non trovano spazio operativo in una rete pubblica trasformata in un grande PS e, quindi, votata ai soli interventi di emergenza e urgenza (si pensi agli ortopedici chiamati a trattare prevalentemente, se non esclusivamente, fratture del femore).

6 **La modifica** degli strumenti giuridici del reclutamento, vecchi e gravati di una latenza tra autorizzazioni e immissioni in servizio che si misura in anni, appare trascurata.

7 **All'insofferenza**, innegabile, per lo status di dipendenza, che risente anche di un pessimo clima organizzativo, viziato da elementi di autoritarismo e da eccessiva distanza tra Direzione e professionisti, non si può offrire, come unica risposta, maggiore flessibilità, cioè maggiore precarietà.

8 **Inaccettabili** le richieste di deroghe alla disciplina delle equipollenze, certo da rivedere e aggiornare senza favorire decisioni ad personam.

9 **Curiosa**, poi, in un documento sulle politiche del personale, l'assenza di riferimenti al CCNL, se non per lasciare trapelare un'insofferenza nei suoi confronti a favore di contratti autonomi e individuali.

Pretendere di ristrutturare il lavoro in sanità senza riconoscere il ruolo delle organizzazioni sindacali, in una eterna eclissi dei corpi intermedi, è pura velleità. La posta in gioco, cioè il destino della sanità pubblica, richiede e merita diversi approcci e diversi comportamenti. Prima le Regioni se ne rendono conto e meglio è, per cittadini e lavoratori.



I ricavi dovuti all'effetto Covid sono scesi di 816,934 mln di euro, ossia oltre 335,135 milioni di euro in meno rispetto al 2019.

Dal 2013 sono il 18% in meno i medici che la esercitano.

Le visite cardiologiche e ginecologiche le più gettonate mentre l'elettrocardiogramma è la prestazione più diffusa.

Permangono molte differenze tra Nord e Sud sulla spesa pro capite mentre ormai quasi tutte gli studi sono collegati in rete e le prenotazioni avvengono attraverso l'agenda Cup

INTRAMOENIA

Con la pandemia i ricavi crollano del 29% e sono sempre meno medici ad esercitarla. La nuova Relazione al Parlamento

Meno ricavi, meno prestazioni e sempre meno medici che la esercitano. È questa la fotografia che emerge dalla Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria relativa all'anno 2020 appena pubblicata dal Ministero della Salute.

I ricavi dovuti all'effetto Covid sono scesi 816,934 mln di euro, ossia oltre 335.135 milioni di euro in meno rispetto all'anno 2019 (la diminuzione è pari in termini percentuali -29.1% in solo un anno). Ma questo è soprattutto il frutto del calo delle prestazioni. Sempre variegata sul territorio nazionale con forti discrepanze tra Nord e Sud del Paese i valori di spesa pro-capite. Pro-

segue invece la discesa dei medici che la esercitano: si è passati da 55.500 unità relative all'anno 2013 a 45.434 unità nel 2020, con un decremento di 10.066 unità di personale ossia, in termini percentuali, circa 18 punti percentuali di diminuzione dal 2013 al 2020.

Sembra ormai superata la criticità della messa in rete degli studi: il 91% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, l'8% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione). Solo un residuale 1% di attività viene svolta ancora presso studi non ancora col-

legati in rete. Tale criticità è circoscritta in sei Regioni (Calabria 2%, Campania 17%, Lazio 5%, Molise 12%, Piemonte 2% e Sicilia 1%).

La visita cardiologica e l'elettrocardiogramma si confermano le prestazioni più erogate.

LA SINTESI

Prenotazioni con agenda Cup nel 90% dei casi. Anche i risultati dei monitoraggi del 2020 confermano la disomogeneità presente tra i diversi livelli di governo dell'attività libero professionale nei singoli contesti locali. Per quanto riguarda le tipologie di agende, a livello nazionale, l'agenda gestita dal sistema CUP (con percentuali superiori al 90% in tutti i monitoraggi) risulta essere quella maggiormente utilizzata dalle Regioni per la prenotazione delle prestazioni. Con le rilevazioni del 2019 e del 2020, difatti, si è riscontrato che 11 Regioni/PA (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) utilizzano quasi esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. Per le rimanenti Regioni è possibile notare come 7 (Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Sardegna e Sicilia) registrano prenotazioni attraverso il CUP per più dell'80% del totale.

Quasi tutti gli studi sono collegati in rete. Molte Regioni hanno mostrato

segni di un progressivo adeguamento agli adempimenti normativi, in quanto l'utilizzo di studi privati non ancora collegati in rete, pare totalmente superata. Considerando i tre monitoraggi insieme, il 91% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, l'8% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione). Solo un residuale 1% di attività viene svolta ancora presso studi non ancora collegati in rete. Tale criticità è circoscritta in sei Regioni (Calabria 2%, Campania 17%, Lazio 5%, Molise 12%, Piemonte 2% e Sicilia 1%).

Visite cardiologiche e ginecologiche le più gettonate. La visita specialistica più erogata in ALPI, come per il 2019, risulta essere la visita cardiologica (402.829) seguita dalla visita ginecologica (501.267), da quella ortopedica (458.245), dalla visita oculistica (364.522) e dall'elettrocardiogramma (252.267).

Elettrocardiogramma la prestazione più erogata. Nel 2020 l'elettrocardiogramma (3.228.565) è la prestazione più erogata in attività istituzionale, seguita, dalla visita oculistica (2.917.910), dalla visita cardiologica (2.657.571) e dalla visita ortopedica (2.640.968). Nel complesso, si osserva una forte riduzione dei volumi sia in istituzionale che in Alpi dal 2019 al 2020, dovuto all'emergenza Covid; nello specifico nel 2019 le prestazioni erogate in Alpi erano 4.765.345 e quelle in istituzionale erano 58.992.277, mentre nel 2020 quelle erogate in Alpi 3.204.061 mentre quelle erogate in istituzionale 43.398.623.

Tempi di attesa. Le visite più prenotate in intramoenia sono: la visita cardiologica (12.477 prenotazioni a gennaio, 9.695 a luglio e 9.888 ad ottobre), la visita ginecologica (11.030 prenotazioni a gennaio, 8.775 a luglio e 8.897 ad ottobre) e la visita ortopedica (10.461 prenotazioni a gennaio, 7.810 a luglio e 7.090 ad ottobre).

Per quanto riguarda le prestazioni strumentali, quelle maggiormente richieste sono l'ecografia all'addome inferiore, superiore e completo (2706 prenotazioni a gennaio, 1804 a luglio e 1965 ad ottobre), l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella (2150 prenotazioni a gennaio, 1617 a luglio e 1872 ad ottobre) e la mammografia monolaterale e bilaterale (1936 prenotazioni a

gennaio, 1569 a luglio e 1848 ad ottobre). Confrontando i dati a livello nazionale nei 3 monitoraggi: circa il 57% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni; circa il 28% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale); solo per il 14% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni.

Scendendo nello specifico delle singole prestazioni analizzando i tre monitoraggi insieme, si nota che più del 75% delle visite otorinolaringoiatriche, delle TAC, delle RM, delle polipectomie dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica, dell'elettrocardiogramma dinamico (holter), degli esami audiometrici tonali e della fotografia del fundus, viene prenotato entro i 10 giorni. La mammografia si conferma essere la prestazione che registra invece la percentuale più bassa di prenotazioni entro i 10 giorni (mammografia monolaterale 33%, mammografia bilaterale 35%), seguito dalla visita endocrinologica (42%) e dalla ecografia della mammella (45%).

Ricavi in picchiata con la pandemia. Nel 2020, invece, si assiste ad una nuova e significativa diminuzione, dovuta probabilmente alla pandemia da COVID.19 (-28%). I ricavi complessivi per prestazioni ALPI nel 2020, infatti, risultano pari a 816.934 migliaia di euro, ossia oltre 335.135 milioni di euro in meno rispetto all'anno 2019 (la diminuzione è pari in termini percentuali -29,1% in solo un anno). Rapportando il valore dei ricavi alla popolazione residente al 1° gennaio di ciascun anno, la lettura dei dati può essere fornita in termini di spesa pro-capite che passa da 18,4 euro/anno per il 2015 a 13,7 euro/anno nel 2020 con un andamento altalenante che rispecchia quello seguito dalla serie storica dei ricavi complessivi.

Persistono molte differenze tra Nord e Sud nella spesa pro capite. Sempre variegata sul territorio nazionale con forti discrepanze tra Nord e Sud del Paese, sia in termini di valore di spesa pro-capite sia in termini di variazione rispetto all'analogo dato riferito all'anno precedente. In particolare nel 2020, i picchi maggiori si registrano nelle Regioni Emilia-Romagna (22,9 €/anno), Toscana (21,6 €/anno), Valle d'Aosta (21,6 €/anno) e Piemonte (20,5 €/anno), mentre la spesa pro-capite per prestazioni in ALPI è minima in Calabria

“

Il numero di medici che esercitano ALPI è passato da 55.500 unità relative all'anno 2013 a 45.434 unità nel 2020

(3,1 €/anno), nella P.A. di Bolzano (3,9 €/anno), in Molise (4,7 €/anno), in Sardegna (5 €/anno) ed in generale significativamente inferiore alla media nazionale nelle Regioni meridionali. In termini di variazione annua, il dettaglio regionale mette in luce come la diminuzione del dato nazionale (da 19,1 €/anno per l'anno 2019 a 13,7 €/anno per l'anno 2020) derivi dalla sommatoria dei decrementi registrati, anche se in misura variabile nelle diverse realtà, in tutte le Regioni e Province autonome. In nessuna Regione o Provincia autonoma il dato risulta in aumento rispetto all'anno precedente.

Sempre meno medici che la esercitano. Il numero di medici che esercitano ALPI è passato da 55.500 unità relative all'anno 2013 a 45.434 unità nel 2020, con un decremento di 10.066 unità di personale ossia, in termini percentuali, circa 18 punti percentuali di diminuzione dal 2013 al 2020.

Tuttavia, il confronto temporale dei dati è maggiormente significativo e metodologicamente più corretto se, anziché considerare i valori assoluti, si analizza la serie storica del rapporto tra medici che esercitano l'attività libero professionale intramuraria ed il totale medici dipendenti delle strutture sanitarie del SSN. Il rapporto così calcolato passa da un valore pari al 46,1% relativo all'anno 2013 a quota 38,9% dell'anno 2020 facendo registrare una flessione importante.

Nell'anno 2020, in media, nel Servizio Sanitario Nazionale, il 42,9% dei Dirigenti medici, a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria (pari al 38,9% del totale Dirigenti medici). L'analisi dei dati pervenuti conferma anche quest'anno un'estrema variabilità del fenomeno tra le Regioni, sia in termini generali di esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, sia in termini specifici di tipologia di svolgimento della stessa con punte che superano quota 50% nelle Regioni Valle d'Aosta (61%), Veneto (55%), Liguria (54%) e nella Provincia Autonoma di Trento (51%). Viceversa, il rapporto tra medici che esercitano l'ALPI sul totale dei medici in esclusività, tocca valori minimi in Regioni come Sardegna (25%), Sicilia (33%), Campania e Calabria (35%) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (14%). In generale, al di sotto della media nazionale si collocano gran parte delle Regioni meridionali e insulari.

Spesa pro-capite

2015

18,4 €/anno

2020

13,7 €/anno

Sicurezza vaccini anti Covid / Il rapporto Aifa

“Su 108,5 milioni somministrazioni gli eventi gravi sono lo 0,02%. Su 758 decessi segnalati solo 22 correlabili. Per dose booster meno eventi avversi e al momento nessun problema sicurezza fascia 5-11 anni”

Publicato il rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti Covid che copre il periodo che va dal dicembre 2020 a dicembre 2021. Nel rapporto evidenziati i dati delle segnalazioni di eventi avversi provenienti dalla rete di farmacovigilanza italiana. In tutto segnalati 117.920 sospetti eventi avversi pari a 109 segnalazioni ogni 100mila dosi somministrate. Di queste l'83,7% è riferita a eventi non gravi e il 16,2% a eventi avversi gravi. L'analisi sugli eventi con esito fatale ha rilevato che dei 758 decessi segnalati solo 22 sono correlabili con la vaccinazione di cui 10 dovuti a fallimento vaccinale

L'Aifa ha pubblicato i risultati del **Rapporto annuale sulla sicurezza dei vaccini anti Covid** che raccoglie i dati dell'attività di farmacovigilanza, sia passiva che attiva, dal 27 dicembre 2020 al 26 dicembre 2021.

In questo arco di tempo sono state inserite complessivamente nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza 117.920 segnalazioni di sospetto evento avverso successivo alla vaccinazione su un totale di 108.530.987 dosi di vaccino, con un tasso di segnalazione di 109 segnalazioni ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal vaccino e dalla dose. L'Aifa ricorda che una segnalazione non implica necessariamente, né stabilisce in sé, una causalità tra vaccino ed evento, ma rappresenta un sospetto che richiede ulteriori approfondimenti, attraverso un processo definito “analisi del segnale”.

Le segnalazioni riguardano soprattutto Comirnaty (68%), che è stato il vaccino più utilizzato e solo in minor misura Vaxzevria (19,8%), Spikevax (10,8%) e vaccino COVID-19 Janssen (1,4%).

Tipologia eventi avversi. L'83,7% (n. 98.717) delle segnalazioni inserite è riferita a eventi non gravi, con un tasso di segnalazione pari a 91/100.000 dosi somministrate, e il 16,2% (n. 19.055) a eventi avversi gravi, con un tasso di 17,6 eventi gravi ogni 100.000 dosi somministrate, indipendentemente dal tipo di vaccino, dalla dose somministrata e dal possibile ruolo causale della vaccinazione. Complessivamente quindi i sospetti eventi avversi gravi segnalati sono riferibili solo allo 0,002% delle somministrazioni effettuate.

Eventi avversi più comuni. Per tutti i vaccini gli eventi avversi più segnalati sono stati febbre, stanchezza, cefalea,

dolori muscolari/articolari, dolore in sede di iniezione, brividi e nausea. Gli eventi riportati sono perlopiù non gravi e già risolti al momento della segnalazione.

Per quanto riguarda la somministrazione della terza dose, iniziata nel mese di settembre, al 26 dicembre 2021 sono state inserite 3.510 segnalazioni, a fronte di 16.198.231 di terze dosi somministrate, con un tasso di segnalazione di 21,7 segnalazioni ogni 100.000 terze dosi, inferiore a quanto osservato per le dosi del ciclo primario. L'84,1% (n. 2.951) delle segnalazioni è riferita a eventi non gravi, con un tasso di segnalazione pari a 18,2 ogni 100.000 dosi somministrate, e il 15,9% (558) a eventi avversi gravi, con un tasso di 3,4 segnalazioni di eventi gravi ogni 100.000 dosi somministrate.

Sono pervenute 730 segnalazioni dopo vaccinazioni eterologhe, che prevedono l'utilizzo di 2 diversi vaccini COVID-19 per i cicli di vaccinazione primaria (vaccinazione primaria eterologa) o per le dosi di richiamo 3-6 mesi dopo il ciclo di vaccinazione primaria (richiamo eterologo). La maggior parte delle segnalazioni dopo vaccinazione eterologa sono relative alla somministrazione di un vaccino a mRNA dopo prima somministrazione di un vaccino a vettore adenovirale, sono per la maggior parte non gravi e presentano le stesse caratteristiche del resto delle segnalazioni.

In merito alle vaccinazioni in età pediatrica (5-16 anni), al 26/12/2021 risultano somministrate 4.178.361 di dosi di vaccino, il 96% delle quali nella fascia di età 12-16 anni (4.005.471 dosi) e il 4% nella fascia 5-11 anni (172.890 dosi).

“**Nella popolazione pediatrica il 69% delle reazioni si sono risolte completamente o erano in miglioramento al momento della segnalazione**



Tra i due vaccini autorizzati per questa popolazione, Comirnaty è stato il più utilizzato (87,5%), (Spikevax 12,5%). Al 26 dicembre 2021 sono state registrate complessivamente 1.170 segnalazioni di sospette reazioni avverse manifestatesi nella popolazione pediatrica, che rappresentano l'1% di tutte le segnalazioni, con un tasso di segnalazione pari a 28 eventi ogni 100.000 dosi somministrate nella fascia pediatrica, indipendentemente dalla tipologia di vaccino e dalla valutazione del nesso di causalità, inferiore dunque rispetto a quello riscontrato nella popolazione generale (109 eventi ogni 100.000 dosi somministrate).

Nella popolazione pediatrica gli eventi avversi più frequentemente segnalati sono febbre, cefalea, stanchezza e vomito. Il 69% delle reazioni si sono risolte completamente o erano in miglioramento al momento della segnalazione.

I tassi di segnalazione nella fascia d'età 5-11 sono preliminari e al momento non emergono particolari problemi di sicurezza.

Vaccinazione anti-COVID-19 in gravidanza

Nonostante le preoccupazioni iniziali dovute principalmente alla mancanza di disponibilità di dati di immunogenicità, efficacia e sicurezza dei vaccini nelle donne in gravidanza, è apparsa evidente la necessità di vaccinare tale popolazione alla luce anche dei rischi legati all'insorgenza di malattia COVID-19 per la madre o il feto. Infatti, le pazienti in gravidanza affette da COVID-19 sintomatico sembrano essere a maggior rischio di malattia grave rispetto alle pazienti non in stato di gravidanza, soprattutto in presenza di comorbidità. L'Aifa sottolinea che le evidenze scienti-



fiche ad oggi disponibili mostrano un buon profilo di sicurezza dei vaccini a mRNA per il trattamento del COVID-19 nelle donne in gravidanza, supportando e incentivando la vaccinazione in tale categoria di popolazione e che attualmente la vaccinazione anti-COVID-19 è indicata sia in gravidanza che in allattamento, in accordo alle posizioni in merito delle Società Scientifiche e alle Autorità Regolatorie sia nazionali e internazionali. L'Aifa sottolinea poi che non vi sono evidenze che suggeriscano che i vaccini anti COVID 19 possano influenzare negativamente la fertilità in entrambi i sessi.

L'effetto "nocebo"

L'Aifa ha riportato anche i dati sulle reazioni ansiose alla vaccinazione e gli eventi correlati allo stress da vaccinazione, ovvero quegli eventi determinati dalla risposta emotiva alla vaccinazione, il cosiddetto effetto "nocebo". Si tratta dei dati relativi a 12 studi internazionali, che hanno coinvolto un totale di 45.380 pazienti (22.802 che hanno ricevuto un vaccino e 22.578 un placebo), l'effetto nocebo ha rappresentato fino al 64% di tutte le reazioni avverse, con una frequenza di eventi avversi di tipo sistemico del 35,2% e di tipo locale del 16,2% nei pazienti trattati con placebo.

I decessi correlabili

Complessivamente sono stati segnalati 758 decessi di questi 580 sono stati ritenuti idonei alla valutazione del nesso di causalità secondo gli standard dell'Oms ma quelli risultati poi effettivamente correlabili alla vaccinazione sono solo 22 (il 3,8%, circa 0,2 casi ogni milione di dosi somministrate), sette in più rispetto ai 16 registrati nei precedenti nove rapporti mensili che hanno coperto il periodo 27 gennaio 2020/27 set-

tembre 2021. In base ai dati disponibili, osserva Aifa, è possibile che alcuni eventi attesi per i vaccini possano avere conseguenze clinicamente rilevanti in alcuni soggetti anziani fragili, specialmente se si presentano con particolare intensità (come l'ipertensione), a fronte di un beneficio indubbio della vaccinazione in quella fascia della popolazione. **Queste le caratteristiche dei 22 decessi correlabili:**

- 2 eventi sistemici che hanno scompensato pazienti fragili. Si tratta un uomo di 79 anni, con storia clinica di patologie cardiovascolari e di una paziente fragile di 92 anni, con storia clinica di demenza e diabete mellito. I due eventi avversi sistemici correlabile alla vaccinazione (ipertensione, vomito) si sono innescati e hanno innescato uno scompenso delle condizioni cliniche fino al decesso;
- 10 trombosi con trombocitopenia dopo vaccini a vettore virale, per alcuni dei quali si sono recentemente resi disponibili i documenti clinici per la valutazione;
- 10 fallimenti vaccinali con malattia da SarS-CoV-2 comparsa tra 3 settimane e 7 mesi dal completamento del ciclo vaccinale. In due casi le pazienti presentavano condizioni cliniche e terapie compatibili con uno stato di immunosoppressione. In altri 8 casi, i pazienti avevano un'età compresa tra i 76 e i 92 anni, con una condizione di fragilità per pluripatologie.

L'Aifa precisa che, a fronte di nuove informazioni disponibili, il nesso di causalità di un caso con esito fatale a segui-

to di complicanze da porpora trombotica trombocitopenica, precedentemente ritenuto come correlato alla vaccinazione, è stato rivalutato e sulla base delle attuali conoscenze definito come indeterminato.

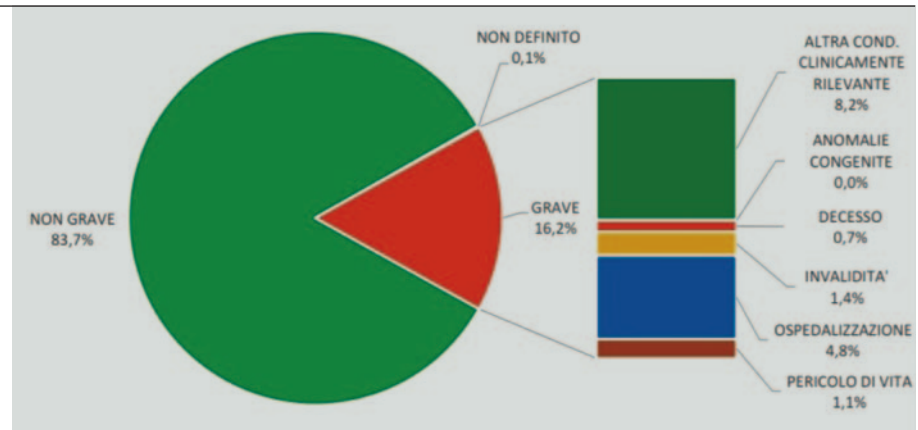
L'Aifa ha anche confrontato i decessi attesi con quelli osservati entro i 14 giorni dalla vaccinazione: per qualunque dose, i decessi osservati sono sempre nettamente inferiori ai decessi attesi. Non c'è quindi, nella popolazione di soggetti vaccinati, alcun aumento del numero di eventi rispetto a quello che ci si sarebbe aspettato in una popolazione simile ma non vaccinata.

Non sono vaccini sperimentali

L'Aifa interviene anche sul fatto, spesso richiamato da molti oppositori alla vaccinazione anti Covid, che questi vaccini siano sperimentali. "Va infatti sottolineato con estrema chiarezza - si legge nel rapporto Aifa - che nessuna delle fasi dello sviluppo pre-clinico e clinico (test di qualità, valutazione dell'efficacia e del profilo di sicurezza) dei vaccini è stata omessa e il numero dei pazienti coinvolti negli studi clinici è lo stesso di vaccini sviluppati con tempistiche standard".

"Lo sviluppo clinico in tempi molto rapidi - sottolinea ancora l'Aifa - è stato possibile grazie a grandi investimenti economici e di know-how, che hanno permesso alle aziende farmaceutiche e alle istituzioni accademiche e di ricerca pubblica di affiancare temporalmente le diverse fasi di sviluppo clinico e di arruolare negli studi di fase 3 un numero molto elevato (decine di migliaia) di partecipanti.

Distribuzione per criterio di gravità delle segnalazioni inserite nel periodo in esame (nel 0,1% delle segnalazioni il criterio di gravità non è indicato)



Segnalazioni, dosi somministrate e relativi tassi per vaccini Covid-19 attualmente autorizzati

Vaccino COVID-19	Segnalazioni al 26/12/2021	Dosi somministrate al 26/12/2021	Tasso di segnalazione (per 100.000 dosi somministrate)	Intervallo di Confidenza al 95%
Comirnaty	80.249	74.989.124	107	106-108
Spikevax	12.737	19.874.881	64	63-65
Principio attivo mRNA	23			
Vaxzevria	23.358	12.166.236	192	189-194
Janssen	1.580	1.500.746	105	100-110
Totale	117.947*	108.530.987	109	108-110

*il numero totale delle segnalazioni per vaccino commerciale è maggiore delle schede presenti nella RNF in quanto in alcune schede sono indicati due vaccini sospetti (dopo vaccinazione eterologa) e vengono quindi conteggiati due volte.

CARENZA DI PERSONALE

Segue da pagina 5

■ **Sviluppo** delle competenze e possibilità di erogare prestazioni di base per il personale Oss.

Possibilità di validazione autonoma da parte dell'infermiere del risultato del test SARS COV 2 attraverso tamponi rapidi in autolettura e trasmissione nei sistemi informativi regionali.

■ **Eliminare** l'obbligo di esclusività per il personale infermieristico per consentire un utilizzo sinergico degli infermieri in relazione ai fabbisogni sia delle aziende sanitarie che di altre istituzioni del sistema socio-sanitario quali ad esempio le RSA.

■ **Possibilità** per i dirigenti medici del SSN con rapporto di lavoro esclusivo di accedere al rapporto di lavoro convenzionale, al di fuori dell'orario di lavoro previsto dall'art. 24 del CCNL 2016-2018 dell'Area Sanità e con la medesima disciplina prevista dagli accordi collettivi nazionali vigenti per la Medicina Generale/Continuità assistenziale, la Pediatria e la Medicina Specialistica, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico, lo sviluppo e il potenziamento della rete assistenziale a partire dall'assistenza primaria, anche nell'ambito di nuovi modelli organizzativi che garantiscano l'accesso ai livelli essenziali.

■ **Possibilità** di aumento e flessibilità del trattamento accessorio del personale delle Aziende Sanitarie

■ **Possibilità**, per gli infermieri dipendenti del SSR di effettuare, al di fuori dell'orario di lavoro e in deroga a quanto previsto in tema di esclusività del rapporto di impiego, attività professionale presso le strutture socio-sanitarie per anziani, previa stipula di una convenzione tra la struttura e l'Azienda Sanitaria di riferimento che disciplini le modalità di svolgimento, anche oltre il limite delle 4 ore settimanali previsto dal sopra richiamato articolo 3- quater del D.L. 127/2021, ferma restando la garanzia dell'orario svolto in regime istituzionale.



Le proposte riguardano anche l'assistenza primaria tra cui segnala:

■ **Semplificare** la procedura di assegnazione degli incarichi: • aumentare la frequenza della pubblicazione delle zone carenti, qualora ritenuto necessario dalla Regione; • bypassare la procedura in caso di acclarata emergenza; • ridurre il termine per la apertura di uno studio in seguito alla accettazione della zona carente a 60 giorni; • ridurre i termini previsti per la presentazione della domanda ex procedura SISAC: ridurre il termine di 20 giorni a 15 giorni e, nelle more della ratifica dell'ACN firmato in data 20 gennaio 2022, ridurre il termine di 30 giorni a 20 giorni.

■ **Prevedere** forme di "penalizzazione" nelle assegnazioni successive ad accettazioni precedenti risolte in una rinuncia di apertura dello studio da parte del medico, specificatamente: il medico che accetta un incarico è automaticamente escluso dalla partecipazione all'assegnazione di zone carenti per l'annualità successiva.

■ **Conferire** due incarichi provvisori allo stesso medico, in presenza di significative, verificate e perduranti criticità nella copertura delle zone carenti, con al massimo 2500 assistiti assegnati e incarichi in ambiti limitrofi. In questo caso, garantire la presenza ambulatoriale in entrambi gli ambiti territoriali e l'inserimento del medico in una struttura con supporto amministrativo e infermieristico.

■ **In presenza** di significative, verificate e perduranti criticità nella copertura delle zone carenti e, comunque, in

via eccezionale, permettere l'assegnazione degli incarichi ai medici che dimostrano di aver svolto 2 (due) anni di attività presso le USCA, in subordine ai medici con requisiti previsti dall'ACN. Prevedere il riconoscimento di un punteggio per il servizio svolto presso le USCA ai fini della graduatoria regionale di medicina generale (art. 16 ACN vigente).

■ **Superare** la singolarità del medico e promuovere l'associazionismo attraverso: • incentivazione medicine di gruppo e di rete vincolandole a piani di copertura territoriale e alla partecipazione attiva nelle Case della Comunità e nei programmi di presa in carico di specifici target di popolazione definiti nei piani aziendali/regionali; • agevolazione degli ingressi dei neo convenzionati e degli incaricati provvisori nelle forme associative territoriali, verificando e monitorando che garantiscano una reale maggiore e capillare copertura del territorio;

■ **Ampliamento** della partecipazione alle forme associative, promuovendo l'inserimento dei medici iscritti al corso di formazione specifica in MG, dei medici neo convenzionati, degli incaricati provvisori o dei medici singoli, con i medesimi diritti e doveri dei medici facenti parte della forma associativa in cui entrano, così da garantire maggiori servizi per gli assistiti, ad esempio: ampliamento orari di ambulatorio, supporto di personale di segreteria, collaborazione con personale infermieristico al fine di intervenire nella presa in carico delle condizioni di fragilità e cronicità nonché, ove possibile, nella valutazione delle richieste di intervento urgente/non programmabile.



Cure palliative / Il rapporto Agenas

A 10 anni dalla Legge 38 molti progressi ma quattro regioni (Abruzzo, Calabria, Campania e Sicilia) sono ancora inadempienti

È quanto emerge da un'indagine Agenas che ha svolto una ricognizione delle attività svolte dalle regioni. "Il livello di attuazione delle cure palliative è complessivamente buono ma permangono ritardi e aree di debolezza in alcune aree geografiche e in alcuni setting, principalmente quello ospedaliero a cui, peraltro, continuano ad essere indirizzate inappropriatamente le domande e i bisogni di cure insoddisfatti"

A 10 anni di distanza dalla Legge 38/2000 sulle cure palliative ci sono ancora 4 regioni inadempienti rispetto a quanto previsto dai Lea e altre 4 adempienti con impegno. Ma i risultati sono in generale positivi. Il 90% delle aziende ha attivato la rete locale delle cure palliative; di esse, il 69% ha attivato la Carta dei servizi via web e il 79% i percorsi di cure dedicate.

Nel setting ospedaliero, si rileva che 34 ASL risultano prive di equipe delle CP, mentre il 42,7% ha attivato da 1 a 3 equipe e il 19% più di 3.

Nel setting delle cure domiciliari, solo 2 aziende non hanno attivato equipe mentre il 51,7% ha attivato da 1 a 3 equipe e il 46% più di 3. Nelle UCP i professionisti sono completamente dedicati nel 57% delle aziende, mentre non sono esclusivamente dedicati nel 43%. Per quanto concerne il coinvolgi-

mento del MMG, nel 94% è informato della presa in carico del paziente, nel 74% è anche coinvolto attivamente nel percorso di cura. Questo sono alcuni dei dati che emergono dall'istruttoria predisposta da Agenas in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 35, comma 2-bis del DL. 25-5-2021 n. 73. Obiettivo è quello di svolgere una ricognizione delle attività svolte dalle singole Regioni e Province Autonome ed elabora un programma triennale per l'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, al fine di assicurare, entro il 31 dicembre 2025, l'uniforme erogazione dei livelli di assistenza.

"Il livello di attuazione delle cure palliative è complessivamente buono – si legge nel documento -ma permangono ritardi e aree di debolezza in alcune aree geografiche e in alcuni setting, principalmente quello ospedaliero a cui,

peraltro, continuano ad essere indirizzate inappropriatamente le domande e i bisogni di cure insoddisfatti".

"È pertanto necessario – si raccomanda - un potenziamento quantitativo e qualitativo dell'intera filiera assistenziale specie sul fronte territoriale che preveda una cabina di regia regionale ancora più coinvolta nei processi decentrati e allocazione di risorse dedicate; tutto ciò costituirà l'impegno dei Piani triennali previsti dalla legge.

LA SINTESI

Il monitoraggio LEA per l'anno 2019 mostra che tra le 16 Regioni a statuto ordinario valutate, 4 sono risultate inadempienti (Abruzzo, Calabria, Campania e Sicilia) e 4 adempienti "con impegno" (Marche, Piemonte, Toscana e Umbria) in merito all'organizzazione delle cure palliative.

All'indagine condotta da Agenas hanno risposto tutte le 21 Regioni e P.A. e di tutte le ASL territoriali (99) con una completezza quindi del 100%. Sono stati censiti 307 hospice, di cui 7 pediatrici. È stato rilevato che: hanno istituito formalmente la rete di cure palliative (adulto) 19 Regioni e P.A. con presa in carico sia dei pazienti oncologici che non oncologici; 13 Regioni hanno anche attivato la rete di cure palliative pediatriche. Tra le 19 Regioni che hanno istituito la rete, 13 hanno anche creato l'organismo di coordinamento regionale e 11 hanno nominato il coordinatore regionale.

Corsi di formazione specifica per professionisti sono stati realizzati in 12 Regioni/PA, mentre 6 hanno attivato procedure specifiche di accreditamento ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020.

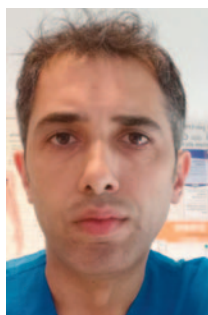
Circa la programmazione sanitaria di settore per il triennio 2022-2024, 10 Regioni/PA hanno dichiarato e documentato una pianificazione prospettica, mentre tra le restanti 11 alcune hanno manifestato intenti e proposte.

Attualmente, il 90% delle aziende sanitarie territoriali ha attivato la rete locale delle cure palliative; di esse il 69% ha attivato la carta dei servizi via web e il 79% percorsi di cure dedicate. Nel setting ospedaliero, si osservano però 34 ASL prive di equipe di CP; il 42,7% ha attivato da 1 a 3 equipe e in un 1 caso su 5 si hanno tre o più equipe.

Nel setting delle cure domiciliari, solo 2 Aziende risultano prive di equipe; oltre la metà ha attivato da 1 a 3 equipe e nel 46% dei casi più di 3. In queste equipe domiciliari, i professionisti sono esclusivamente dedicati nel 57% delle Aziende. Nel 94% delle ASL il MMG viene informato della presa in carico del paziente, nel 74% è anche coinvolto attivamente nel percorso di cura.

Organismo paritetico e ruolo nella contrattazione decentrata: rischio fondato che possa diventare un organismo patetico

L'ultimo Ccnl 2016-2018 ha previsto la costituzione, in ogni Azienda o Ente del territorio nazionale, di un organismo che assumesse le caratteristiche di funzione di "consultazione" e di "congiunto approfondimento"



VINCENZO
COSENTINI
Responsabile
Anaao Giovani
Veneto

L'articolo 6-bis del CCnl ne declina le caratteristiche, identificandolo come un organismo che realizza una modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'azienda o ente.

L'organismo paritetico rappresenta la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, nonché alla prevenzione e riduzione del rischio clinico, alla salute e sicurezza sul lavoro, anche con riferimento alle aggressioni subite in servizio dal personale, alla programmazione dei servizi di emergenza, in particolare di pronta disponibilità e di guardia, valutando, tra l'altro, l'esonerabilità del personale che abbia superato la soglia di 62 anni di età anagrafica, nonché l'estensione del servizio di pronta disponibilità a turni diversi da quelli notturni e festivi, al fine di formulare proposte all'Azienda o ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

Dovrebbe riunirsi a cadenza semestrale ed ogni qualvolta l'Azienda o ente manifesti un'intenzione di progettualità organizzativa innovativa, complessa, per modalità e tempi di attuazione, e sperimentale. Ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali di cui all'art. 7, nonché da una rappresentanza dell'azienda o ente, con rilevanza pari alla componente sindacale. Ha facoltà di trasmettere proprie proposte progettuali, all'esito dell'analisi di fattibilità, alle par-



ti negoziali della contrattazione integrativa, sulle materie di competenza di quest'ultima, o all'azienda o ente e può adottare un regolamento che ne disciplini il funzionamento. Inoltre, può ricevere progetti e programmi dalle organizzazioni sindacali o da gruppi di dirigenti.

Quanto detto sopra descrive il DNA ed il perimetro d'azione dell'organismo paritetico che sulla carta rappresenta un valido supporto per meglio caratterizzare in periferia le linee guida nazionali costruite nel Ccnl. Possibilità di esonerabilità degli ultra sessantaduenni dalle guardie attive, aumento dell'indennità delle pronte disponibilità, riassetto della libera professione individuale ed altro rappresentano le problematiche locali e le criticità che i medici sentono maggiormente e con le quali tutti i giorni si scontrano e di una loro ridefinizione e soluzione sicuramente ne trarrebbe giovamento l'intero sistema.

Nonostante il potenziale dell'organismo paritetico, a distanza di oltre due anni dall'entrata in vigore del Ccnl 2016-2018, siamo ancora in alto mare; la lentezza della composizione a livello nazionale dell'organismo svela le note criticità di un sistema sanitario nazionale e di una programmazione sanitaria anche regionale poco efficiente ed elastica, lenta nei suoi meccanismi, poco oliata e che non può trovare nella pande-

mia covid-19 un alibi.

La fotografia nazionale relativa a questo organismo nelle realtà regionali mostra un quadro poco confortante, confermando un regionalismo differenziato anche in questo aspetto: in molte regioni italiane l'organismo paritetico non è stato ancora nemmeno nominato, mentre in altre, pur essendo stato costituito, non si è mai riunito.

Gli sforzi fatti a livello nazionale per costruire lo strumento e le linee guida all'interno del contratto collettivo nazionale, devono necessariamente declinarsi in uno sforzo ancor più intenso a livello di contrattazione decentrata.

La speranza e l'auspicio a questo punto diventa quello di non vedere uno strumento potenzialmente così prezioso, come l'organismo paritetico, diventare un organismo patetico, svuotato di rilevanza e di competenze ed aggiunto al carrozzone di tanti altri inutili comitati od organismi.

Ritoccare e rafforzare nel prossimo Ccnl 2019-2021 uno strumento che sintetizza a livello locale le esigenze e le necessità del personale medico appare essere altrettanto importante al pari di altre questioni da rivedere nel nuovo Ccnl, magari anche nella sua rappresentanza sindacale all'interno dell'organismo, affinché possa essere proporzionalmente più significativa la quota partecipativa di quel sindacato che ha maggiore rappresentanza.

Il ruolo del laboratorio di Immunogenetica nella rete del Registro Nazionale Italiano dei Donatori di Midollo Osseo

La compatibilità degli alleli HLA fra donatore e ricevente è alla base del successo del trapianto di cellule staminali ematopoietiche (CSE). Solo il 30% dei pazienti in attesa ha un familiare compatibile, da qui l'esigenza di reclutare in tempi rapidi un numero sempre crescente di donatori volontari. L'introduzione del sequenziamento di nuova generazione nei laboratori di Immunogenetica ha consentito di rendere più rapido e accurato l'inserimento di nuovi donatori nel Registro IBMDR

Il trattamento di pazienti con patologie onco-ematologiche sta vivendo un capitolo senza precedenti, grazie all'introduzione nella pratica clinica di terapie farmacologiche mirate e alla sperimentazione di molecole che mostrano un elevato tasso di risposta e un basso profilo di tossicità. Tuttavia, una remissione durevole della malattia viene osservata solo in una parte dei pazienti e ancora oggi, il trapianto di cellule staminali ematopoietiche (CSE) si dimostra la principale strategia terapeutica.

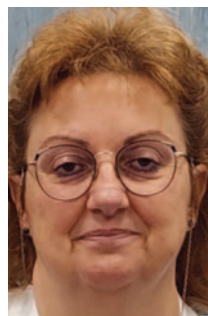
Con il trapianto di CSE si determina la sostituzione di un midollo osseo con CSE sane, che andranno a rigenerare tutte le linee cellulari del sangue e ricostituire le normali funzioni ematologiche ed immunologiche.

Le CSE, infatti, grazie alle loro caratteristiche di automantenimento, di differenziazione nelle diverse cellule ematiche, di conservazione della vitalità dopo manipolazioni, quali crioconservazione e scongelamento, e alla capacità di raggiungere e insediare, una volta infuse per via endovenosa, la sede midollare, sono idonee per l'uso clinico ai fini di trapianto.

I geni appartenenti al Sistema HLA (Human Leucocyte Antigene) sono la prima barriera immunologica al successo del trapianto di cellule staminali ematopoietiche, in quanto è proprio la corrispondenza degli antigeni di istocompatibilità fra donatore e ricevente a de-



MANUELA CATALANO



ALESSANDRA MOSCETTI
UOCLaboratorio di Genetica Medica, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma



terminarne la riuscita. A causa, però, dell'elevato polimorfismo dei geni codificanti le molecole HLA di classe I e II, la possibilità per un paziente di trovare un donatore compatibile nella famiglia fra i fratelli, è solo del 30%, e diminuisce ancora di più (1: 100.000) fuori dall'ambito familiare.

Per incrementare la probabilità di reperire un donatore compatibile non consanguineo, sono stati istituiti in quasi tutti i Paesi del mondo dei Registri Nazionali di donatori volontari, organizzazioni che costituiscono dei veri e propri archivi di dati genetici, in collegamento tra di loro, in grado di individuare per pazienti affetti da malattie ematologiche gravi, un donatore volontario, estraneo alla famiglia, che presenti caratteristiche immunogenetiche tali da consentire il trattamento terapeutico con elevate probabilità di successo.

Nel 1989, presso l'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera di Genova, è stato isti-

tuito l'IBMDR (Italian Bone Marrow Donor Register), il Registro Italiano dei Donatori di Midollo Osseo, riconosciuto a livello nazionale dalla Legge n° 52 del 6 marzo 2001 e definito dall'Accordo Stato-Regioni del 5/10/2006, quale unica struttura autorizzata alla ricerca di CSE da non familiare per finalità di trapianto. Tale Centro coordina tutti i Registri istituiti a livello regionale (Registri Regionali), assicura e certifica il corretto svolgimento delle procedure di sperimentazione delle cellule, dalla ricerca, all'esecuzione delle indagini genetiche di istocompatibilità, al prelievo ed infine al trasporto delle cellule presso la struttura che effettuerà il trapianto.

L'IBMDR è accreditato presso la World Marrow Donor Association (WMDA) e certificato ISO 9000:2015 e tutte le sue attività, quelle dei Registri Regionali e di ogni struttura che afferisce al programma di ricerca e trapianto, sono disciplinate dagli *Standard operativi IBMDR*.

La rete operativa dell'IBMDR è costituita dai laboratori di Immunogenetica, che effettuano la tipizzazione HLA dei potenziali donatori adulti che si iscrivono nel database IBMDR, di quelli richiamati per le riqualificazioni o approfondimento delle caratteristiche immunogenetiche mediante studi ad alta risoluzione, delle unità di sangue cordonale e della madre donatrice, nonché dei pazienti ematologici, dei loro familiari e di eventuali donatori non correlati.

Nell'anno 2021 in Italia sono stati reclutati 24.227 nuovi donatori, dei quali 1.321 nella Regione Lazio, e ciò ha consentito di poter effettuare, nello stesso anno, 932 trapianti da I donazione dato che dimostra il continuo trend in crescita di tale importante attività.

Tra le competenze del laboratorio di Immunogenetica vi è inoltre la valutazione dello stato di pre-sensibilizzazione verso le molecole allogeniche HLA e non di un potenziale donatore, e lo studio del chimerismo post-trapianto per il monitoraggio dei livelli di attecchimento delle CSE.

Il laboratorio di immunogenetica deve operare in conformità alle procedure tecniche e agli standard operativi dell'IBMDR e della WMDA oltre ad essere accreditato da Società Scientifiche Internazionali quali l'EFI (European Federation for Immunogenetics) o l'ASHI (American Society for Histocompatibility and Immunogenetics) che garantiscono il mantenimento dei necessari livelli di qualità.

La UOC Laboratorio di Genetica Medica – Sapienza Università di Roma, A.O. San Camillo-Forlanini, oltre a svolgere attività di tipizzazione HLA è sede del Registro Regionale IBMDR del Lazio, al quale afferisce anche, per la tipizzazione HLA, il Centro trasfusionale del Policlinico Umberto I.

L'introduzione del sequenziamento di nuova generazione (NGS) ha rappresentato negli ultimi anni l'approccio determinante per raggiungere un incremento significativo delle tipizzazioni HLA e di conseguenza del numero di nuovi donatori inseriti nel database IBMDR, supportato anche da un concomitante ed efficace reclutamento da parte delle associazioni, quali l'ADMO, che collaborano con il Registro in questa attività.

L'applicazione del sequenziamento di



nuova generazione alla tipizzazione HLA, ha portato oltre che ad una notevole diminuzione dei tempi di refertazione anche ad un aumento della risoluzione, in quanto tale approccio consente di assegnare una tipizzazione univoca degli alleli HLA. Le metodiche classiche di tipizzazione molecolare infatti mostrano un grado di risoluzione minore per la presenza sia di ambiguità alleliche, dovute a polimorfismi localizzati fuori dalla regione analizzata, sia di ambiguità genotipiche o *cis-trans*. La risoluzione di queste ambiguità genotipiche in epoca pre-NGS, richiedeva l'applicazione di metodiche supplementari con un aumento dei costi e maggiori tempi di refertazione.

Il superamento delle ambiguità, nell'NGS, si ottiene grazie alla combinazione delle due caratteristiche che contraddistinguono questa tecnologia: l'amplificazione clonale, che permette di assegnare la fase ai polimorfismi, e il sequenziamento massivo parallelo, che genera milioni di frammenti di basi sequenziate, le cosiddette "reads", consentendo il sequenziamento di un numero elevato di regioni del genoma e di campioni in una singola corsa (Erlich, 2015). La possibilità di combina-

“
L'introduzione del sequenziamento di nuova generazione (NGS) ha rappresentato negli ultimi anni l'approccio determinante per raggiungere un incremento significativo delle tipizzazioni HLA

re in un'unica corsa campioni e loci diversi, grazie alla loro indicizzazione, consente inoltre di ridurre i costi per singolo test.

Pertanto l'approccio mediante Sequenziamento di nuova generazione (NGS), l'elevata resa, l'alto grado di risoluzione, il costo contenuto per campione, l'accuratezza e la potenziale eliminazione di tutte le ambiguità oltre ad un minore tempo/uomo necessario ci porta a considerare tale tecnologia come la più efficiente da applicare nella tipizzazione HLA dei potenziali donatori di cellule staminali ematopoietiche.

Riferimenti

Standard di Funzionamento del Programma nazionale Italiano di donazione di Cellule Staminali Ematopoietiche da non familiare – Versione XXIII: 1 Luglio 2020

<https://www.ibmldr.galliera.it/>

<https://admo.it>

<https://admolazio.it>

Erlich H.A. *HLA typing using next generation sequencing: An overview*. Hum Immunol. 2015 Dec;76(12):887-90. doi: 10.1016/j.humimm.2015.03.001

Nota del Ministero della Salute 2992 del 17 febbraio 2022

La guarigione non è circostanza idonea a legittimare la revoca della sospensione

In risposta al quesito posto dalla Fnomceo, in merito alla difficoltà di inquadrare giuridicamente la situazione del professionista sanitario, il quale risultando inadempiente all'obbligo di effettuare il ciclo vaccinale primario, abbia contratto l'infezione e sia guarito successivamente al provvedimento di sospensione dall'esercizio dell'attività professionale, il Ministero della Salute chiarisce che, ai sensi dell'articolo 4, co. 5 del DL 44/2021, la sospensione è efficace fino alla comunicazione da parte dell'interessato all'Ordine professionale del completamento del ciclo vaccinale primario o della somministrazione della dose di richiamo, se completato il ciclo primario. La guarigione non è dunque circostanza idonea a legittimare la revoca della sospensione. Il testo integrale della nota è pubblicato sul sito www.anaao.it

Decreto del Ministero della Salute 13 gennaio 2022

Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie

Sulla Gazzetta Ufficiale del 18 febbraio 2022 è stato pubblicato il Decreto del Ministero della Salute che istituisce l'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie previsto dalla legge 113 del 2020 per la tutela della sicurezza del personale sanitario. Il provvedimento elenca la composizione dell'Osservatorio e ne definisce i compiti, ovvero di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni delle professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni; gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni dei sanitari; l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione a garanzia dei livelli di sicurezza nei luoghi di lavoro anche promuovendo strumenti di videosorveglianza; promuovere studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti, la diffusione delle buone prassi in materia di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, anche nella forma del lavoro in équipe, lo svolgimento di corsi di formazione per il personale sanitario finalizzati alla prevenzione e alla gestione delle situazioni di conflitto nonché a migliorare la qualità della comunicazione con gli utenti. Compito inoltre dell'Osservatorio, produrre i dati per la relazione annuale che il Ministero della Salute dovrà trasmettere al Parlamento. Il testo integrale del provvedimento è pubblicato sul sito www.anaao.it

Regolamento sui requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative ex art. 10, co. 6 della legge n. 24 del 2017

Lo scorso 9 febbraio la Conferenza Stato Regioni ha approvato il nuovo schema di decreto con i requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative, previsto dall'articolo 10, comma 6 della legge n. 24 del 2017 (Legge Gelli-Bianco). Si ricorda che dal testo originario è stata stralciata la parte relativa all'obbligo formativo, ovvero quella in cui si prevedeva che per godere della copertura assicurativa delle polizze di rischio professionale i sanitari avrebbero dovuto essere in regola con almeno il 70% degli obblighi formativi previsti dal piano di formazione continua dell'ultimo triennio. Tale misura è stata inserita nel decreto legge 152/2021 recante "Disposizioni urgenti per l'attuazione del PNRR", all'articolo 38-bis. Il testo integrale del provvedimento è pubblicato sul sito www.anaao.it



Dal Parlamento: la legge sulla concorrenza (As 2469)

Il disegno di legge è all'esame della X Commissione del Senato (Commissione Industria).

Anaaò è stata ascoltata in audizione il 22 febbraio.

Di seguito stralcio del documento depositato in Commissione. Il testo integrale è pubblicato su www.anaao.it

ARTICOLO 13

Revisione e trasparenza dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture private.

L'articolo 13 del disegno di legge interviene sull'accreditamento e il convenzionamento delle strutture private previste dagli articoli 8 e seguenti del d.lgs. n. 502/1992, facendo proprio l'obiettivo indicato dal PNRR ovvero "In ambito sanitario, con riguardo all'erogazione dei servizi a livello regionale, occorre introdurre modalità e criteri più trasparenti nel sistema di accreditamento, anche al fine di favorire una revisione periodica dello stesso, sulla base dei risultati qualitativi ed effettivamente conseguiti dagli operatori". Con la proposta emendativa presentata, ANAAO intende valorizzare il ruolo, le competenze del personale che erogano il servizio all'interno della struttura accreditata e consentire in sede di stipula dell'accordo una valutazione della qualità, costi e sicurezza delle strutture accreditate. L'attenzione delle Istituzioni è stata fino ad ora rivolta prevalentemente al possesso dei requisiti strutturali e alle prestazioni, garantite sotto il profilo di qualità, appropriatezza, sicurezza, remunerazione, trascurando il personale sia nella dotazione qualitativa e quantitativa che nella sua gestione. Gestione che non deve intendersi semplicemente come organizzazione del lavoro e turnistica, bensì come complesso di attività che comprendono reclutamento, selezione, addestramento, formazione, sviluppo, valutazione delle performances, relazioni e piano retributivo. In particolare sulla retribuzione la parte accessoria è legittimamente lasciata alla autonomia imprenditoriale e alla negoziazione aziendale, la parte fondamentale deve trovare un riferimento comune nei diversi contratti trattandosi di una retribuzione per prestazioni pubbliche, remunerate dal SSN in modo analogo al pubblico e al privato, costituendo uno dei requisiti minimi di accreditamento. Diversamente assisteremmo, come avviene oggi, ad una sorta di "dumping salariale" che avvantaggia il privato in una sorta di evidente squilibrio concorrenziale. Il mancato rispetto di questo requisito minimo di accreditamento, oltre a causare estremo disagio nelle con-

dizioni di lavoro del personale con possibili riflessi sulle prestazioni sanitarie, viene a cancellare il principio fondamentale di tutela del lavoro strettamente legato alla garanzia di parità delle condizioni di lavoro tra operatori sanitari, a favore di una libera iniziativa economica in contrasto con le regole del Servizio Sanitario Nazionale.

ARTICOLO 18

Selezione della dirigenza sanitaria

L'articolo 18 del disegno di legge reca una modifica al D.lgs. 30 dicembre 1922, n. 502 in materia di conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale in ottemperanza all'obiettivo del PNRR "intervenire sulla legislazione in materia sanitaria per ridurre i poteri discrezionali eccezionalmente ampi nella nomina dei dirigenti ospedalieri" onde garantire le finalità enunciate nell'articolo 1 del medesimo disegno di legge "migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi pubblici e potenziare la tutela dell'ambiente e il diritto alla salute dei cittadini". In particolare, le modifiche apportate intendono limitare la discrezionalità della scelta da parte del Direttore Generale e garantire l'imparzialità della commissione e una maggiore trasparenza nelle procedure. Esse concernono: la composizione della commissione che procede alla selezione dei candidati; la soppressione della possibilità di scelta (da parte del direttore generale dell'ente o azienda) di un candidato diverso da quello avente il "miglior punteggio" come individuato dalla Commissione stessa; gli elementi da pubblicare sul sito internet dell'ente o azienda prima della nomina.

Sui criteri nomina commissioni.

Per il personale universitario chiamato a dirigere Unità Operative complesse nelle aziende ospedaliero-universitarie, la novella conferma i principi vigenti del tutto differenti da quelli adottati per il personale dipendente del SSN. ANAAO ne richiede la riformulazione prevedendo che i professori universitari chiamati a dirigere le unità operative complesse che erogano attività assistenziali siano individuati con le medesime disposizioni previste per i colleghi ospedalieri.

Sulla commissione.

In base alla novella contenuta nel disegno di legge, la selezione è effettuata dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, due dei quali scelti tra i responsabili di strutture complesse in regioni diverse da quelle in cui abbia sede l'azienda interessata. Una particolare considerazione va effettuata con riguardo alla figura del Direttore sanitario all'interno della Commissione, carica fiduciaria, medico che "dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari". Nell'ambito della Commissione non può essere nominato Presidente e non può essere sostituito; di fatto la sua competenza viene svuotata e qualsiasi suo impedimento rende improcedibile la selezione. Per quanto sopra ANAAO propone di eliminare all'interno della commissione la figura del Direttore Sanitario.

Sulla nomina del candidato

La novella prevede che la commissione, definita la graduatoria, attribuisca a ciascun candidato un punteggio complessivo secondo i criteri fissati preventivamente ed il direttore generale proceda alla nomina del candidato con il miglior punteggio, ovvero alla nomina di quello più giovane di età tra quelli aventi il miglior identico punteggio, restando invece invariate le altre norme sui criteri e le modalità di formazione della graduatoria. Si prevede che nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso di dimissioni o di decadenza del dirigente nominato, si procede alla sostituzione mediante scorrimento della graduatoria. L'individuazione del candidato con il "miglior punteggio", sostanzialmente quello con più titoli e professionalmente più valido, deve tenere conto anche della ratio di individuare il soggetto "più adatto" allo specifico incarico da ricoprire, cioè "alle attitudini necessarie per gestire, organizzare e dirigere il lavoro che afferisce all'incarico da ricoprire". La stessa giurisprudenza più volte ha chiarito che la selezione per la direzione di strutture complesse sia una procedura idoneativa e non concorsuale, in quanto le selezioni tendono a individuare il soggetto più adatto per l'incarico tanto che nei bandi deve essere ampiamente descritto il fabbisogno soggettivo e quello oggettivo dell'incarico da ricoprire. ANAAO pertanto, propone di rivalutare la locuzione "migliore" aggiungendo la possibilità di prendere in considerazione nella scelta le caratteristiche del posto da ricoprire.

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



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



www.anaao.it

RASSEGNA STAMPA QUOTIDIANA

NEWS

SERVIZI

ASSISTENZA LEGALE

POLIZZE ASSICURATIVE

COMUNICATI

CONTRATTO

EVENTI

DALLE REGIONI

ATTIVITÀ PARLAMENTARE

ANAAO GIOVANI

DIRIGENZA SANITARIA

VIDEO

PUBBLICAZIONI

