

3!

dirigenza medica

- 1 Editoriale
Uno statuto nuovo
per tempi nuovi
- 5 Rapporto Agenas
Intramoenia e attività
istituzionale a confronto
- 14 Post Covid
La fine dello stato
di emergenza e le disposizioni
sugli incarichi in essere

Il mensile dell'Anaa Assomed



Anaaio Giovani compie

Tredici!

anni

Un percorso di crescita
sindacale e professionale
vissuto con passione e dedizione

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 aprile 2022

Uno statuto nuovo per tempi nuovi

Il Congresso straordinario dell'Associazione tenutosi a Fiumicino l'8 e 9 aprile è stato sicuramente un congresso sfortunato. Causa, o pretesto, di polemiche furiose che hanno spaccato l'Associazione, ha dovuto anche convivere con i tempi della pandemia, tanto che sembrava bastasse il solo evocarlo per provocare ondate pandemiche, come è accaduto a gennaio, costringendo al rinvio, e ad aprile, quando è stato accompagnato da una ripresa dei contagi e dei ricoveri.

Eppure, per una strana eterogenesi dei fini, un congresso bollato come “inutile”, per usare un eufemismo, rischia di passare alla storia dell'Anaao come uno dei più importanti.

Le polemiche che lo hanno preceduto, e accompagnato, partite da differenti valutazioni sulla tempistica ma presto alimentate dall'eterno conflitto tra periferie e centro, popolo ed élite, hanno prodotto uno spazio digitale fatto di chat e zoom riservati, in un clima da separati in casa. Che si spera dissolto a Congresso concluso, visto che il voto finale ha approvato il testo presentato dalla Commissione Statuto con il 95% dei voti congressuali.

L'onda lunga del regionalismo ci ha raggiunto con un progetto articolato, spuntato come un fungo al di fuori delle riunioni tecniche che si sono tenute, senza ombra di contrasti, per cinque lunghi mesi. Espressione certo di reali dinamiche sociali, che la pandemia ha accentuato ed evidenziato, alla ricerca non solo di più ascolto ma anche di maggiore ruolo decisionale.

Il testo della Commissione Statuto, non esente da alcune criticità come una certa pletoricità degli organismi e una esasperazione della “autonomia organizzativa” dei Settori, approvato senza mai ricorrere al voto, lascia, forse, tutti parzialmente insoddisfatti, come accade nelle migliori contrattazioni. Ma ha il grande merito di mantenere unita l'Associazione intorno alla scelta del suo carattere di sindacato nazionale, rappresentata da un Segretario e da un Esecutivo eletti solo dal Congresso Nazionale che mantiene il ruolo di massimo organo deliberativo, anche per gli organi di garanzia. Facendosi carico, nello stesso tempo, anche degli umori diffusi e del mutamento in atto, mirando a governare i fenomeni per aprire la strada a nuovi equilibri, oggi alla ricerca di nuovi attori ed interpreti.

Rimane il paradosso di uno Statuto che si esercita nella ricerca delle migliori definizioni di improbabili federazioni e fantascientifiche fusioni, mentre il mondo di fuori già vede federazioni e aggregazioni, senza di noi e contro di noi, in una nebulosa di associazionismo giovanile, società scientifiche, ordini professionali. E delle donne che, pur rappresentando la maggioranza degli iscritti, vedono salire la loro presenza in tutti gli organi statuari a un terzo della loro composizione, evitando la limitazione, che volevano alcuni, ai soli organismi esecutivi ma senza raggiungere il traguardo del 40%. Perché “non si trovano donne brave”, mentre, si sa, gli uomini che si trovano sono tutti bravi.

La storia degli individui e delle organizzazioni è fatta di cicli. La stagione di coloro che fecero l'Anaao Assomed grande protagonista della sanità



COSTANTINO TROISE

*Presidente Nazionale
Anaao Assomed*

*Presidente
Commissione Statuto
Congresso Straordinario*

[Segue a pagina 16](#)

Per la sanità spesa in diminuzione dal 2023 con lieve rialzo nel 2025.

Il rapporto con il Pil passa dal 7% del 2022 al 6,2% del 2025

Per l'anno in corso la spesa stimata a fine anno è di 131.710 milioni di euro, più alta del 3% rispetto al 2021. Nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria è prevista decrescere a un tasso medio annuo dello 0,6 per cento; nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media del 3,8%

Il Governo ha approvato il nuovo Documento di Economia e Finanza per il 2022. Per la sanità le informazioni più interessanti sono come sempre quelle inserite nella Sezione II "Analisi e tendenze della finanza pubblica" che riporta la stima della spesa sanitaria per l'anno in corso e le previsioni per il prossimo triennio. Le previsioni, si legge nel documento sono "effettuate sulla base della legislazione vigente" e "assumono come anno di partenza la spesa corrente del 2021 riportata nel Conto economico consolidato della sanità per le amministrazioni pubbliche predisposto dall'Istat nell'ambito dei Conti nazionali". In particolare, spiega ancora il documento, esse "scontano gli oneri legati al rinnovo del trattamento economico del personale dipendente e convenzionato con il SSN per il triennio 2019-2021, le spese per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nonché gli impegni pianificati per rafforzare la performance del SSN, anche in termini di tempestività di risposta rispetto alle emergenze sanitarie".

PREVISIONI PER L'ANNO 2022

La spesa sanitaria prevista per il 2022 è pari a 131.710 milioni, con un tasso di crescita del 3 per cento rispetto all'anno precedente.

Nel dettaglio, la previsione evidenzia:

■ **per i redditi da lavoro dipendenti** un livello di spesa pari a 41.969 milioni, equivalente a una crescita del 9,9% rispetto al 2021. Tale aumento è fondamentalmente dovuto a due ordini di motivi. Il primo concerne i

maggiori costi, preordinati a legislazione vigente, da destinare soprattutto alle assunzioni, ai miglioramenti economici e alla definizione di nuovi ordinamenti professionali. Il secondo, invece, riguarda gli oneri relativi al rinnovo contrattuale per il triennio 2019-2021 del personale non dirigente degli enti del SSN;

■ **per i consumi intermedi** un livello di spesa pari a 43.922 milioni, con un incremento dell'1,8 per cento rispetto al 2021. L'aumento è dovuto ai prodotti farmaceutici per i quali si stima una crescita del 6,9 per cento. Quest'ultima è imputabile alla rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, all'incremento del fondo per il concorso al rimborso dei farmaci innovativi nonché all'ipotesi prudenziale di un minore incasso di pay-back in ragione dei contenziosi amministrativi da parte delle aziende farmaceutiche.

Le altre componenti dei consumi intermedi mostrano, invece, un decremento dello 0,3 per cento. La diminuzione è di fatto attribuibile all'ipotesi di una minore incidenza nel 2022 di costi analoghi a quelli sostenuti nel corso del 2021 dal Commissario di cui all'articolo 122 del decreto legge n. 18 del 202085. Pertanto, al netto della succitata considerazione, il valore delle altre componenti dei consumi intermedi risulta essere superiore a quello registrato nel 2021;

■ **per le prestazioni sociali in natura** corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market un livello di spesa pari a 41.855 milioni, in leggera crescita rispetto all'anno precedente (+0,1%). Con riferimento alle singole componenti dell'aggregato:

● per l'assistenza farmaceutica con-

venzionata è prevista una spesa pari a 7.513 milioni, in crescita del 2,3 per cento rispetto al 2021. In osservanza alle misure di governance previste, l'aumento registrato è sostanzialmente attribuibile alle ulteriori risorse programmate a legislazione vigente al fine di rafforzare la risposta del SSN alle patologie infettive emergenti e ad altre emergenze sanitarie;

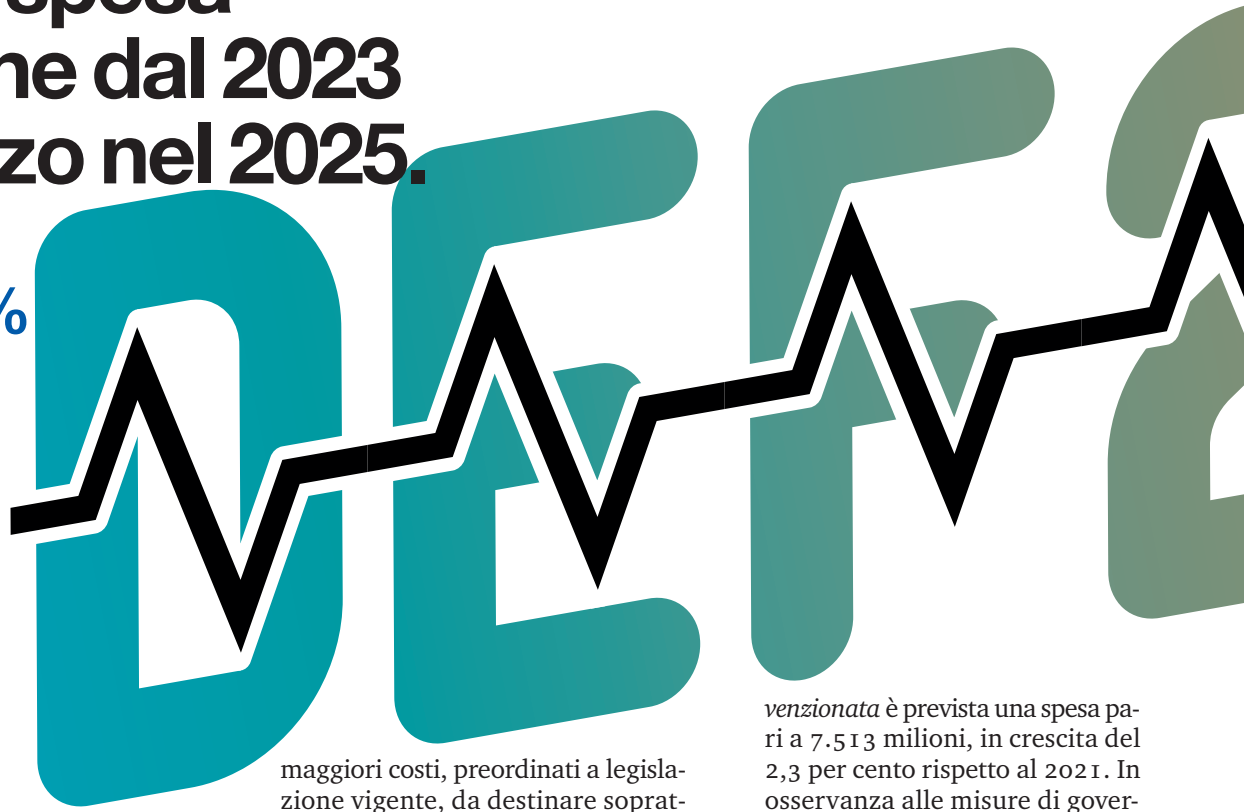
● per l'assistenza medico-generica è prevista una spesa pari a 6.862 milioni, in calo del 4,1 per cento rispetto al 2021. La riduzione è attribuibile alla cessazione di alcuni oneri preordinati per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19. Non sono, inoltre, scontati i costi relativi al rinnovo delle convenzioni per il triennio 2019-2021 in quanto ipotizzate perfezionabili nel 2023;

● per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori market è prevista una spesa pari a 27.480 milioni, leggermente superiore a quella dell'anno precedente (+0,6%), anche alla luce dei maggiori oneri preventivati per il recupero delle liste d'attesa;

■ **per le altre componenti di spesa** è prevista una quantificazione pari a 3.964 milioni. La consistente diminuzione di tale aggregato rispetto al 2021 è essenzialmente legittimata dall'ipotesi di crescita delle poste di sterilizzazione della spesa relative alla produzione di servizi vendibili e alle vendite residuali supponendo una potenziale ripresa dell'ordinaria attività assistenziale delle strutture sanitarie.

PREVISIONI PER IL TRIENNIO 2023-2025

Nel triennio 2023-2025, la spesa sani-





taria è prevista decrescere a un tasso medio annuo dello 0,6 per cento; nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media del 3,8 per cento. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e PIL decresce e si attende, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,2 per cento. La minore spesa riscontrabile nel 2023 è dovuta fundamentalmente al venir meno degli arretrati per il rinnovo del triennio 2019-2021 dei contratti del personale non dirigente degli enti del SSN nonché alla cessazione dei costi analoghi a quelli sostenuti negli anni precedenti dal Commissario di cui all'articolo 122 del decreto legge n. 18 del 2020. I due effetti risultano parzialmente attenuati dai maggiori oneri indotti dal rinnovo dei contratti dei dirigenti degli enti del SSN e delle convenzioni per il triennio 2019-2021.

Nel 2024, invece, la riduzione è attribuibile soprattutto alla mancata imputazione degli arretrati relativi ai contratti e alle convenzioni ipotizzati essere stati perfezionati l'anno precedente.

La previsione riflette anche:

- la dinamica dei diversi aggregati di spesa coerente con gli andamenti medi registrati negli ultimi anni;
- gli interventi di razionalizzazione dei costi già programmati a legislazione vigente;
- la spesa sanitaria corrente per l'attuazione del PNRR;
- la parziale contabilizzazione degli oneri per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN per il triennio 2022-2024 che implicheranno un aumento della spesa successivamente al perfezionamento di tali accordi.

TABELLA III.3-1 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2022 - 2025				
	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria	131.710	130.734	128.872	129.518
In % di PIL	7,0%	6,6%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	3,0%	-0,7%	-1,4%	0,5%

Def 2022 /2

La sanità nel Programma nazionale di riforma: “Un sistema sanitario più efficiente, resiliente e inclusivo”

Come ogni anno il Def contiene anche un capitolo dedicato alle iniziative di riforma nell'agenda di Governo per il rilancio dell'economia del Paese. Alla sanità è dedicato un apposito paragrafo dal titolo “Un sistema sanitario più efficiente, resiliente e inclusivo”, che riportiamo integralmente

La pandemia ha evidenziato il grande valore del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ma ne ha anche messo in luce alcuni limiti e vulnerabilità. In particolare, sono emerse significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, soprattutto in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, tempi di attesa e grado di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali.

Per fronteggiare la situazione di emergenza si è reso necessario un elevato dispendio di risorse finanziarie e strumentali, ma è stata anche stimolata la crescita della sanità digitale, mostrandone le enormi potenzialità. Le restrizioni alla circolazione delle persone hanno accresciuto la consapevolezza dell'importanza di una trasformazione digitale del processo di prevenzione, accesso, cura e assistenza e quindi di un adeguato sfruttamento delle tecnologie

più avanzate, dello sviluppo di elevate competenze digitali, professionali e manageriali, della creazione di nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e di un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

In Italia la spesa sanitaria è stata per lungo tempo inferiore alla media UE, ma le misure emergenziali hanno contribuito a un consistente incremento del livello del finanziamento del SSN. Le CSR del 2020 richiamano la necessità di rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario (in termini di risorse umane e infrastrutture) e di migliorare il coordinamento tra autorità nazionali e regionali.

Al fine di ridurre i divari regionali in ambito sanitario è in corso di approvazione il Programma nazionale ‘Equità nella Salute’ che mira a favorire l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari delle fasce della popolazione in condizioni di difficoltà nelle sette Regioni del Mezzogiorno - Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia - che hanno maggiori difficoltà ad erogare le prestazioni di assistenza, soprattutto alle fasce più vulnerabili.

Il Programma indica quattro priorità di intervento:

- 1 contrasto della povertà sanitaria, per migliorare l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari da parte delle persone vulnerabili, anche con l'erogazione gratuita di farmaci non rimborsati e dispositivi medici extra - livelli essenziali di assistenza (LEA);
- 2 salute mentale;
- 3 salute di genere, per l'identificazione di percorsi integrati di assistenza attenti alle differenze di genere;
- 4 maggiore copertura degli screening oncologici.

Migliorare le capacità infrastrutturali del sistema sanitario è essenziale per rafforzare l'equità del sistema stesso e per accrescere l'accesso alle prestazioni sanitarie. Questo tema è particolarmente urgente se si tiene conto che nel 2020, in Italia, quasi 1 cittadino su 10 ha dichiarato di aver rinunciato - per motivi legati a difficoltà di accesso - a visite o accertamenti, pur avendone bisogno.

Nel 2019 la quota era pari al 6,3 per cento, il che indica che il dato del 2020 è legato alle restrizioni imposte per contenere i contagi durante la pandemia e all'effetto di spiazzamento di altre terapie causato dalla creazione di reparti anti-Covid. Alcune misure varate con il DL ‘Rilancio’ hanno comunque limitato gli impatti negativi dell'epidemia sull'accesso al SSN, consentendo il rinnovo dei piani terapeutici in scadenza, semplificando la distribuzione dei farmaci e le

La sanità nel Programma nazionale di riforma



procedure di rinnovo delle prescrizioni mediche dei farmaci essenziali.

Con lo stesso decreto, che ha finanziato l'incremento di posti-letto di terapia intensiva e subintensiva è stato avviato il rafforzamento strutturale degli ospedali nel SSN, mentre il DL 'Sostegni bis' prima e la Legge di Bilancio per il 2022 poi, sono intervenuti in materia di liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

La Legge di Bilancio per il 2022 agisce anche nel settore dell'assistenza territoriale, incrementando in via permanente il livello del finanziamento per coprire i maggiori costi relativi al fabbisogno aggiuntivo di personale e per potenziare l'assistenza sul territorio attraverso l'implementazione di ulteriori standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici rispetto a quelli previsti dal PNRR.

Inoltre, alle persone in condizioni di non autosufficienza viene garantito l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari per una valutazione multidimensionale dei bisogni attraverso punti unici di accesso (PUA) la cui sede operativa è situata presso le Case della comunità.

La Legge di Bilancio per il 2022 ha, infine, previsto finanziamenti per interventi in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Sulla scorta dell'esperienza acquisita nel periodo più difficile della crisi, il PNRR ha dedicato una intera Missione al settore sanitario (con circa 20,23 miliardi a disposizione nel periodo 2021-2026, comprese le risorse del REACT UE e quelle del Fondo Complementare) concentrandosi in particolare su due aspetti prioritari: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Gli investimenti previsti entro il 2026 potenzieranno i servizi assistenziali territoriali consentendo un'effettiva

esigibilità dei LEA da parte di tutti gli assistiti. Tra gli obiettivi previsti spicca quello di superare la frammentazione e il divario tra i diversi sistemi sanitari regionali e riuscire così a raggiungere il 10 per cento degli assistiti ultrasessantacinquenni tramite assistenza domiciliare integrata in ogni Regione.

In tale ottica muoverà la riforma dell'assistenza territoriale, che definirà requisiti e standard organizzativi, qualitativi e di personale unitari per l'assistenza territoriale, per il monitoraggio degli investimenti regionali per le strutture e le attività del distretto sociosanitario (Case della Comunità, Assistenza Domiciliare Integrata, Ospedali di Comunità).

Per garantire un miglior livello di assistenza sanitaria a tutti i cittadini, nella Missione 6 del PNRR sono previsti inoltre importanti progetti che permetteranno l'innovazione tecnologica e digitale del SSN, attraverso la sostituzione delle tecnologie sanitarie obsolete negli ospedali, con l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale, la sicurezza strutturale degli edifici e il potenziamento dei sistemi informativi e degli strumenti digitali sanitari. Il miglioramento dei servizi digitali riguarderà in modo particolare l'armonizzazione e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per garantire piena accessibilità in tutte le Regioni, sia da parte degli assistiti che degli operatori sanitari, alle sue funzioni chiave.

Si potenzieranno poi le piattaforme nazionali (quali quelle della telemedicina) in modo da assicurare strumenti di programmazione, gestione e controllo uniformi in ogni territorio. Ciò potrà avvenire attraverso il finanziamento di progetti che consentano interazioni medico-paziente a distanza (diagnostica e monitoraggio); la creazione di una piattaforma nazionale per lo screening di progetti di telemedicina; il finanziamento di iniziative di ricerca sulle tecnologie digitali in materia di sanità e assistenza.

La sempre crescente disponibilità di dati sanitari abbinata alle sofisticate tec-

niche di machine learning e intelligenza artificiale abiliterà il modello previsionale non solo a implementare gli scenari di simulazione predefiniti, ma anche ad 'agire proattivamente' nell'individuazione di fenomeni sanitari e serie storiche di dati, intercettando dinamiche anomale e/o fenomeni da attenzionare e approfondire.

Rientra nel PNRR anche il Piano 'Sanità connessa' che prevede la realizzazione entro il 2026 di infrastrutture digitali all'avanguardia anche nelle strutture sanitarie (per dettagli si veda il paragrafo 'Digitalizzazione e infrastrutture per le comunicazioni avanzate'). **La resilienza del SSN è legata, in termini di offerta, al personale medico e infermieristico**, che negli ultimi dieci anni si è fortemente ridimensionato (nella componente a tempo indeterminato) richiedendo – nel periodo emergenziale – l'utilizzo di procedure straordinarie di reclutamento.

Un'innovazione rilevante, in tal senso, è l'introduzione della **laurea abilitante** con cui si facilita l'accesso alla professione medica incrementando, al contempo, l'offerta di personale. In tale contesto, nell'ambito del PNRR, sono stati stanziati oltre 700 milioni per la formazione di professionisti sanitari.

A dicembre 2021 è stato conseguito un primo importante traguardo del PNRR con l'adozione del Piano di riorganizzazione delle strutture sanitarie per l'emergenza pandemica, con cui viene reso operativo il processo di adeguamento dei sistemi sanitari regionali avviato dalle Regioni nel 2020. I numerosi progressi che sono stati realizzati in questo ambito hanno modificato, in alcuni casi in maniera radicale, il servizio sanitario in Italia.

Molti passi restano da compiere, ma una corretta attuazione degli investimenti e delle riforme previste nel PNRR potranno dotare il Paese di un sistema assistenziale capillare e moderno. In futuro queste misure dovranno essere accompagnate da una attenzione costante al capitale umano, in coerenza con i fabbisogni, favorendo l'incremento del

“
Gli investimenti previsti entro il 2026 potenzieranno i servizi assistenziali territoriali consentendo un'effettiva esigibilità dei LEA da parte di tutti gli assistiti

INTRA MOENIA

ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

Intramoenia e attività istituzionale a confronto

La fotografia l'ha scattata Agenas nel suo report che mette a confronto i volumi di prestazioni sanitarie svolte in intramoenia rispetto a quelli assicurati dall'attività istituzionale di Asl e ospedali

È stato recentemente divulgato l'ultimo rapporto di Agenas sull'attività libero professionale intramuraria (Alpi) che ha l'obiettivo primario di verificare la gestione della libera professione in relazione al quadro generale dell'attività sanitaria istituzionale con particolare riferimento al rapporto tra le due attività che per legge non può essere sbilanciato a favore dell'intramoenia. Il report si basa su un monitoraggio, co-

me indicato dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, svolto secondo le "Linee guida per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria", predisposte da Agenas in collaborazione con il Ministero della Salute, Cittadinanzattiva, Iss ed esperti delle Regioni e Province Autonome.

Sotto la lente l'attività di prenotazione di 69 prestazioni (erano 43 fino al 2019), di una settimana indice. Non solo, per indagare sul grado di maturazione e di sviluppo dei diversi sistemi regionali, sono analizzati i risultati complessivi su 12 indicatori selezionati (3 regionali e 9 aziendali). Ebbene, se la situazione a livello medio nazionale sulla base degli indicatori di monitoraggio di Agenas rileva che nes-

N° di prenotazioni rilevate delle diverse tipologie nel monitoraggio nazionale ALPI effettuate nei monitoraggi di gennaio, Luglio e ottobre 2020 (Dati per Regione e totale Nazionale)

MONITORAGGIO	gennaio 2020						luglio 2020						ottobre 2020					
	Tipologia 1	Tipologia 2	Tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3	tipologia 1	tipologia 2	tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3	tipologia 1	tipologia 2	tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3
ABRUZZO	2.263	0	0	100%	0%	0%	1.312	0	0	100%	0%	0%	1.450	0	0	100%	0%	0%
BASILICATA	432	295	0	59%	41%	0%	444	316	0	58%	42%	0%	490	208	0	70%	30%	0%
CALABRIA	1.032	181	58	81%	14%	5%	458	237	0	66%	34%	0%	604	275	8	68%	31%	1%
CAMPANIA	2.070	1.403	363	54%	37%	9%	1.781	1.428	349	47%	38%	15%	762	1.265	180	35%	57%	8%
EMILIA-ROMAGNA	14.835	0	0	100%	0%	0%	10.857	0	0	100%	0%	0%	10.904	0	0	100%	0%	0%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	4.602	0	0	100%	0%	0%	2.895	0	0	100%	0%	0%	2.436	0	0	100%	0%	0%
LAZIO	5.292	579	590	82%	9%	9%	3.875	742	50	83%	16%	1%	3.862	550	135	85%	12%	3%
LIGURIA	3.266	836	0	80%	20%	0%	1.674	901	18	65%	35%	1%	1.848	956	4	66%	34%	0%
LOMBARDIA	16.569	0	0	100%	0%	0%	11.910	0	0	100%	0%	0%	11.281	0	0	100%	0%	0%
MARCHE	6.083	0	0	100%	0%	0%	4.609	0	0	100%	0%	0%	4.725	0	0	100%	0%	0%
MOLISE	148	0	15	91%	0%	9%	60	0	0	100%	0%	0%	87	0	26	77%	0%	23%
P. A. BOLZANO	297	0	0	100%	0%	0%	43	0	0	100%	0%	0%	50	0	0	100%	0%	0%
P. A. TRENTO	2.371	0	0	100%	0%	0%	1.724	0	0	100%	0%	0%	1.754	0	0	100%	0%	0%
PIEMONTE	4.297	3.973	107	51%	47%	1%	2.312	2.780	167	44%	53%	3%	1.915	2.959	81	39%	60%	2%
PUGLIA	3.001	496	0	86%	14%	0%	2.321	579	0	80%	20%	0%	3.033	1.076	0	74%	26%	0%
SARDEGNA	1.722	254	0	87%	13%	0%	964	385	0	74%	26%	0%	1.070	249	0	81%	19%	0%
SICILIA	3.628	90	34	97%	2%	1%	2.324	96	17	95%	4%	1%	2.200	181	38	91%	7%	2%
TOSCANA	12.924	0	0	100%	0%	0%	11.041	0	0	100%	0%	0%	10.796	0	0	100%	0%	0%
UMBRIA	1.447	726	0	67%	33%	0%	1.236	580	0	68%	32%	0%	1.019	641	0	61%	39%	0%
VALLE D'AOSTA	307	0	0	100%	0%	0%	252	0	0	100%	0%	0%	360	0	0	100%	0%	0%
VENETO	10.214	0	0	100%	0%	0%	10.197	0	0	100%	0%	0%	12.654	3	0	100%	0%	0%
ITALIA	96.300	8.833	1.167	91%	8%	1%	72.289	7.994	801	89%	10%	1%	73.300	8.343	472	89%	10%	1%

Tipologia di erogazione

1 Erogate in ALPI esclusivamente all'interno degli spazi aziendali (entro le mura, comprendendo in questa tipologia anche l'attività svolta negli spazi in locazione) (1)

2 Erogate in ALPI all'esterno degli spazi aziendali (che comprende l'attività svolta in studi privati collegati in rete e l'attività svolta presso altre strutture pubbliche attraverso la stipula di convenzioni) (2)

3 Erogate in ALPI in via residuale, in studi privati ancora eccezionalmente in corso di collegamento in rete (3)

**INTRA
MOENIA**

suna prestazione in intramoenia supera in numeri quelle erogate in regime istituzionale, ci sono alcune situazioni in 13 regioni dove, per alcune prestazioni, l'intramoenia supera in volumi l'attività istituzionale, a volte addirittura di tre volte.

Tornando al livello medio nazionale il rapporto tra i volumi di visite specialistiche erogate in Alpi e i volumi di prestazioni erogate in regime istituzionale registra, a livello nazionale, valori compresi tra il 3% (visita fisiatrica e visita oncologica) e il 29% (visita ginecologica), mentre quello tra i volumi di prestazioni strumentali – diagnostica per immagini – altri esami specialistici ha valori compresi tra l'1% (TC, elettrocardiogramma dinamico (holter), Elettromiografia, mammografia monolaterale, RM, spirometria globale) e il 42% (ecografia ginecologica).

Quanto il ricorso all'intramoenia sia collegato a una libera scelta del cittadino o al problema delle liste d'attesa il report Agenas non dice ma in ogni caso evidenzia che la maggior parte delle richieste di intramoenia riguardano le visite specialistiche (rispetto alle prestazioni diagnostiche) che rappresentano circa il 78% del totale.

Le visite più prenotate in intramoenia sono: la visita cardiologica (12.477 prenotazioni a gennaio 2020, 9.695 a luglio 2020 e 9.888 ad ottobre 2020), 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).

Mentre 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).

A fronte di questi dati i tempi di attesa rilevati da Agenas sono inferiori ai 10 giorni per circa il 57,1% delle prenotazioni, tra gli 11 e i 30/60 giorni per il 28,4% delle prestazioni richieste (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale) mentre si va oltre il 30/60 giorni nel 14,5% dei casi.

Il rapporto affronta anche il tema della gestione dell'intramoenia rilevando che nel 2020, il 91% dell'attività libero professionale, si è svolta esclusivamente in Azienda (era al 90% nel 2019), l'8% in studi privati collegati in rete o in altre strutture pubbliche con convenzione, come previsto dalla legge e solo un residuale 1% insiste ancora in studi non ancora collegati in rete, una criticità circoscritta in sei Regioni, in particolare in Campania (17%) e in Molise (12%), Lazio (5%), Piemonte e Calabria (2%), Sicilia (1%).

Le differenze regionali divergono in particolare nella gestione dell'agenda per la prenotazione delle prestazioni. In 11 Regioni e Pa (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Bolzano, Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) le prenotazioni avvengono esclusivamente attraverso il Cup, si scende all'80% in 7

**ATTIVITÀ
ISTITUZIONALE**

Regioni (Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Sardegna e Sicilia), mentre nelle restanti realtà, nella ultima rilevazione di ottobre 2020, le percentuali di utilizzo oscillano tra il 60% e il 70% (Piemonte, Liguria e Molise).

Solo 14 le Regioni sono state adempienti sul fronte dei requisiti richiesti per pianificazione, coordinamento, valutazione e controllo dell'Alpi (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto), mentre solo la regione Marche ha raggiunto la completa adempienza a tutti i requisiti aziendali richiesti per far funzionare la libera professione intramoenia.

Il Report, come già evidenziato nell'ultima Relazione al Parlamento conferma comunque la forte riduzione dei volumi di prestazioni sia in regime Istituzionale

[Segue a pagina 11](#)

Percentuale di prestazioni prenotate secondo la tipologia di agenda utilizzata
(monitoraggi nazionali di ottobre 2019 e gennaio, luglio e ottobre 2020)

Regione	ott-19				gen-20				lug-20				ott-20							
	Totale numero prenotazioni	1	2	3	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	
Abruzzo	1.958			100,0%	2.263			100,0%		1.312			100,0%		1.450			100,0%		
Basilicata	898			100,0%	727			100,0%		760			100,0%		698			100,0%		
Calabria	1.345	14,1%		85,9%	1.271	5,5%		94,7%		695	17,4%		82,6%		887	17,0%		83,0%		
Campania	4.302	17,1%	0,7%	82,2%	0,0%	3.836	11,3%	0,5%	88,2%	0,0%	3.758	8,8%	0,3%	90,8%	2.207	2,5%		97,5%		
E-R	14.499			85,2%	14,8%	14.335			84,5%	15,5%	10.857			89,6%	10,4%	10.904			89,2%	10,8%
FVG	3.389			100,0%	4.602			100,0%		2.895			100,0%		2.436			100,0%		
Lazio	6.965	6,5%	0,5%	92,9%		6.461	7,5%	0,5%	92,3%	0,0%	4.667	18,0%	0,3%	86,5%	0,2%	4.547	11,5%	5,7%	82,8%	
Liguria	2.974		1,4%	65,4%	33,2%	4.102		0,6%	73,5%	26,0%	2.593	0,5%	5,0%	59,4%	35,1%	2.808			67,3%	32,7%
Lombardia	15.383	0,8%		93,6%	6,1%	16.569	0,4%		94,2%	5,4%	11.910	0,5%		92,7%	6,6%	11.281	0,1%	0,9%	91,7%	7,3%
Marche	6.037			100,0%	6.083			100,0%		4.609			100,0%		4.725			100,0%		
Molise	326	25,8%		74,2%		163	39,3%		60,7%		60			100,0%	113	35,4%		64,6%		
PA di BZ*	316			100,0%	297			100,0%		43			100,0%		50			100,0%		
PA di TN	1.099			100,0%	2.371			100,0%		1.724			100,0%		1.754			100,0%		
Piemonte	8.020			69,3%	30,7%	8.377	0,5%		68,9%	30,8%	5.259			67,4%	32,6%	4.935			63,4%	36,6%
Puglia	3.346			100,0%	3.497			100,0%		2.900			100,0%		4.109			100,0%		
Sardegna	1.872			88,6%	11,4%	1.976			84,3%	15,7%	1.299			92,8%	7,2%	1.319			81,3%	18,7%
Sicilia	3.645	11,1%	1,2%	87,7%	0,0%	3.752	14,8%	1,4%	83,8%		2.437	4,0%	0,5%	95,6%	2.419	8,8%	1,4%	89,7%		
Toscana	12.020			100,0%	12.924			100,0%		11.041			100,0%		10.796			100,0%		
Umbria	2.084			100,0%	2.173			100,0%		1.816			100,0%		1.660			100,0%		
VdA	343			100,0%	307			100,0%		252			100,0%		360			100,0%		
Veneto	10.531			100,0%	10.214			100,0%		10.197			100,0%		12.657			100,0%		
Italia	101.352	1,9%	0,1%	91,3%	6,7%	106.300	1,6%	0,1%	91,6%	6,7%	81.084	1,5%	0,2%	92,5%	5,7%	82.115	1,2%	0,5%	92,2%	6,1%

Tipologie

1 Agenda cartacea gestita dal professionista

2 Agenda cartacea gestita dalla struttura

3 Agenda gestita dal sistema Cup

4 Altro

Anaao Giovani compie

Tredici!

anni

**Un percorso di crescita sindacale
e professionale vissuto con passione
e dedizione**

Alla vigilia della IV Conferenza Nazionale del Settore nato nel 2009, abbiamo raccolto alcune testimonianze dei protagonisti dell'ultimo quadriennio 2018-2022. Emerge forte dalle loro dichiarazioni la consapevolezza di far parte di una squadra dove la condivisione e la partecipazione sono il motore per tutelare i diritti dei giovani colleghi e costruire la nuova classe dirigente



**PIERINO
DI SILVERIO**
Responsabile
Nazionale Anaao
Giovani

26 giugno 2018, una data che ricorderò. Nasce il mio primo figlio.

Contestualmente, come se non bastasse, mi viene affidata una carica complessa, onorevole, impegnativa, proprio alla soglia dei 40 anni: Responsabile Nazionale del Settore Anaao Giovani.

Una sfida, mi dico. Ho ancora forze da impiegare? Di sicuro.

Poche ore e vengo immediatamente catapultato in un mondo parallelo. Ricordo la prima riunione del nuovo gruppo di quasi perfetti sconosciuti. Siamo tutti più o meno coetanei e l'età media non è proprio bassa, molti di noi sanno già che non ci sarà un secondo mandato nel Settore. Paradossalmente quello che avrebbe dovuto essere un primo limite si trasforma immediatamente in una prima acquisizione di consapevolezza.

Il settore, comprendiamo subito, è ancora agli albori, ma prima di tutto oc-

corre interessare i 'veri giovani', quelli che avremmo poi imparato a definire la 'cantera' dell'Anaao. E così inizia l'avventura.

Il ricordo successivo risale a qualche giorno fa, quando mi viene chiesto, alla vigilia del tredicesimo compleanno del Settore, del mio mondo parallelo, di raccontare questa esperienza.

4 anni, un'eternità, un battito di ciglia. In mezzo tanti flash. Ripercorro, come solitamente avviene quando si fa un resoconto, le tappe, e con qualche magone rivedo i volti dei tanti compagni di viaggio. Mi rendo conto che solo 4 anni fa non conoscevo quasi nessuno di quanti oggi sono diventati amici prima che colleghi. E capisco cosa è Anaao.

Anaao è prima di tutto condivisione, unione, costruzione, partecipazione. Guardo con occhi diversi allora i dirigenti sindacali e capisco. Vedo con occhi diversi tutta l'Associazione. Capisco



qual è la differenza tra l'Anaa e gli altri. Capsico a cosa dobbiamo puntare. Al di là di diversità di vedute personali, politiche, al di là degli scontri e degli incontri, al di là del bene e del male, esiste quello sguardo tra chi l'Anaa l'ha vissuta e la vive, sguardo che nasconde affetto profondo, amicizia, condivisione di anni passati insieme, sguardo che nasconde senso di appartenenza. Mi guardo un po' intorno e vedo che chi entra in Anaa ne esce, e non sempre, alla pensione, insomma un po' come un matrimonio, 'sindacale', *finché morte non ci separi*.

Ecco potrei fermarmi qui. Ma dimenticavo il resoconto.

Dire che questi 4 anni siano stati facili sarebbe ipocrita, dire che la strada è stata in discesa lo sarebbe altrettanto.

Nel 2018 il settore giovani era ancora in una lenta ricerca di personalità, stava ancora cercando la strada da intraprendere, proprio come un giovane ragazzo che non sa ancora bene cosa farà da grande.

Andava guidato, gestito, consigliato, portato per mano verso un'integrazione necessaria e imprescindibile con l'esperienza, la competenza, la partecipazione. Impresa ardua.

In questo percorso poi a far compagnia a quel giovane virgulto è arrivato un nemico, il COVID-19. Costantemente al fianco, molte volte di fronte a barrare la strada alla crescita, alla costruzione di rapporti, all'acquisizione di competenze, alle esperienze che in questa fase sono davvero punto di partenza per

un percorso di crescita e maturazione che ha bisogno dei suoi tempi.

Ma quel ragazzo, il settore Anaa Giovani, è riuscito a convivere con il nemico, sfruttando i limiti imposti e trasformandoli in opportunità.

4 anni: 26 comunicati, 16 iniziative, 9 studi, 9 incontri con Parlamentari e Ministri, soprattutto 4 anni di costanti battaglie al fianco dei giovani medici. 4 anni in cui il settore si è inventato un nuovo modo di comunicare, di agire, di farsi sentire. La legge Madia sulle stabilizzazioni, il Decreto Calabria per i medici in formazione, la Legge sulle aggressioni, la tutela delle donne durante la pandemia, dei diritti inalienabili, degli specializzandi, e poi la costante ricerca di colloqui, collaborazione con chi dell'Anaa rappresenta la storia, l'azione, la competenza.

Infine il rapporto sempre più stretto con le Associazioni di specializzandi che ci ha portato a un protocollo di intesa con la più numerosa associazione italiana di medici in formazione ALS. Siamo così entrati finalmente nelle Università, nei luoghi che solo fino a qualche anno fa risultavano inaccessibili al sindacato. Oggi lo specializzando finalmente ci vede come riferimento, e i numeri lo dimostrano. Siamo passati da solo 230 iscritti nel 2018 a 1.400 iscritti specializzandi oggi.

E così quell'obiettivo che ci prefissammo la prima volta che ci siamo visti e conosciuti, inizia a prender forma.

Ma Anaa Giovani non è stata solo specializzandi e formazione, è stata anche

Iscritti specializzandi

2018

230

2021

1.400

costantemente rivolta a chi nel sistema sanitario era appena entrato, e a chi dal sistema rischiava di uscire.

E poi il nuovo contratto, criticato, ancora in parte non applicato in periferia, ma che contiene per la prima volta norme per le nuove generazioni.

Tutto questo non sarebbe stato possibile senza il supporto e la guida di chi l'Anaa la gestisce e la fa crescere. Una squadra di potenza impressionante che talvolta resta anche vittima della propria forza ideativa e propositiva, ma che quando si muove fa tanto rumore.

Di sicuro, tra qualche digestione lenta del Settore, il risultato vero di questi 4 anni è stato aver iniziato il percorso di crescita di tanti colleghi nell'ambito di un'Associazione eclettica, eterogenea ma pulita, trasparente. Aver avuto costantemente al fianco i Segretari regionali, aver potuto condividere iniziative, strategie, o anche solo idee con i rappresentanti nazionali e regionali dell'Anaa è stato un vero onore, è stata la vera grande soddisfazione di questo percorso.

I numeri poi parlano in maniera inequivocabile.

Da circa 2.000 iscritti del 2018 siamo oggi arrivati a oltre 4.000 ed è un numero dinamico. Ogni anno, nonostante il Covid abbiamo avuto un incremento netto di iscritti pari a 1300 unità. Più di 5000 giovani popolano oggi il nostro sindacato.

Più di 5.000 giovani chiedono risposte quotidianamente sui temi più vari, più di 5000 giovani colleghi vedono l'Anaa come punto di riferimento, porto sicuro cui approdare nei momenti di difficoltà.

Potrebbero essere di più? Ma certo.

Potevamo fare di più? Sicuramente.

Di certo però abbiamo costruito un patrimonio insieme a una squadra che è maturata nel tempo.

Sarà compito della prossima squadra contribuire a non perderlo ma incrementarlo, sarà compito dei prossimi Segretari regionali e Nazionale continuare su quella strada tracciata in questi anni, con sacrificio, consapevolezza, umiltà.

Concludo condividendo una frase di Madre Teresa di Calcutta che ha un significato profondo e che spero possa aiutarci nel proseguire un lavoro solo agli inizi che tutti insieme porteremo a termine, assicurare il futuro alla nostra Associazione, senza perdere di vista il presente e il passato.

"Ciò che stiamo facendo è solo una goccia nell'oceano. Ma se quella goccia non fosse nell'oceano, credo che l'oceano sarebbe più piccolo".

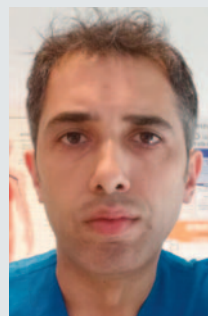
Tredici!

anni



ENRICO ALAGNA
Responsabile
Anaaio Giovani
Sicilia

La mia militanza in Anaaio come responsabile del Settore in Sicilia mi ha portato spesso a confrontarmi per lo più con giovani specializzandi, i quali alla domanda cosa significasse “fare parte di un sindacato” e quale valore gli attribuivano rispondevano di non reputarlo uno strumento per la salvaguardia dei diritti del lavoratore. Un’osservazione che riflette con chiarezza l’assenza strutturale del sindacato tra le fila delle nuove generazioni, spia di un cambiamento culturale confermato anche dalla difficoltà di fare nuovi iscritti. Da questa esperienza ho maturato la convinzione che il sindacato deve ripensare il suo ruolo per conservare un valore autorevole nella società economica e civile, altrimenti l’indifferenza diverrà il fattore con cui convivere stabilmente nel futuro. Ci sono stati comunque tanti i momenti di confronto con i giovani colleghi ai quali ho sempre cercato di far riconoscere i loro diritti.



VINCENZO COSENTINI
Responsabile
Anaaio Giovani
Veneto

Ho vissuto la mia esperienza di Responsabile regionale Anaaio Giovani Veneto in un periodo significativo per il nostro sindacato, sin dai festeggiamenti per i 60 anni dalla sua nascita, passando per uno stallo traumatico delle relazioni sindacali legate alla tragica pandemia virale in cui si è in parte riscritto e si sta riscrivendo la storia e le regole del nostro SSN.

Anaaio Giovani ha permesso di arricchire il mio percorso formativo sindacale, anche attraverso un confronto con altre realtà regionali italiane. Ho avuto l’opportunità di partecipare ad alcuni studi con valenza nazionale, collaborare alla stesura di articoli pubblicati sul mensile *Dirigenza Medica*, ho imparato a scrivere comunicati stampa, partecipato a seminari. Ma soprattutto ho potuto tessere una tela di relazioni sociali che mi hanno permesso di poter vedere il nostro sistema sanitario con una lente di ingrandimento nazionale.



GEMMA FILICE
Responsabile
Anaaio Giovani
Calabria

La mia storia in Anaaio Giovani è iniziata con un sogno: quello di dare voce e dignità ai giovani medici. Medici spesso invisibili, con gli occhi spenti dalla stanchezza e dallo scoraggiamento, specializzandi, donne, giovani genitori. Nel sindacato ho trovato un gruppo con cui condividere quel sogno. Abbiamo portato avanti tante battaglie, dalla stabilizzazione dei precari, all’orario di lavoro, al riconoscimento dei diritti degli specializzandi. Di strada ne abbiamo fatta tanta, anche durante la pandemia siamo stati gli unici accanto agli altri nel confrontarci con un’emergenza che andava ben oltre la nostra immaginazione. Sono stati anni intensi, di lavoro, di impegno, di crescita e di formazione. Anni che parlano di un gruppo che ha trovato la forza di lottare per un sogno pur in mezzo a tante difficoltà.



MARIA GABRIELLA COPPOLA
Responsabile
Anaaio Giovani
Campania

La vicinanza ai colleghi attraverso un rapporto basato sulla fiducia e sulla reciproca stima; la linearità e la lealtà nei rapporti singoli e di gruppo; l’unità di azioni e di intenti in attività partecipative e propositive di gruppo. Sono questi gli elementi che hanno positivamente accompagnato nel tempo sia le fasi attuative delle nostre proposte programmatiche di mandato sia le fasi gestionali di datate e/o nuove problematiche della categoria. Ritengo giusto riferire che questi elementi hanno anche arricchito, quali silenziosi quanto efficaci contributori, nel corso dell’ultimo quadriennio, la mia formazione personale come quella di tanti altri Giovani Anaaio Campania con sviluppi di maggiori conoscenze e competenze in ambito sindacali/contrattuali funzionali allo svolgimento del proprio operato professionale, corredandola di un “valore aggiunto”.

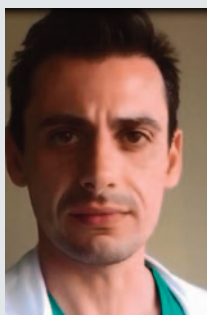
“

Ciò che stiamo facendo è solo una goccia nell’oceano. Ma se quella goccia non fosse nell’oceano, credo che l’oceano sarebbe più piccolo

Tredici! anni



Due considerazioni: la gratitudine verso chi ha scommesso in noi e la coscienza di continuare l'attività sindacale con dedizione e passione



FABRIZIO MEZZASALMA
Direttivo Nazionale Anaaio Giovani

Anaaio Giovani è confronto, solidarietà e crescita. L'esperienza nel Direttivo del Settore è stata coinvolgente e formativa, conducendomi a un passaggio chiave di nuova consapevolezza della professionalità e dell'impegno sindacale.

Alla fine del mandato prevalgono due considerazioni: la gratitudine verso chi ha scommesso in noi e la coscienza di continuare l'attività sindacale con dedizione e passione.



VINICIO RIZZA
Responsabile Anaaio Giovani Abruzzo

La mia esperienza in Anaaio Giovani si può riassumere in un semplice concetto: consapevolezza di far parte di una squadra.

Una squadra dove si è condivisa una progettualità per il raggiungimento di target finalizzati a combattere tutto ciò che non permette ai giovani medici di lavorare in modo sicuro e valorizzante, dove si impara a prendere senza paura le proprie responsabilità ed essere orgogliosi nell'affrontare problemi comuni trovandone le soluzioni.

Una squadra in cui se si perde non si è mai soli, ma si ha sempre la possibilità di avere la condivisione di un impegno continuo finalizzato alla concretizzazione di quel tentativo di miglioramento che permette di affrontare le fatiche quotidiane e, perché no, anche di sognare. Non esiste concretizzazione che non sia figlia di potenzialità.

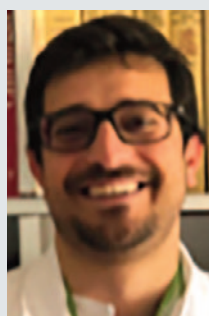


SILVIA PORRECA
Responsabile Anaaio Giovani Puglia

La mia esperienza sindacale maturata in questi 4 anni da Responsabile Anaaio Giovani Puglia assieme al coordinamento della macroarea del sud Italia, la definirei estremamente formativa e stimolante.

È stata una crescita esponenziale grazie alle conoscenze acquisite durante il percorso fatto in Anaaio Giovani. La creazione di un team affiatato e ben coordinato, punto costante di riferimento anche durante la pandemia, ci ha permesso di lavorare unitamente e di portare a termine i nostri numerosi progetti con una importante cassa di risonanza mediatica.

Concludo la mia esperienza auspicando di poter proseguire il mio impegno sindacale ed il percorso di crescita avviato.



ALDO ROCCA
Responsabile Anaaio Giovani Molise

I cardini della mia esperienza in Anaaio Giovani Molise sono ben chiari. La presenza del Settore ha permesso a ognuno di noi di poter assumere rilievo e autorevolezza sindacale sia nei confronti delle aziende ospedaliere che all'interno del consiglio regionale. Si è moltiplicato così il numero degli iscritti giovani, offrendo loro un riferimento sindacale e favorendo la nostra maturazione all'interno della dirigenza Anaaio, perché crescere vuol dire anche assumersi responsabilità. Il confronto continuo tra i vari responsabili regionali giovani ha permesso un continuo e mutuo scambio di esperienze e competenze, ottimizzando i processi e moltiplicando i risultati ottenuti. Inoltre la possibilità di vedere un percorso di crescita sindacale dedicato agli under 40 incoraggia molti all'impegno e al lavoro, facendo da volano anche per i non più giovanissimi.



Segue da pagina 6

zionale che in Alpi dal 2019 al 2020 come conseguenza della pandemia e della riduzione complessiva delle prestazioni: nello specifico nel 2019 le prestazioni erogate in Alpi erano 4.765.345 e quelle in Istituzionale 58.992.277, mentre nel 2020 quelle erogate in intramoenia sono state 3.204.061 e quelle erogate in istituzionale 43.398.623, con un calo, rispettivamente, del 32,7% e del 26,4%.

Ma vediamo nel dettaglio gli altri dati emersi nel 2020

Molte Regioni hanno mostrato segnali di un progressivo adeguamento agli adempimenti normativi, in quanto l'utilizzo di studi privati non ancora collegati in rete sembra quasi totalmente superata. Considerando i tre monitoraggi insieme (gennaio, luglio, ottobre 2020) 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 in sei Regioni (Calabria 2%, Campania 17%, Lazio 5%, Molise 12%, Piemonte 2% e Sicilia 1%) l'attività viene svolta ancora presso studi non ancora collegati in rete.

Analisi dei volumi e rapporto Alpi/Istituzionale

Dall'analisi del rapporto percentuale tra visite specialistiche eseguite in Alpi e quelle effettuate in attività istituzionale emerge che per la maggior parte (8 visite sulle 14 rilevate) la percentuale di ricorso alla libera professione è rimasta pressoché identica, mentre per

6 visite è invece lievemente aumentato (cardiologica, neurologica, fisiatrica, oncologica, pneumologica, gastroenterologica).

Il rapporto tra i volumi di visite specialistiche erogate in Alpi e i volumi di quelle erogate in regime Istituzionale registra, a livello nazionale, valori compresi tra il 3% (visita fisiatrica e visita oncologica) e il 29% (visita ginecologica), mentre quello tra i volumi di prestazioni diagnostiche ha valori compresi tra l'1% (TC, elettrocardiogramma dinamico (holter), Elettromiografia, mammografia monolaterale, RM, spirometria globale) e il 42% (ecografia ginecologica). La prestazione più gettonata in Alpi, come per il 2019, continua ad essere la visita cardiologica (402.829), seguita dalla ginecologica (364.522), da quella ortopedica (303.843) e dalla visita oculistica (242.511). Nel 2020 l'elettrocardiogramma (3.474.291) è la prestazione più erogata in attività istituzionale, seguita dalla visita oculistica (2.917.910), da quella cardiologica (2.657.571) e dalla visita ortopedica (2.640.968).

Agende di prenotazione, è il Cup il più utilizzato. Nel 2020 la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema Cup, con percentuali superiori al 90% in tutti i monitoraggi.

In particolare, nel 2020 si conferma che 11 Regioni/PA (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) utilizzano esclusivamente questo sistema. Per 7 Regioni (Calabria, Campania,

Rapporto Alpi/istituzionale a livello regionale.

In 13 regioni su 21 sono state rilevate alcune situazioni in cui il rapporto è superiore al 100% ma la situazione è comunque molto variegata tra una Regione e l'altra e all'interno della stessa regione.

Alcuni esempi:

■ **visita cardiologica/ elettrocardiogramma:** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Marche dal 182% nel 2019 al 82% nel 2020 mentre si registra un peggioramento in un'azienda della Regione Campania dal 72% nel 2019 al 206% nel 2020;

■ **visita chirurgia vascolare:** in un'azienda campana ed in una piemontese si nota un miglioramento passando dal 124% nel 2019 al 4% nel 2020 e dal 115% nel 2019 al 98% nel 2020;

■ **visita endocrinologica:** in un'azienda della Regione Sicilia il rapporto Alpi/Istituzionale passa dal 70% nel 2019 al 296% nel 2020;

■ **visita neurologica:** in Sicilia un'azienda mostra un peggioramento passando dal 43% nel 2019 al 112% nel 2020;

■ **visita ortopedica:** in un'azienda della Regione Campania il rapporto Alpi/Istituzionale è 114% nel 2019 e 107% nel 2020 mentre in un'azienda della Regione Marche il rapporto passa dal 72% nel 2019 al 137% nel 2020;

■ **visita ginecologica:** si nota un miglioramento in 8 aziende:
- una della Regione Abruzzo dal 101% nel 2019 al 85% nel 2020;
- una della Regione Lombardia dal 117% nel 2019 al 85% nel 2020;
- tre aziende umbre rispettivamente dal 112% nel 2019 al 49% nel 2020, dal 207% nel 2019 al 135% nel 2020 e dal 150% nel 2019 al 101% nel 2020;
- un'azienda piemontese dal

108% nel 2019 al 107% del 2020;

- una della Regione Sicilia dal 138% nel 2019 al 51% nel 2020;

- un'azienda veneta dal 103% nel 2019 al 71% nel 2020; mentre si registra un peggioramento in 7 aziende:

- un'azienda della Basilicata dal 80% nel 2019 al 119% nel 2020;

- un'azienda della Regione Emilia-Romagna dal 75% nel 2019 al 114% nel 2020;

- due aziende della Lombardia dal 96% nel 2019 al 147% nel 2020 e dal 25% nel 2019 al 119% nel 2020;

- un'azienda marchigiana dal 43% nel 2019 al 125% nel 2020;

- un'azienda del Piemonte dal 73% nel 2019 al 110% nel 2020;

- un'azienda siciliana dal 52% nel 2019 al 167% nel 2020;

■ **visita otorinolaringoiatrica:** si registra un peggioramento in 4 aziende:

- una della Regione Calabria dal 64% nel 2019 al 103% nel 2020;

- un'azienda campana dal 52% nel 2019 al 106% nel 2020;

- una della Regione Piemonte dal 77% nel 2019 al 127% nel 2020;

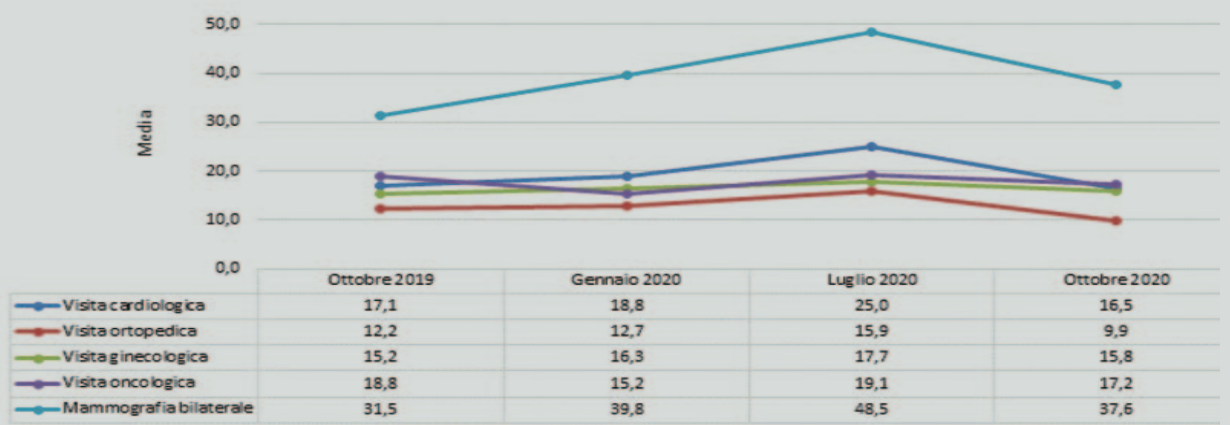
- un'azienda siciliana dal 108% nel 2019 al 162% del 2020;

■ **visita urologica:** si evidenzia un miglioramento in 2 aziende:

- una della Regione Campania dal 110% nel 2019 al 50% nel 2020;

- una umbra dal 125% nel 2019 al 69% nel 2020; mentre si registra un peggioramento in un'azienda marchigiana dal 147% nel 2019 al 228% nel 2020;

Trend delle medie dei tempi di attesa delle prenotazioni ambulatoriali rilevate nei monitoraggi ALPI di ottobre 2019 e di gennaio, luglio e ottobre 2020. ITALIA



■ **visita gastroenterologica:** si nota un miglioramento in due aziende, una lombarda ed una umbra, le cui percentuali sono rispettivamente dal 129% nel 2019 al 112% nel 2020 e dal 112% nel 2019 al 72% nel 2020;

■ **visita pneumologica:** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Campania dal 260% nel 2019 al 94% nel 2020;

■ **mammografia (monolaterale e bilaterale):** si registra un miglioramento ed un peggioramento in due aziende piemontesi dal 149% nel 2019 al 24% nel 2020 e dal 16% nel 2019 al 142% nel 2020;

■ **eco (color) dopplergrafia cardiaca:** si nota un peggioramento in un'azienda della Regione Campania dal 65% nel 2019 al 101% nel 2020 ed un miglioramento in un'azienda della Regione Sicilia dal 260% nel 2019 al 23% nel 2020;

■ **ecografi a addome (inferiore, superiore e completo):** si registra un miglioramento in un'azienda della Regione Campania dal 182% nel 2019 al 16% nel 2020;

■ **ecografia mammella (monolaterale e bilaterale):** si nota un miglioramento in un'azienda piemontese dal 269% nel 2019 al 5% nel 2020;

■ **ecografia ostetrica e ginecologica:** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Campania dal 750% nel 2019 al 26% nel 2020 mentre si registra un peggioramento in 4 aziende:

- una della Basilicata dal 100% nel 2020 al 143% nel 2020;
- una campana nel 507% nel 2019 al 524% nel 2020;
- una dell'Emilia-Romagna dal 117% nel 2019 al 136% nel 2020;
- una azienda della Regione Lazio dal 53% nel 2019 al 215% nel 2020;

■ **ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso:** in un'azienda siciliana il rapporto Alpi/Istituzionale passa dal 188% nel 2019 al 52% nel 2020;

■ **esofagogastroduodenoscopia/esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica:** si nota un peggioramento in un'azienda siciliana dal 90% nel 2019 al 119% nel 2020;

■ **elettrocardiogramma dinamico (holter):** in un'azienda lombarda il rapporto percentuale Alpi/Istituzionale migliora dal 182% nel 2019 al 9% nel 2020;

■ **test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile/altri test cardiovascolari da sforzo:** si nota un peggioramento in un'azienda siciliana dal 97% nel 2019 al 160% nel 2020;

■ **spirometria (semplice/globale):** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Toscana dal 186% nel 2019 al 116% nel 2020;

■ **elettromiografia:** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Lazio dal 210% nel 2019 al 11% nel 2020 mentre si registra un peggioramento in un'azienda della Regione Piemonte dal 9% nel 2019 al 169% nel 2020.

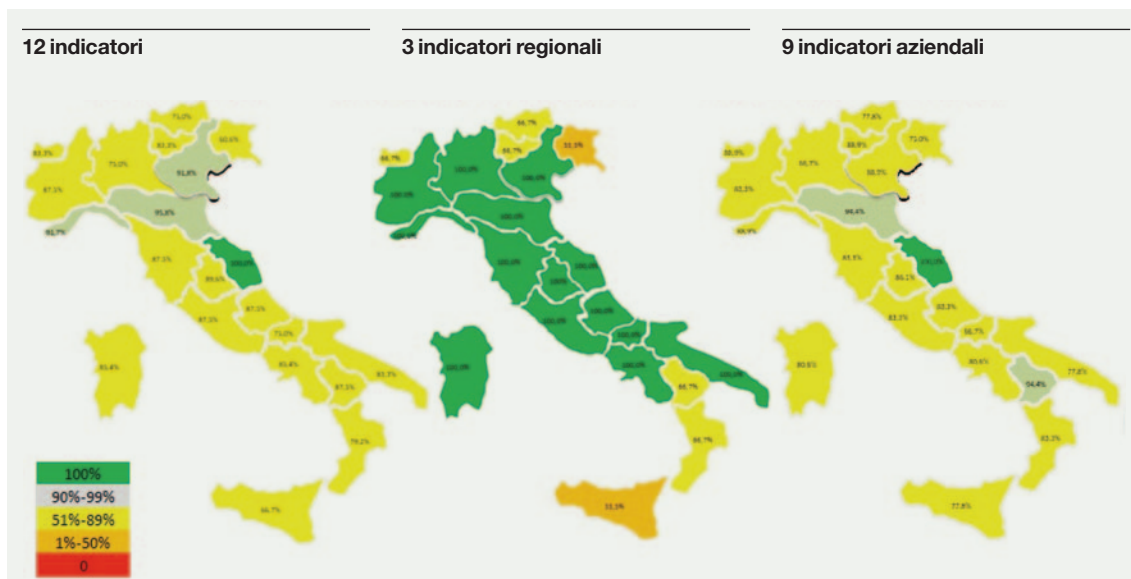
Emilia- Romagna, Lazio, Lombardia, Sardegna e Sicilia) si registrano prenotazioni attraverso il Cup nell'80% dei casi. Le altre Regioni hanno una percentuale intorno al 60%.

In sintesi, osserva Agenas, nel corso degli anni si sta via via consolidando l'utilizzo del sistema Cup, così come auspicato dalle Linee Guida del Ministero della Salute.

Le prestazioni più gettonate. La rilevazione delle prenotazioni in Alpi, effettuate nei monitoraggi di gennaio, luglio ed ottobre 2020, ha evidenziato che la maggior parte delle richieste (circa il 78% del totale) riguardano le visite specialistiche; di contro il 22% di prenotazioni riguarda le prestazioni diagnostiche.

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 (2.706 prenotazioni a gennaio, 1.804 a luglio e 1.965 ad ottobre), l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella

Segue a pagina 15



REGIONE	Livello REGIONALE SEZIONI R1 - R2 - R4			Livello AZIENDALE SEZIONE A4 - GOVERNO AZIENDALE DELLA LIBERA PROFESSIONE								SEZIONE A5 - VOLUMI DI ATTIVITÀ		
	PASSAGGIO AL REGIME ORDINARIO DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA	LINNE GUIDA	ORGANISMI PARITETICI	INFRASTRUTTURA DI RETE ATTIVA	TRACCIABILITÀ PAGAMENTO	IMPORTI DEFINITI CON I DIRIGENTI	TRATTENUTA DEL 5%	ALLINEAMENTO TEMPI	CONFLITTO DI INTERESSI/ CONCORRENZA SLEALE	DEFINIZIONE ANNUALE VOLUMI ISTITUZIONALI	DEFINIZIONE VOLUMI ALPI	ORGANISMO PARITETICO		
													R1.1	R2.1
ABRUZZO	si	si	si	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	75,0%	
BASILICATA	si	si	no	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	
CALABRIA	si	si	no	90,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	90,0%	80,0%	70,0%	100,0%	
CAMPANIA	si	si	si	100,0%	94,1%	94,1%	100,0%	100,0%	94,1%	70,6%	76,5%	100,0%	100,0%	
EMILIA-ROMAGNA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	92,3%	92,3%	100,0%	
FRIULI-VENEZIA GIULIA	si	no	no	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	80,0%	100,0%	60,0%	40,0%	80,0%	100,0%	
LAZIO	si	si	si	94,4%	100,0%	100,0%	100,0%	94,4%	100,0%	66,7%	55,6%	94,4%	100,0%	
LIGURIA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	88,9%	100,0%	100,0%	55,6%	100,0%	100,0%	
LOMBARDIA	si	si	si	84,6%	100,0%	94,9%	92,3%	89,7%	100,0%	74,4%	61,5%	79,5%	100,0%	
MARCHE	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
MOLISE	si	si	si	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
PIEMONTE	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,4%	100,0%	77,8%	94,4%	100,0%	
P.A. BOLZANO	si	no	si	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
P.A. TRENTO	si	no	si	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
PUGLIA	si	si	si	90,0%	100,0%	100,0%	100,0%	80,0%	70,0%	90,0%	70,0%	100,0%	100,0%	
SARDEGNA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	50,0%	100,0%	50,0%	100,0%	
SICILIA	no	si	no	88,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,4%	88,9%	83,3%	94,4%	100,0%	100,0%	
TOSCANA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	66,7%	77,8%	100,0%	77,8%	100,0%	
UMBRIA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	50,0%	50,0%	100,0%	100,0%	
VALLE D'AOSTA	si	si	no	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
VENETO	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	66,7%	100,0%	100,0%	

Legenda: 100% (green), 90-99% (light green), 51-89% (yellow), 1-50% (orange), 0% (red)

La regola delle 3 S

Risuonano le sirene, le strade sono deserte, solo mezzi delle forze dell'ordine e militari per le strade, la gente rinchiusa in casa o che cerca rifugio lontano dalle città; non è il lockdown per COVID, ma la guerra

Pensavamo di aver visto tutto nel periodo più duro della pandemia ma così non è stato e ci ritroviamo ad osservare oggi, nemmeno tanto da lontano, qualcosa che non era immaginabile ai più.

Non vogliamo crederci ma la realtà supera la fantasia e dobbiamo prepararci, attrezzarci e organizzarci perché quando la situazione lo richiede, ognuno, e più di altri chi si occupa di Salute, deve fornire il proprio aiuto senza se e senza ma.

L'emergenza profughi, consequenziale all'invasione russa dell'Ucraina deve essere gestita prioritariamente dal punto di vista sanitario e l'organizzazione, tanto vituperata, messa in piedi per combattere la Pandemia risulta essere una base di lavoro solida e importante.

Sappiamo quanto sia importante e necessario monitorare i casi Covid positivi e pertanto si è predisposto il sistema di effettuazione tamponi entro le 48 ore dall'ingresso dei profughi nel nostro Paese ed in contemporanea al tampone viene proposta loro la vaccinazione sia come prima che seconda che terza dose.

Il sistema Sanitario però non si limita a ciò, perché bisogna garantire assistenza e cure ai malati che giungono e tutte le regioni attraverso le strutture sanitarie hanno già dato disposizioni su come intervenire.

Come se non bastasse esiste il proble-



PIERANGELO CLERICI
Direttivo Nazionale Anaao
Assomed Dirigenza Sanitaria
Presidente FISMeLab



ma delle possibili malattie infettive non Covid da monitorare quali il Morbillo e la Poliomielite, di cui si sono apprezzati focolai negli ultimi due anni, oltre al problema endemico rappresentato dalla Tuberculosis e dall'HIV, e quindi l'impianto delle strutture di Medicina di Laboratorio presenti sul territorio è stato attivato per tutte le diagnostiche.

Esiste un problema legato a ciò ed è rappresentato dai bambini che molto spesso non risultano vaccinati nei confronti delle principali malattie infettive verso le quali esiste una vaccinazione obbligatoria nel nostro Paese e pertanto si è strutturato un sistema ad hoc per questa tipologia di intervento.

Se questo è quello che ci attende nell'immediato sappiamo che nel prossimo futuro il numero di profughi, ora limitato, tenderà ad aumentare in misura importante, si parla di mezzo milione di persone, e pertanto si dovrà mettere a sistema ciò che oggi è affrontato in regime di emergenza.

Sicuramente il nostro Sistema Sanitario è sufficientemente pronto ad adempiere alle necessità della popolazione ucraina accolta nel nostro Paese anche se non dobbiamo dimenticare che tuttora è ancora presente il Virus SARS-Cov2 e gli Ospedali stanno riprendendo la loro attività routinaria con un arretrato, soprattutto nel comparto oncologico, enorme.

Se il nostro Sistema Sanitario è costitu-

zionalmente universalistico bisogna però anche porsi il problema delle risorse di cui deve disporre per rispondere in maniera adeguata alle esigenze di chi ne deve usufruire suo malgrado e le risorse non devono intendersi solo di natura economica ma soprattutto di natura umana.

La mancanza di specialisti in ogni disciplina unita alla continua emorragia di personale dalle Unità Operative sta portando al collasso interi settori ospedalieri come i Pronto Soccorso, le Radiologie, le Rianimazioni e non ultimo tutto il comparto della Medicina di Laboratorio dove alla conclamata carenza di personale Dirigente inizia ad affiorare anche la carenza di personale tecnico.

Se è pur vero che in regime di guerra le emergenze si affrontano anche all'arma bianca, forse preoccuparsi e programmare nell'immediato futuro un sistema che guardi con maggiore attenzione alle Risorse Umane mancanti e non agli equilibri di bilancio sarebbe cosa buona e giusta oltre che intelligente.

A noi di "vecchia scuola" era stata sempre insegnata la regola delle tre S: Scuola, Sanità e Sicurezza su cui investire e mai risparmiare per la crescita di un Paese, non ci resta che augurare che questa regola venga ripristinata da chi può e soprattutto deve, e non venga trasformata in un'altra regola delle 3 S: Sangue, Sudore e Sofferenza.



La fine dello stato di emergenza e le disposizioni sugli incarichi in essere

Il Governo, con il decreto legge 24 marzo 2022, n. 24 ha provveduto ad adottare alcune disposizioni attuative per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da Covid-19 in conseguenza alla cessazione dello stato di emergenza, terminato il 31 marzo scorso

In particolare:

- **l'articolo 10 – Allegato A - proroga al 31 dicembre 2022** la possibilità di **trattenimento in servizio** dei dirigenti medici e sanitari e del personale sanitario anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza (art. 12 c. 1 dl 18/2020 – Cura Italia -);
- **l'articolo 10 – Allegato A - proroga al 31 dicembre 2022** la possibilità di **conferire incarichi temporanei** (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa) a laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti all'ordine professionale da parte delle aziende e degli enti del SSN (art. 2-bis, c. 3 dl 18/2020 – Cura Italia -);
- **l'articolo 10 - Allegato B - proroga al 30 giugno 2022** le disposizioni contenute nell'articolo 2-bis, comma 5, del dl 18/2020 – Cura Italia - relativamente a “*conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del*

ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza”.

A ciò va aggiunto che la Legge di Bilancio 2022 (L. 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1 comma 268), consente agli Enti del SSN, al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di valorizzare la professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza da COVID-19, **anche nell'anno 2022:**

A di conferire incarichi di lavoro autonomo (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa) esclusivamente a medici specializzandi (iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione) – art. 2-bis co. 1 lettera a) del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 - nonché, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale, incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari e a medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di specializzazione - art. 2-ter co. 1 e 5 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18. Tali facoltà sono esercitabili anche mediante proroga (fino ad un termine non successivo al 31 dicembre 2022) dei rapporti omologhi già in corso nel 2021 (stipulati in base alle relative norme transitorie) e sono su-

bordinate al rispetto dei limiti generali di spesa per il personale degli Enti e Aziende del Servizio sanitario nazionale e alla condizione della previa verifica dell'impossibilità di utilizzare personale già in servizio o di ricorrere agli idonei di graduatorie concorsuali in corso di validità. Il richiamo della legge di bilancio per gli incarichi di lavoro autonomo è circoscritto ai MEDICI SPECIALIZZANDI con esclusione di altre categorie (iscritti agli albi delle professioni sanitarie ed operatori socio sanitario contemplate dalle norme transitorie operanti fino al 31 dicembre 2021). Il decreto 24/2022 riconosce il servizio svolto dai medici specializzandi ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione slegandolo dallo stato di emergenza e rendendolo strutturale.

B di stabilizzare, mediante contratti di lavoro a tempo indeterminato, il personale del ruolo sanitario e degli operatori socio sanitari assunto con rapporto a tempo determinato.

In breve, le caratteristiche delle nuove disposizioni transitorie sulla stabilizzazione:

■ **FINALITÀ:** la disposizione intende rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali, per far fronte al recupero delle liste d'attesa e valorizzare la professionalità acquisita dal personale anche durante l'emergenza

Riassumendo

PROROGA AL 30 GIUGNO 2022

Conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza;

PROROGA AL 31 DICEMBRE 2022

Trattenimento in servizio dei dirigenti medici e sanitari e del personale sanitario anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza;

incarichi temporanei (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa) a laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti all'ordine professionale da parte delle aziende e degli enti del SSN;

incarichi di lavoro autonomo esclusivamente a medici specializzandi iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione;

incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari e a medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di specializzazione, previo avviso pubblico

per gli specializzandi medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi restano ancora valide le procedure concorsuali previste dal decreto Calabria, con possibile assunzione fino al 31 dicembre 2022 con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative.

DAL 1° LUGLIO 2022 AL 31 DICEMBRE 2023

Procedure di stabilizzazione ai sensi della legge di bilancio per il 2022

za epidemiologica da Covid 19.

- **AMBITO TEMPORALE:** può trovare applicazione nel lasso di tempo che intercorre tra 1° luglio 2022 – 31 dicembre 2023.
- **AMBITO SOGGETTIVO:** è rivolta al personale del ruolo sanitario e socio sanitario reclutato a **TEMPO DETERMINATO CON PROCEDURE CONCORSUALI**, ivi comprese le procedure previste dall'articolo 2-ter del decreto Cura Italia (ovverosia per il "conferimento di incarichi individuali a tempo determinato previo avviso pubblico al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari nonché a medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione"); è rivolta altresì a favore di personale che sia stato reclutato a tempo determinato con procedure **DIVERSE** da quelle concorsuali; in questo caso si provvede mediante espletamento di prove selettive.
- **REQUISITI:** maturazione al 30 giugno 2022 di una anzianità di 18 mesi di servizio anche non continuativo di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, alle **DIPENDENZE** di un ente o azienda del servizio sanitario nazionale.
- **APPLICAZIONE DELLA DISPOSIZIONE:** l'applicazione delle nuove norme è posta **come possibile alternativa** alle norme transitorie già vigenti le quali sono operanti fino al 31 dicembre 2022, ovvero all'articolo 20 del d.lgs. 25 maggio 2017, n. 75 – *cosiddetta Madia* –.
- **CRITERI:** prevede che la stabilizzazione avvenga secondo criteri di priorità stabiliti da ciascuna Regione e alle condizioni suddette.
- **AMBITO DI APPLICAZIONE REGIONI A STATUTO SPECIALE:** le disposizioni si applicano nell'ambito dei rispettivi bilanci anche nelle Regioni a statuto speciale e nelle province autonome che provvedano al finanziamento del fabbisogno complessivo del SSN senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

(2.150 prenotazioni a gennaio, 1.617 a luglio e 1.872 ad ottobre) e la mammografia monolaterale e bilaterale (1.936 prenotazioni a gennaio, 1.569 a luglio e 1.848 ad ottobre).

Sul fronte dei tempi di attesa circa il 57,1% delle prenotazioni ha un'attesa inferiore ai 10 giorni; circa il 28,4% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (30 gg per la visita specialistica, 60 gg per le prestazioni strumentali) e solo per il 14,5% delle prenotazioni si deve aspettare oltre i 30/60 giorni. 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 rappresenta la prestazione con giorni di attesa medi più alti: solo 1/3 ha una prenotazione entro 10 giorni (mammografia monolaterale 33%, mammografia bilaterale 35%, seguito dalla visita endocrinologica, 42%, e dalla ecografia della mammella, 45%).

Le best practice

Per capire il grado di maturazione e di sviluppo dei diversi sistemi regionali, il Report ha analizzato i risultati complessivi su 12 indicatori selezionati (3 regionali e 9 aziendali).

I primi riflettono le diverse competenze proprie del governo regionale in materia di libera professione intramuraria, riconducibili essenzialmente agli ambiti della pianificazione, del coordinamento, della valutazione e del controllo. Gli indicatori aziendali sono invece relativi al pagamento delle prestazioni direttamente all'Azienda tramite mezzi di pagamento che ne garantiscono la tracciabilità, determinazione degli importi da corrispondere d'intesa con i dirigenti, applicazione della trattenuta del 5% del compenso corrisposto al professionista per interventi di prevenzione o per l'abbattimento dei tempi di attesa, definizione dei volumi in attività libero professionale, allineamento dei tempi di attesa.

Cosa è emerso? Sono 14 le Regioni che ottengono l'adempimento su tutti e tre gli indicatori regionali (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto), mentre per gli indicatori aziendali solo le Marche hanno raggiunto la completa adempimento

E.M.



Segue da pagina 1

Uno statuto nuovo per tempi nuovi

italiana era finita da tempo. Ora si è chiusa, per carenza di protagonisti e per i mutamenti avvenuti nella società, nella sanità, nel sindacato, anche la fase iniziata a Fiuggi nel 2000. Le periferie sono certo più vicine agli iscritti, ma non riusciranno mai a esprimere la forza unitaria di un sindacato nazionale, e a ottenere i suoi risultati, tanto più quando, come oggi, occorre governare un cambio, non solo di giocatori ma di moduli di gioco.

Lo Statuto di Roma apre la strada ad un rinnovamento come valore competitivo, se condotto all'insegna della capacità di valorizzare i più capaci, a prescindere dalle simpatie e dalle cordate, territoriali o ideologiche, dalla età, dal sesso, dallo stato giuridico. Grazie anche all'introduzione di principi dialettici nella elezione di parte degli organismi statutari. Il futuro dirà se e come riuscirà a frenare la ondata regionalistica che deve affrontare i tempi lunghi della riflessione politica.

Per intanto, il compito cui non possiamo sottrarci è dare al cambiamento un contenuto, un programma convincente e dirigenti credibili, per suscitare speranza e fiducia che non hanno solo un valore etico ma anche di appartenenza. Una dicotomia politica e sindacale deve essere condotta a sintesi per evitare di trasformare anche l'Anaa in uno dei "Troppi frammenti senza collante, coriandoli di diversa grandezza, in una parcellizzazione estrema della rappresentanza degli interessi" (Relazione al Congresso Nazionale 2014).

Non basta ripetere il mantra "cambiare verso". Occorre mettere in campo quello che una volta si chiamava "progetto" se vogliamo continuare a farci carico della esistenza di un sistema sanitario pubblico e nazionale, tenendo insieme legittimi interessi delle categorie che rappresentiamo e diritti dei cittadini. Diritto alla cura e diritto a curare, autonomia e responsabilità dei professionisti, si salvano insieme o insieme periranno.

Oggi è più difficile, anche per noi? Certo, ma, per dirla con Seneca, "non è perché le cose sono difficili che noi non osiamo, è perché non osiamo che sono difficili".



Def 2022 /2

La sanità nel Programma nazionale di riforma

Segue da pagina 4

personale sanitario, anche a livello territoriale, potenziando la formazione e valorizzando gli specializzandi all'interno delle reti assistenziali. La rapida attuazione degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie dovrà essere costantemente monitorata e accompagnata da investimenti immateriali come la promozione della ricerca sanitaria. Per dare risposta alla domanda di assistenza dei cittadini e accrescere la resilienza del sistema sarà necessario puntare sempre più su una sanità di 'prossimità' anche sfruttando la diffusione delle nuove tecnologie.

Inoltre, al fine di salvaguardare la rete di prossimità rappresentata dalle farmacie italiane, a partire dalle zone interne, montane e a più bassa redditività, sarà valutato un **nuovo metodo di calcolo della remunerazione delle farmacie per la dispensazione del farmaco nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.**

Tale metodo di remunerazione – da implementare in coerenza con i vincoli di finanza pubblica e tenendo conto degli esiti della sperimentazione di cui all'articolo 20 del decreto-legge 22 n. 41, marzo 2021 – potrà accompagnare lo sviluppo di una moderna idea di farmacia che, insieme alla dispensazione di farmaci, si trasformi, sempre di più, in "farmacia dei servizi", ovvero un luogo di riferimento dove erogare assistenza e servizi.

È infine da segnalare che la tutela della salute ha rappresentato un argomento centrale nei lavori della Presidenza italiana del G20. Il riconoscimento dello sforzo globale posto in essere per il contrasto della pandemia ha portato all'ulteriore riconoscimento della 'One Health' (o Salute Globale) quale obiettivo da perseguire, con finalità di prevenzione, tutela e contrasto, in risposta alle emergenze sanitarie odierne e future nell'ambito globale e locale. L'Italia proseguirà il proprio impegno nel favorire l'accesso equo ed universale alle vaccinazioni più urgenti e necessarie, tra cui quelle contro il COVID-19, anche da parte dei Paesi più fragili, attraverso la costante e attiva partecipazione ai lavori delle organizzazioni e delle iniziative nel campo della Salute Globale.

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



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 aprile 2022

Uno statuto nuovo per tempi nuovi

Il Congresso straordinario dell'Associazione tenutosi a Fiumicino l'8 e 9 aprile è stato sicuramente un congresso sfortunato. Causa, o pretesto, di polemiche furiose che hanno spaccato l'Associazione, ha dovuto anche convivere con i tempi della pandemia, tanto che sembrava bastasse il solo evocarlo per provocare ondate pandemiche, come è accaduto a gennaio, costringendo al rinvio, e ad aprile, quando è stato accompagnato da una ripresa dei contagi e dei ricoveri.

Eppure, per una strana eterogenesi dei fini, un congresso bollato come "inutile", per usare un eufemismo, rischia di passare alla storia dell'Anaao come uno dei più importanti.

Le polemiche che lo hanno preceduto, e accompagnato, partite da differenti valutazioni sulla tempistica ma presto alimentate dall'eterno conflitto tra periferie e centro, popolo ed élite, hanno prodotto uno spazio digitale fatto di chat e zoom riservati, in un clima da separati in casa. Che si spera dissolto a Congresso concluso, visto che il voto finale ha approvato il testo presentato dalla Commissione Statuto con il 95% dei voti congressuali.

L'onda lunga del regionalismo ci ha raggiunto con un progetto articolato, spuntato come un fungo al di fuori delle riunioni tecniche che si sono tenute, senza ombra di contrasti, per cinque lunghi mesi. Espressione certo di reali dinamiche sociali, che la pandemia ha accentuato ed evidenziato, alla ricerca non solo di più ascolto ma anche di maggiore ruolo decisionale.

Il testo della Commissione Statuto, non esente da alcune criticità come una certa pletoricità degli organismi e una esasperazione della "autonomia organizzativa" dei Settori, approvato senza mai ricorrere al voto, lascia, forse, tutti parzialmente insoddisfatti, come accade nelle migliori contrattazioni. Ma ha il grande merito di mantenere unita l'Associazione intorno alla scelta del suo carattere di sindacato nazionale, rappresentata da un Segretario e da un Esecutivo eletti solo dal Congresso Nazionale che mantiene il ruolo di massimo organo deliberativo, anche per gli organi di garanzia. Facendosi carico, nello stesso tempo, anche degli umori diffusi e del mutamento in atto, mirando a governare i fenomeni per aprire la strada a nuovi equilibri, oggi alla ricerca di nuovi attori ed interpreti.

Rimane il paradosso di uno Statuto che si esercita nella ricerca delle migliori definizioni di improbabili federazioni e fantascientifiche fusioni, mentre il mondo di fuori già vede federazioni e aggregazioni, senza di noi e contro di noi, in una nebulosa di associazionismo giovanile, società scientifiche, ordini professionali. E delle donne che, pur rappresentando la maggioranza degli iscritti, vedono salire la loro presenza in tutti gli organi statuari a un terzo della loro composizione, evitando la limitazione, che volevano alcuni, ai soli organismi esecutivi ma senza raggiungere il traguardo del 40%. Perché "non si trovano donne brave", mentre, si sa, gli uomini che si trovano sono tutti bravi.

La storia degli individui e delle organizzazioni è fatta di cicli. La stagione di coloro che fecero l'Anaao Assomed grande protagonista della sanità



COSTANTINO TROISE

*Presidente Nazionale
Anaao Assomed*

*Presidente
Commissione Statuto
Congresso Straordinario*

[Segue a pagina 16](#)

Per la sanità spesa in diminuzione dal 2023 con lieve rialzo nel 2025.

Il rapporto con il Pil passa dal 7% del 2022 al 6,2% del 2025

Per l'anno in corso la spesa stimata a fine anno è di 131.710 milioni di euro, più alta del 3% rispetto al 2021. Nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria è prevista decrescere a un tasso medio annuo dello 0,6 per cento; nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media del 3,8%

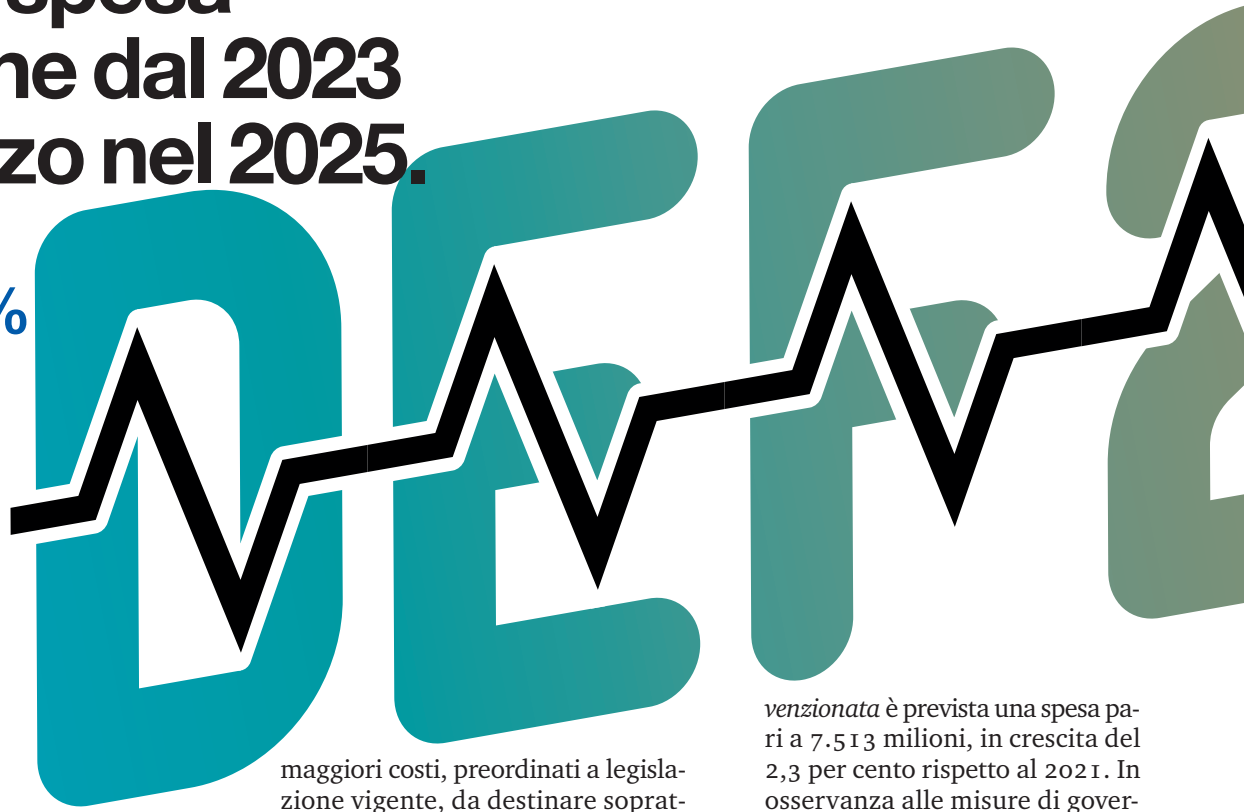
Il Governo ha approvato il nuovo Documento di Economia e Finanza per il 2022. Per la sanità le informazioni più interessanti sono come sempre quelle inserite nella Sezione II "Analisi e tendenze della finanza pubblica" che riporta la stima della spesa sanitaria per l'anno in corso e le previsioni per il prossimo triennio. Le previsioni, si legge nel documento sono "effettuate sulla base della legislazione vigente" e "assumono come anno di partenza la spesa corrente del 2021 riportata nel Conto economico consolidato della sanità per le amministrazioni pubbliche predisposto dall'Istat nell'ambito dei Conti nazionali". In particolare, spiega ancora il documento, esse "scontano gli oneri legati al rinnovo del trattamento economico del personale dipendente e convenzionato con il SSN per il triennio 2019-2021, le spese per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nonché gli impegni pianificati per rafforzare la performance del SSN, anche in termini di tempestività di risposta rispetto alle emergenze sanitarie".

PREVISIONI PER L'ANNO 2022

La spesa sanitaria prevista per il 2022 è pari a 131.710 milioni, con un tasso di crescita del 3 per cento rispetto all'anno precedente.

Nel dettaglio, la previsione evidenzia:

- **per i redditi da lavoro dipendenti** un livello di spesa pari a 41.969 milioni, equivalente a una crescita del 9,9% rispetto al 2021. Tale aumento è fondamentalmente dovuto a due ordini di motivi. Il primo concerne i



maggiori costi, preordinati a legislazione vigente, da destinare soprattutto alle assunzioni, ai miglioramenti economici e alla definizione di nuovi ordinamenti professionali. Il secondo, invece, riguarda gli oneri relativi al rinnovo contrattuale per il triennio 2019-2021 del personale non dirigente degli enti del SSN;

- **per i consumi intermedi** un livello di spesa pari a 43.922 milioni, con un incremento dell'1,8 per cento rispetto al 2021. L'aumento è dovuto ai prodotti farmaceutici per i quali si stima una crescita del 6,9 per cento. Quest'ultima è imputabile alla rideterminazione del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, all'incremento del fondo per il concorso al rimborso dei farmaci innovativi nonché all'ipotesi prudenziale di un minore incasso di pay-back in ragione dei contenziosi amministrativi da parte delle aziende farmaceutiche.

Le altre componenti dei consumi intermedi mostrano, invece, un decremento dello 0,3 per cento. La diminuzione è di fatto attribuibile all'ipotesi di una minore incidenza nel 2022 di costi analoghi a quelli sostenuti nel corso del 2021 dal Commissario di cui all'articolo 122 del decreto legge n. 18 del 202085. Pertanto, al netto della succitata considerazione, il valore delle altre componenti dei consumi intermedi risulta essere superiore a quello registrato nel 2021;

- **per le prestazioni sociali in natura** corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market un livello di spesa pari a 41.855 milioni, in leggera crescita rispetto all'anno precedente (+0,1%). Con riferimento alle singole componenti dell'aggregato:

- per l'assistenza farmaceutica con-

venzionata è prevista una spesa pari a 7.513 milioni, in crescita del 2,3 per cento rispetto al 2021. In osservanza alle misure di governance previste, l'aumento registrato è sostanzialmente attribuibile alle ulteriori risorse programmate a legislazione vigente al fine di rafforzare la risposta del SSN alle patologie infettive emergenti e ad altre emergenze sanitarie;

- per l'assistenza medico-generica è prevista una spesa pari a 6.862 milioni, in calo del 4,1 per cento rispetto al 2021. La riduzione è attribuibile alla cessazione di alcuni oneri preordinati per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19. Non sono, inoltre, scontati i costi relativi al rinnovo delle convenzioni per il triennio 2019-2021 in quanto ipotizzate perfezionabili nel 2023;

- per le altre prestazioni sociali in natura acquistate da produttori market è prevista una spesa pari a 27.480 milioni, leggermente superiore a quella dell'anno precedente (+0,6%), anche alla luce dei maggiori oneri preventivati per il recupero delle liste d'attesa;

- **per le altre componenti di spesa** è prevista una quantificazione pari a 3.964 milioni. La consistente diminuzione di tale aggregato rispetto al 2021 è essenzialmente legittimata dall'ipotesi di crescita delle poste di sterilizzazione della spesa relative alla produzione di servizi vendibili e alle vendite residuali supponendo una potenziale ripresa dell'ordinaria attività assistenziale delle strutture sanitarie.

PREVISIONI PER IL TRIENNIO 2023-2025

Nel triennio 2023-2025, la spesa sani-



taria è prevista decrescere a un tasso medio annuo dello 0,6 per cento; nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media del 3,8 per cento. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e PIL decresce e si attende, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,2 per cento. La minore spesa riscontrabile nel 2023 è dovuta fundamentalmente al venir meno degli arretrati per il rinnovo del triennio 2019-2021 dei contratti del personale non dirigente degli enti del SSN nonché alla cessazione dei costi analoghi a quelli sostenuti negli anni precedenti dal Commissario di cui all'articolo 122 del decreto legge n. 18 del 2020. I due effetti risultano parzialmente attenuati dai maggiori oneri indotti dal rinnovo dei contratti dei dirigenti degli enti del SSN e delle convenzioni per il triennio 2019-2021.

Nel 2024, invece, la riduzione è attribuibile soprattutto alla mancata imputazione degli arretrati relativi ai contratti e alle convenzioni ipotizzati essere stati perfezionati l'anno precedente.

La previsione riflette anche:

- la dinamica dei diversi aggregati di spesa coerente con gli andamenti medi registrati negli ultimi anni;
- gli interventi di razionalizzazione dei costi già programmati a legislazione vigente;
- la spesa sanitaria corrente per l'attuazione del PNRR;
- la parziale contabilizzazione degli oneri per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN per il triennio 2022-2024 che implicheranno un aumento della spesa successivamente al perfezionamento di tali accordi.

TABELLA III.3-1 PREVISIONE DELLA SPESA SANITARIA 2022 - 2025				
	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria	131.710	130.734	128.872	129.518
In % di PIL	7,0%	6,6%	6,3%	6,2%
Tasso di variazione in %	3,0%	-0,7%	-1,4%	0,5%

Def 2022 /2

La sanità nel Programma nazionale di riforma: “Un sistema sanitario più efficiente, resiliente e inclusivo”

Come ogni anno il Def contiene anche un capitolo dedicato alle iniziative di riforma nell'agenda di Governo per il rilancio dell'economia del Paese. Alla sanità è dedicato un apposito paragrafo dal titolo “Un sistema sanitario più efficiente, resiliente e inclusivo”, che riportiamo integralmente

La pandemia ha evidenziato il grande valore del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ma ne ha anche messo in luce alcuni limiti e vulnerabilità. In particolare, sono emerse significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, soprattutto in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, tempi di attesa e grado di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali.

Per fronteggiare la situazione di emergenza si è reso necessario un elevato dispendio di risorse finanziarie e strumentali, ma è stata anche stimolata la crescita della sanità digitale, mostrandone le enormi potenzialità. Le restrizioni alla circolazione delle persone hanno accresciuto la consapevolezza dell'importanza di una trasformazione digitale del processo di prevenzione, accesso, cura e assistenza e quindi di un adeguato sfruttamento delle tecnologie

più avanzate, dello sviluppo di elevate competenze digitali, professionali e manageriali, della creazione di nuovi processi per l'erogazione delle prestazioni e delle cure e di un più efficace collegamento fra la ricerca, l'analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema.

In Italia la spesa sanitaria è stata per lungo tempo inferiore alla media UE, ma le misure emergenziali hanno contribuito a un consistente incremento del livello del finanziamento del SSN. Le CSR del 2020 richiamano la necessità di rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario (in termini di risorse umane e infrastrutture) e di migliorare il coordinamento tra autorità nazionali e regionali.

Al fine di ridurre i divari regionali in ambito sanitario è in corso di approvazione il Programma nazionale 'Equità nella Salute' che mira a favorire l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari delle fasce della popolazione in condizioni di difficoltà nelle sette Regioni del Mezzogiorno - Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia - che hanno maggiori difficoltà ad erogare le prestazioni di assistenza, soprattutto alle fasce più vulnerabili.

Il Programma indica quattro priorità di intervento:

- 1 contrasto della povertà sanitaria, per migliorare l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari da parte delle persone vulnerabili, anche con l'erogazione gratuita di farmaci non rimborsati e dispositivi medici extra - livelli essenziali di assistenza (LEA);
- 2 salute mentale;
- 3 salute di genere, per l'identificazione di percorsi integrati di assistenza attenti alle differenze di genere;
- 4 maggiore copertura degli screening oncologici.

Migliorare le capacità infrastrutturali del sistema sanitario è essenziale per rafforzare l'equità del sistema stesso e per accrescere l'accesso alle prestazioni sanitarie. Questo tema è particolarmente urgente se si tiene conto che nel 2020, in Italia, quasi 1 cittadino su 10 ha dichiarato di aver rinunciato - per motivi legati a difficoltà di accesso - a visite o accertamenti, pur avendone bisogno.

Nel 2019 la quota era pari al 6,3 per cento, il che indica che il dato del 2020 è legato alle restrizioni imposte per contenere i contagi durante la pandemia e all'effetto di spiazzamento di altre terapie causato dalla creazione di reparti anti-Covid. Alcune misure varate con il DL 'Rilancio' hanno comunque limitato gli impatti negativi dell'epidemia sull'accesso al SSN, consentendo il rinnovo dei piani terapeutici in scadenza, semplificando la distribuzione dei farmaci e le

La sanità nel Programma nazionale di riforma



procedure di rinnovo delle prescrizioni mediche dei farmaci essenziali.

Con lo stesso decreto, che ha finanziato l'incremento di posti-letto di terapia intensiva e subintensiva è stato avviato il rafforzamento strutturale degli ospedali nel SSN, mentre il DL 'Sostegni bis' prima e la Legge di Bilancio per il 2022 poi, sono intervenuti in materia di liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

La Legge di Bilancio per il 2022 agisce anche nel settore dell'assistenza territoriale, incrementando in via permanente il livello del finanziamento per coprire i maggiori costi relativi al fabbisogno aggiuntivo di personale e per potenziare l'assistenza sul territorio attraverso l'implementazione di ulteriori standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici rispetto a quelli previsti dal PNRR.

Inoltre, alle persone in condizioni di non autosufficienza viene garantito l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari per una valutazione multidimensionale dei bisogni attraverso punti unici di accesso (PUA) la cui sede operativa è situata presso le Case della comunità.

La Legge di Bilancio per il 2022 ha, infine, previsto finanziamenti per interventi in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Sulla scorta dell'esperienza acquisita nel periodo più difficile della crisi, il PNRR ha dedicato una intera Missione al settore sanitario (con circa 20,23 miliardi a disposizione nel periodo 2021-2026, comprese le risorse del REACT UE e quelle del Fondo Complementare) concentrandosi in particolare su due aspetti prioritari: reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Gli investimenti previsti entro il 2026 potenzieranno i servizi assistenziali territoriali consentendo un'effettiva

esigibilità dei LEA da parte di tutti gli assistiti. Tra gli obiettivi previsti spicca quello di superare la frammentazione e il divario tra i diversi sistemi sanitari regionali e riuscire così a raggiungere il 10 per cento degli assistiti ultrasessantacinquenni tramite assistenza domiciliare integrata in ogni Regione.

In tale ottica muoverà la riforma dell'assistenza territoriale, che definirà requisiti e standard organizzativi, qualitativi e di personale unitari per l'assistenza territoriale, per il monitoraggio degli investimenti regionali per le strutture e le attività del distretto sociosanitario (Case della Comunità, Assistenza Domiciliare Integrata, Ospedali di Comunità).

Per garantire un miglior livello di assistenza sanitaria a tutti i cittadini, nella Missione 6 del PNRR sono previsti inoltre importanti progetti che permetteranno l'innovazione tecnologica e digitale del SSN, attraverso la sostituzione delle tecnologie sanitarie obsolete negli ospedali, con l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale, la sicurezza strutturale degli edifici e il potenziamento dei sistemi informativi e degli strumenti digitali sanitari. Il miglioramento dei servizi digitali riguarderà in modo particolare l'armonizzazione e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per garantire piena accessibilità in tutte le Regioni, sia da parte degli assistiti che degli operatori sanitari, alle sue funzioni chiave.

Si potenzieranno poi le piattaforme nazionali (quali quelle della telemedicina) in modo da assicurare strumenti di programmazione, gestione e controllo uniformi in ogni territorio. Ciò potrà avvenire attraverso il finanziamento di progetti che consentano interazioni medico-paziente a distanza (diagnostica e monitoraggio); la creazione di una piattaforma nazionale per lo screening di progetti di telemedicina; il finanziamento di iniziative di ricerca sulle tecnologie digitali in materia di sanità e assistenza.

La sempre crescente disponibilità di dati sanitari abbinata alle sofisticate tec-

niche di machine learning e intelligenza artificiale abiliterà il modello previsionale non solo a implementare gli scenari di simulazione predefiniti, ma anche ad 'agire proattivamente' nell'individuazione di fenomeni sanitari e serie storiche di dati, intercettando dinamiche anomale e/o fenomeni da attenzionare e approfondire.

Rientra nel PNRR anche il Piano 'Sanità connessa' che prevede la realizzazione entro il 2026 di infrastrutture digitali all'avanguardia anche nelle strutture sanitarie (per dettagli si veda il paragrafo 'Digitalizzazione e infrastrutture per le comunicazioni avanzate'). **La resilienza del SSN è legata, in termini di offerta, al personale medico e infermieristico**, che negli ultimi dieci anni si è fortemente ridimensionato (nella componente a tempo indeterminato) richiedendo – nel periodo emergenziale – l'utilizzo di procedure straordinarie di reclutamento.

Un'innovazione rilevante, in tal senso, è l'introduzione della **laurea abilitante** con cui si facilita l'accesso alla professione medica incrementando, al contempo, l'offerta di personale. In tale contesto, nell'ambito del PNRR, sono stati stanziati oltre 700 milioni per la formazione di professionisti sanitari.

A dicembre 2021 è stato conseguito un primo importante traguardo del PNRR con l'adozione del Piano di riorganizzazione delle strutture sanitarie per l'emergenza pandemica, con cui viene reso operativo il processo di adeguamento dei sistemi sanitari regionali avviato dalle Regioni nel 2020. I numerosi progressi che sono stati realizzati in questo ambito hanno modificato, in alcuni casi in maniera radicale, il servizio sanitario in Italia.

Molti passi restano da compiere, ma una corretta attuazione degli investimenti e delle riforme previste nel PNRR potranno dotare il Paese di un sistema assistenziale capillare e moderno. In futuro queste misure dovranno essere accompagnate da una attenzione costante al capitale umano, in coerenza con i fabbisogni, favorendo l'incremento del

“
Gli investimenti previsti entro il 2026 potenzieranno i servizi assistenziali territoriali consentendo un'effettiva esigibilità dei LEA da parte di tutti gli assistiti

INTRAMOENIA

ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

Intramoenia e attività istituzionale a confronto

La fotografia l'ha scattata Agenas nel suo report che mette a confronto i volumi di prestazioni sanitarie svolte in intramoenia rispetto a quelli assicurati dall'attività istituzionale di Asl e ospedali

È stato recentemente divulgato l'ultimo rapporto di Agenas sull'attività libero professionale intramuraria (Alpi) che ha l'obiettivo primario di verificare la gestione della libera professione in relazione al quadro generale dell'attività sanitaria istituzionale con particolare riferimento al rapporto tra le due attività che per legge non può essere sbilanciato a favore dell'intramoenia. Il report si basa su un monitoraggio, co-

me indicato dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, svolto secondo le "Linee guida per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria", predisposte da Agenas in collaborazione con il Ministero della Salute, Cittadinanzattiva, Iss ed esperti delle Regioni e Province Autonome.

Sotto la lente l'attività di prenotazione di 69 prestazioni (erano 43 fino al 2019), di una settimana indice. Non solo, per indagare sul grado di maturazione e di sviluppo dei diversi sistemi regionali, sono analizzati i risultati complessivi su 12 indicatori selezionati (3 regionali e 9 aziendali). Ebbene, se la situazione a livello medio nazionale sulla base degli indicatori di monitoraggio di Agenas rileva che nes-

N° di prenotazioni rilevate delle diverse tipologie nel monitoraggio nazionale ALPI effettuate nei monitoraggi di gennaio, Luglio e ottobre 2020 (Dati per Regione e totale Nazionale)

MONITORAGGIO	gennaio 2020						luglio 2020						ottobre 2020					
	Tipologia 1	Tipologia 2	Tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3	tipologia 1	tipologia 2	tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3	tipologia 1	tipologia 2	tipologia 3	% Tipologia 1	% Tipologia 2	% Tipologia 3
ABRUZZO	2.263	0	0	100%	0%	0%	1.312	0	0	100%	0%	0%	1.450	0	0	100%	0%	0%
BASILICATA	452	295	0	59%	41%	0%	444	316	0	58%	42%	0%	490	208	0	70%	30%	0%
CALABRIA	1.032	181	58	81%	14%	5%	458	237	0	66%	34%	0%	604	275	8	68%	31%	1%
CAMPANIA	2.070	1.403	363	54%	37%	9%	1.781	1.428	349	47%	38%	15%	762	1.265	180	35%	57%	8%
EMILIA-ROMAGNA	14.835	0	0	100%	0%	0%	10.857	0	0	100%	0%	0%	10.904	0	0	100%	0%	0%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	4.602	0	0	100%	0%	0%	2.895	0	0	100%	0%	0%	2.436	0	0	100%	0%	0%
LAZIO	5.292	579	590	82%	9%	9%	3.875	742	50	83%	16%	1%	3.862	550	135	85%	12%	3%
LIGURIA	3.266	836	0	80%	20%	0%	1.674	901	18	65%	35%	1%	1.848	956	4	66%	34%	0%
LOMBARDIA	16.569	0	0	100%	0%	0%	11.910	0	0	100%	0%	0%	11.281	0	0	100%	0%	0%
MARCHE	6.083	0	0	100%	0%	0%	4.609	0	0	100%	0%	0%	4.725	0	0	100%	0%	0%
MOLISE	148	0	15	91%	0%	9%	60	0	0	100%	0%	0%	87	0	26	77%	0%	23%
P. A. BOLZANO	297	0	0	100%	0%	0%	43	0	0	100%	0%	0%	50	0	0	100%	0%	0%
P. A. TRENTO	2.371	0	0	100%	0%	0%	1.724	0	0	100%	0%	0%	1.754	0	0	100%	0%	0%
PIEMONTE	4.297	3.973	107	51%	47%	1%	2.312	2.780	167	44%	53%	3%	1.915	2.959	81	39%	60%	2%
PUGLIA	3.001	496	0	86%	14%	0%	2.321	579	0	80%	20%	0%	3.033	1.076	0	74%	26%	0%
SARDEGNA	1.722	254	0	87%	13%	0%	964	385	0	74%	26%	0%	1.070	249	0	81%	19%	0%
SICILIA	3.628	90	34	97%	2%	1%	2.324	96	17	95%	4%	1%	2.200	181	38	91%	7%	2%
TOSCANA	12.924	0	0	100%	0%	0%	11.041	0	0	100%	0%	0%	10.796	0	0	100%	0%	0%
UMBRIA	1.447	726	0	67%	33%	0%	1.236	580	0	68%	32%	0%	1.019	641	0	61%	39%	0%
VALLE D'AOSTA	307	0	0	100%	0%	0%	252	0	0	100%	0%	0%	360	0	0	100%	0%	0%
VENETO	10.214	0	0	100%	0%	0%	10.197	0	0	100%	0%	0%	12.654	3	0	100%	0%	0%
ITALIA	96.300	8.835	1.167	91%	8%	1%	72.289	7.994	801	89%	10%	1%	73.300	8.343	472	89%	10%	1%

Tipologia di erogazione

① Erogate in ALPI esclusivamente all'interno degli spazi aziendali (entro le mura, comprendendo in questa tipologia anche l'attività svolta negli spazi in locazione) (1)

② Erogate in ALPI all'esterno degli spazi aziendali (che comprende l'attività svolta in studi privati collegati in rete e l'attività svolta presso altre strutture pubbliche attraverso la stipula di convenzioni) (2)

③ Erogate in ALPI in via residuale, in studi privati ancora eccezionalmente in corso di collegamento in rete (3)

INTRAMOENIA

suna prestazione in intramoenia supera in numeri quelle erogate in regime istituzionale, ci sono alcune situazioni in 13 regioni dove, per alcune prestazioni, l'intramoenia supera in volumi l'attività istituzionale, a volte addirittura di tre volte.

Tornando al livello medio nazionale il rapporto tra i volumi di visite specialistiche erogate in Alpi e i volumi di prestazioni erogate in regime istituzionale registra, a livello nazionale, valori compresi tra il 3% (visita fisiatrica e visita oncologica) e il 29% (visita ginecologica), mentre quello tra i volumi di prestazioni strumentali – diagnostica per immagini – altri esami specialistici ha valori compresi tra l'1% (TC, elettrocardiogramma dinamico (holter), Elettromiografia, mammografia monolaterale, RM, spirometria globale) e il 42% (ecografia ginecologica).

Quanto il ricorso all'intramoenia sia collegato a una libera scelta del cittadino o al problema delle liste d'attesa il report Agenas non dice ma in ogni caso evidenzia che la maggior parte delle richieste di intramoenia riguardano le visite specialistiche (rispetto alle prestazioni diagnostiche) che rappresentano circa il 78% del totale.

Le visite più prenotate in intramoenia sono: la visita cardiologica (12.477 prenotazioni a gennaio 2020, 9.695 a luglio 2020 e 9.888 ad ottobre 2020), 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).

Mentre 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).

A fronte di questi dati i tempi di attesa rilevati da Agenas sono inferiori ai 10 giorni per circa il 57,1% delle prenotazioni, tra gli 11 e i 30/60 giorni per il 28,4% delle prestazioni richieste (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale) mentre si va oltre il 30/60 giorni nel 14,5% dei casi.

Il rapporto affronta anche il tema della gestione dell'intramoenia rilevando che nel 2020, il 91% dell'attività libero professionale, si è svolta esclusivamente in Azienda (era al 90% nel 2019), l'8% in studi privati collegati in rete o in altre strutture pubbliche con convenzione, come previsto dalla legge e solo un residuale 1% insiste ancora in studi non ancora collegati in rete, una criticità circoscritta in sei Regioni, in particolare in Campania (17%) e in Molise (12%), Lazio (5%), Piemonte e Calabria (2%), Sicilia (1%).

Le differenze regionali divergono in particolare nella gestione dell'agenda per la prenotazione delle prestazioni. In 11 Regioni e Pa (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Bolzano, Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) le prenotazioni avvengono esclusivamente attraverso il Cup, si scende all'80% in 7

ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

Regioni (Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Sardegna e Sicilia), mentre nelle restanti realtà, nella ultima rilevazione di ottobre 2020, le percentuali di utilizzo oscillano tra il 60% e il 70% (Piemonte, Liguria e Molise).

Solo 14 le Regioni sono state adempienti sul fronte dei requisiti richiesti per pianificazione, coordinamento, valutazione e controllo dell'Alpi (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto), mentre solo la regione Marche ha raggiunto la completa adempienza a tutti i requisiti aziendali richiesti per far funzionare la libera professione intramoenia.

Il Report, come già evidenziato nell'ultima Relazione al Parlamento conferma comunque la forte riduzione dei volumi di prestazioni sia in regime Istituzionale

Segue a pagina 11

“
Solo 14 Regioni sono state adempienti sul fronte dei requisiti richiesti per pianificazione, coordinamento, valutazione e controllo dell'Alpi

Percentuale di prestazioni prenotate secondo la tipologia di agenda utilizzata
(monitoraggi nazionali di ottobre 2019 e gennaio, luglio e ottobre 2020)

Regione	ott-19				gen-20				lug-20				ott-20							
	Totale numero prenotazioni	1	2	3	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	Totale numero prenotazioni	1	2	3	4	
Abruzzo	1.958			100,0%	2.263			100,0%		1.312			100,0%		1.450			100,0%		
Basilicata	898			100,0%	727			100,0%		760			100,0%		698			100,0%		
Calabria	1.345	14,1%		85,9%	1.271	5,5%		94,7%		695	17,4%		82,6%		887	17,0%		83,0%		
Campania	4.302	17,1%	0,7%	82,2%	0,0%	3.836	11,3%	0,5%	88,2%	0,0%	3.758	8,8%	0,3%	90,8%	2.207	2,5%		97,5%		
E-R	14.499			85,2%	14,8%	14.335			84,5%	15,5%	10.857			89,6%	10,4%	10.904			89,2%	10,8%
FVG	3.389			100,0%	4.602			100,0%		2.895			100,0%		2.436			100,0%		
Lazio	6.965	6,5%	0,5%	92,9%		6.461	7,5%	0,5%	92,3%	0,0%	4.667	18,0%	0,3%	86,5%	0,2%	4.547	11,5%	5,7%	82,8%	
Liguria	2.974		1,4%	65,4%	33,2%	4.102		0,6%	73,5%	26,0%	2.593	0,5%	5,0%	59,4%	35,1%	2.808			67,3%	32,7%
Lombardia	15.383	0,8%		93,6%	6,1%	16.569	0,4%		94,2%	5,4%	11.910	0,5%		92,7%	6,6%	11.281	0,1%	0,9%	91,7%	7,3%
Marche	6.037			100,0%	6.083			100,0%		4.609			100,0%		4.725			100,0%		
Molise	326	25,8%		74,2%		163	39,3%		60,7%		60			100,0%	113	35,4%		64,6%		
PA di BZ*	316			100,0%	297			100,0%		43			100,0%		50			100,0%		
PA di TN	1.099			100,0%	2.371			100,0%		1.724			100,0%		1.754			100,0%		
Piemonte	8.020			69,3%	30,7%	8.377	0,5%		68,9%	30,8%	5.259			67,4%	32,6%	4.935			63,4%	36,6%
Puglia	3.346			100,0%	3.497			100,0%		2.900			100,0%		4.109			100,0%		
Sardegna	1.872			88,6%	11,4%	1.976			84,3%	15,7%	1.299			92,8%	7,2%	1.319			81,3%	18,7%
Sicilia	3.645	11,1%	1,2%	87,7%	0,0%	3.752	14,8%	1,4%	83,8%		2.437	4,0%	0,5%	95,6%	2.419	8,8%	1,4%	89,7%		
Toscana	12.020			100,0%	12.924			100,0%		11.041			100,0%		10.796			100,0%		
Umbria	2.084			100,0%	2.173			100,0%		1.816			100,0%		1.660			100,0%		
VdA	343			100,0%	307			100,0%		252			100,0%		360			100,0%		
Veneto	10.531			100,0%	10.214			100,0%		10.197			100,0%		12.657			100,0%		
Italia	101.352	1,9%	0,1%	91,3%	6,7%	106.300	1,6%	0,1%	91,6%	6,7%	81.084	1,5%	0,2%	92,5%	5,7%	82.115	1,2%	0,5%	92,2%	6,1%

Tipologie

1 Agenda cartacea gestita dal professionista

2 Agenda cartacea gestita dalla struttura

3 Agenda gestita dal sistema Cup

4 Altro

Anaao Giovani compie

Tredici!

anni

**Un percorso di crescita sindacale
e professionale vissuto con passione
e dedizione**

Alla vigilia della IV Conferenza Nazionale del Settore nato nel 2009, abbiamo raccolto alcune testimonianze dei protagonisti dell'ultimo quadriennio 2018-2022. Emerge forte dalle loro dichiarazioni la consapevolezza di far parte di una squadra dove la condivisione e la partecipazione sono il motore per tutelare i diritti dei giovani colleghi e costruire la nuova classe dirigente



**PIERINO
DI SILVERIO**
Responsabile
Nazionale Anaao
Giovani

26 giugno 2018, una data che ricorderò. Nasce il mio primo figlio.

Contestualmente, come se non bastasse, mi viene affidata una carica complessa, onorevole, impegnativa, proprio alla soglia dei 40 anni: Responsabile Nazionale del Settore Anaao Giovani.

Una sfida, mi dico. Ho ancora forze da impiegare? Di sicuro.

Poche ore e vengo immediatamente catapultato in un mondo parallelo. Ricordo la prima riunione del nuovo gruppo di quasi perfetti sconosciuti. Siamo tutti più o meno coetanei e l'età media non è proprio bassa, molti di noi sanno già che non ci sarà un secondo mandato nel Settore. Paradossalmente quello che avrebbe dovuto essere un primo limite si trasforma immediatamente in una prima acquisizione di consapevolezza.

Il settore, comprendiamo subito, è ancora agli albori, ma prima di tutto oc-

corre interessare i 'veri giovani', quelli che avremmo poi imparato a definire la 'cantera' dell'Anaao. E così inizia l'avventura.

Il ricordo successivo risale a qualche giorno fa, quando mi viene chiesto, alla vigilia del tredicesimo compleanno del Settore, del mio mondo parallelo, di raccontare questa esperienza.

4 anni, un'eternità, un battito di ciglia. In mezzo tanti flash. Ripercorro, come solitamente avviene quando si fa un resoconto, le tappe, e con qualche magone rivedo i volti dei tanti compagni di viaggio. Mi rendo conto che solo 4 anni fa non conoscevo quasi nessuno di quanti oggi sono diventati amici prima che colleghi. E capisco cosa è Anaao.

Anaao è prima di tutto condivisione, unione, costruzione, partecipazione. Guardo con occhi diversi allora i dirigenti sindacali e capisco. Vedo con occhi diversi tutta l'Associazione. Capisco



qual è la differenza tra l'Anaa e gli altri. Capsico a cosa dobbiamo puntare. Al di là di diversità di vedute personali, politiche, al di là degli scontri e degli incontri, al di là del bene e del male, esiste quello sguardo tra chi l'Anaa l'ha vissuta e la vive, sguardo che nasconde affetto profondo, amicizia, condivisione di anni passati insieme, sguardo che nasconde senso di appartenenza. Mi guardo un po' intorno e vedo che chi entra in Anaa ne esce, e non sempre, alla pensione, insomma un po' come un matrimonio, 'sindacale', *finché morte non ci separi*.

Ecco potrei fermarmi qui. Ma dimenticavo il resoconto.

Dire che questi 4 anni siano stati facili sarebbe ipocrita, dire che la strada è stata in discesa lo sarebbe altrettanto.

Nel 2018 il settore giovani era ancora in una lenta ricerca di personalità, stava ancora cercando la strada da intraprendere, proprio come un giovane ragazzo che non sa ancora bene cosa farà da grande.

Andava guidato, gestito, consigliato, portato per mano verso un'integrazione necessaria e imprescindibile con l'esperienza, la competenza, la partecipazione. Impresa ardua.

In questo percorso poi a far compagnia a quel giovane virgulto è arrivato un nemico, il COVID-19. Costantemente al fianco, molte volte di fronte a barrare la strada alla crescita, alla costruzione di rapporti, all'acquisizione di competenze, alle esperienze che in questa fase sono davvero punto di partenza per

un percorso di crescita e maturazione che ha bisogno dei suoi tempi.

Ma quel ragazzo, il settore Anaa Giovani, è riuscito a convivere con il nemico, sfruttando i limiti imposti e trasformandoli in opportunità.

4 anni: 26 comunicati, 16 iniziative, 9 studi, 9 incontri con Parlamentari e Ministri, soprattutto 4 anni di costanti battaglie al fianco dei giovani medici. 4 anni in cui il settore si è inventato un nuovo modo di comunicare, di agire, di farsi sentire. La legge Madia sulle stabilizzazioni, il Decreto Calabria per i medici in formazione, la Legge sulle aggressioni, la tutela delle donne durante la pandemia, dei diritti inalienabili, degli specializzandi, e poi la costante ricerca di colloqui, collaborazione con chi dell'Anaa rappresenta la storia, l'azione, la competenza.

Infine il rapporto sempre più stretto con le Associazioni di specializzandi che ci ha portato a un protocollo di intesa con la più numerosa associazione italiana di medici in formazione ALS. Siamo così entrati finalmente nelle Università, nei luoghi che solo fino a qualche anno fa risultavano inaccessibili al sindacato. Oggi lo specializzando finalmente ci vede come riferimento, e i numeri lo dimostrano. Siamo passati da solo 230 iscritti nel 2018 a 1.400 iscritti specializzandi oggi.

E così quell'obiettivo che ci prefissammo la prima volta che ci siamo visti e conosciuti, inizia a prender forma.

Ma Anaa Giovani non è stata solo specializzandi e formazione, è stata anche

Iscritti specializzandi

2018

230

2021

1.400

costantemente rivolta a chi nel sistema sanitario era appena entrato, e a chi dal sistema rischiava di uscire.

E poi il nuovo contratto, criticato, ancora in parte non applicato in periferia, ma che contiene per la prima volta norme per le nuove generazioni.

Tutto questo non sarebbe stato possibile senza il supporto e la guida di chi l'Anaa la gestisce e la fa crescere. Una squadra di potenza impressionante che talvolta resta anche vittima della propria forza ideativa e propositiva, ma che quando si muove fa tanto rumore.

Di sicuro, tra qualche digestione lenta del Settore, il risultato vero di questi 4 anni è stato aver iniziato il percorso di crescita di tanti colleghi nell'ambito di un'Associazione eclettica, eterogenea ma pulita, trasparente. Aver avuto costantemente al fianco i Segretari regionali, aver potuto condividere iniziative, strategie, o anche solo idee con i rappresentanti nazionali e regionali dell'Anaa è stato un vero onore, è stata la vera grande soddisfazione di questo percorso.

I numeri poi parlano in maniera inequivocabile.

Da circa 2.000 iscritti del 2018 siamo oggi arrivati a oltre 4.000 ed è un numero dinamico. Ogni anno, nonostante il Covid abbiamo avuto un incremento netto di iscritti pari a 1300 unità. Più di 5000 giovani popolano oggi il nostro sindacato.

Più di 5.000 giovani chiedono risposte quotidianamente sui temi più vari, più di 5000 giovani colleghi vedono l'Anaa come punto di riferimento, porto sicuro cui approdare nei momenti di difficoltà.

Potrebbero essere di più? Ma certo.

Potevamo fare di più? Sicuramente.

Di certo però abbiamo costruito un patrimonio insieme a una squadra che è maturata nel tempo.

Sarà compito della prossima squadra contribuire a non perderlo ma incrementarlo, sarà compito dei prossimi Segretari regionali e Nazionale continuare su quella strada tracciata in questi anni, con sacrificio, consapevolezza, umiltà.

Concludo condividendo una frase di Madre Teresa di Calcutta che ha un significato profondo e che spero possa aiutarci nel proseguire un lavoro solo agli inizi che tutti insieme porteremo a termine, assicurare il futuro alla nostra Associazione, senza perdere di vista il presente e il passato.

"Ciò che stiamo facendo è solo una goccia nell'oceano. Ma se quella goccia non fosse nell'oceano, credo che l'oceano sarebbe più piccolo".

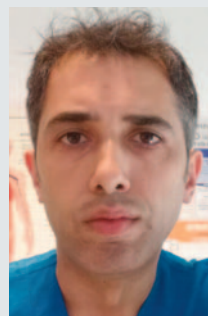
Tredici!

anni



ENRICO ALAGNA
Responsabile
Anaaio Giovani
Sicilia

La mia militanza in Anaaio come responsabile del Settore in Sicilia mi ha portato spesso a confrontarmi per lo più con giovani specializzandi, i quali alla domanda cosa significasse “fare parte di un sindacato” e quale valore gli attribuivano rispondevano di non reputarlo uno strumento per la salvaguardia dei diritti del lavoratore. Un’osservazione che riflette con chiarezza l’assenza strutturale del sindacato tra le fila delle nuove generazioni, spia di un cambiamento culturale confermato anche dalla difficoltà di fare nuovi iscritti. Da questa esperienza ho maturato la convinzione che il sindacato deve ripensare il suo ruolo per conservare un valore autorevole nella società economica e civile, altrimenti l’indifferenza diverrà il fattore con cui convivere stabilmente nel futuro. Ci sono stati comunque tanti i momenti di confronto con i giovani colleghi ai quali ho sempre cercato di far riconoscere i loro diritti.



VINCENZO COSENTINI
Responsabile
Anaaio Giovani
Veneto

Ho vissuto la mia esperienza di Responsabile regionale Anaaio Giovani Veneto in un periodo significativo per il nostro sindacato, sin dai festeggiamenti per i 60 anni dalla sua nascita, passando per uno stallo traumatico delle relazioni sindacali legate alla tragica pandemia virale in cui si è in parte riscritto e si sta riscrivendo la storia e le regole del nostro SSN.

Anaaio Giovani ha permesso di arricchire il mio percorso formativo sindacale, anche attraverso un confronto con altre realtà regionali italiane. Ho avuto l’opportunità di partecipare ad alcuni studi con valenza nazionale, collaborare alla stesura di articoli pubblicati sul mensile Dirigenza Medica, ho imparato a scrivere comunicati stampa, partecipato a seminari. Ma soprattutto ho potuto tessere una tela di relazioni sociali che mi hanno permesso di poter vedere il nostro sistema sanitario con una lente di ingrandimento nazionale.



GEMMA FILICE
Responsabile
Anaaio Giovani
Calabria

La mia storia in Anaaio Giovani è iniziata con un sogno: quello di dare voce e dignità ai giovani medici. Medici spesso invisibili, con gli occhi spenti dalla stanchezza e dallo scoraggiamento, specializzandi, donne, giovani genitori. Nel sindacato ho trovato un gruppo con cui condividere quel sogno. Abbiamo portato avanti tante battaglie, dalla stabilizzazione dei precari, all’orario di lavoro, al riconoscimento dei diritti degli specializzandi. Di strada ne abbiamo fatta tanta, anche durante la pandemia siamo stati gli unici accanto agli altri nel confrontarci con un’emergenza che andava ben oltre la nostra immaginazione. Sono stati anni intensi, di lavoro, di impegno, di crescita e di formazione. Anni che parlano di un gruppo che ha trovato la forza di lottare per un sogno pur in mezzo a tante difficoltà.



MARIA GABRIELLA COPPOLA
Responsabile
Anaaio Giovani
Campania

La vicinanza ai colleghi attraverso un rapporto basato sulla fiducia e sulla reciproca stima; la linearità e la lealtà nei rapporti singoli e di gruppo; l’unità di azioni e di intenti in attività partecipative e propositive di gruppo. Sono questi gli elementi che hanno positivamente accompagnato nel tempo sia le fasi attuative delle nostre proposte programmatiche di mandato sia le fasi gestionali di datate e/o nuove problematiche della categoria. Ritengo giusto riferire che questi elementi hanno anche arricchito, quali silenziosi quanto efficaci contributori, nel corso dell’ultimo quadriennio, la mia formazione personale come quella di tanti altri Giovani Anaaio Campania con sviluppi di maggiori conoscenze e competenze in ambito sindacali/contrattuali funzionali allo svolgimento del proprio operato professionale, corredandola di un “valore aggiunto”.

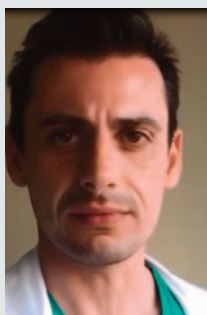
“

Ciò che stiamo facendo è solo una goccia nell’oceano. Ma se quella goccia non fosse nell’oceano, credo che l’oceano sarebbe più piccolo

Tredici! anni



Due considerazioni: la gratitudine verso chi ha scommesso in noi e la coscienza di continuare l'attività sindacale con dedizione e passione



FABRIZIO MEZZASALMA
Direttivo Nazionale Anaaio Giovani

Anaaio Giovani è confronto, solidarietà e crescita. L'esperienza nel Direttivo del Settore è stata coinvolgente e formativa, conducendomi a un passaggio chiave di nuova consapevolezza della professionalità e dell'impegno sindacale.

Alla fine del mandato prevalgono due considerazioni: la gratitudine verso chi ha scommesso in noi e la coscienza di continuare l'attività sindacale con dedizione e passione.



VINICIO RIZZA
Responsabile Anaaio Giovani Abruzzo

La mia esperienza in Anaaio Giovani si può riassumere in un semplice concetto: consapevolezza di far parte di una squadra.

Una squadra dove si è condivisa una progettualità per il raggiungimento di target finalizzati a combattere tutto ciò che non permette ai giovani medici di lavorare in modo sicuro e valorizzante, dove si impara a prendere senza paura le proprie responsabilità ed essere orgogliosi nell'affrontare problemi comuni trovandone le soluzioni.

Una squadra in cui se si perde non si è mai soli, ma si ha sempre la possibilità di avere la condivisione di un impegno continuo finalizzato alla concretizzazione di quel tentativo di miglioramento che permette di affrontare le fatiche quotidiane e, perché no, anche di sognare. Non esiste concretizzazione che non sia figlia di potenzialità.

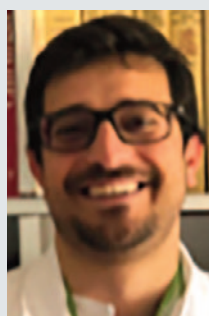


SILVIA PORRECA
Responsabile Anaaio Giovani Puglia

La mia esperienza sindacale maturata in questi 4 anni da Responsabile Anaaio Giovani Puglia assieme al coordinamento della macroarea del sud Italia, la definirei estremamente formativa e stimolante.

È stata una crescita esponenziale grazie alle conoscenze acquisite durante il percorso fatto in Anaaio Giovani. La creazione di un team affiatato e ben coordinato, punto costante di riferimento anche durante la pandemia, ci ha permesso di lavorare unitamente e di portare a termine i nostri numerosi progetti con una importante cassa di risonanza mediatica.

Concludo la mia esperienza auspicando di poter proseguire il mio impegno sindacale ed il percorso di crescita avviato.



ALDO ROCCA
Responsabile Anaaio Giovani Molise

I cardini della mia esperienza in Anaaio Giovani Molise sono ben chiari. La presenza del Settore ha permesso a ognuno di noi di poter assumere rilievo e autorevolezza sindacale sia nei confronti delle aziende ospedaliere che all'interno del consiglio regionale. Si è moltiplicato così il numero degli iscritti giovani, offrendo loro un riferimento sindacale e favorendo la nostra maturazione all'interno della dirigenza Anaaio, perché crescere vuol dire anche assumersi responsabilità. Il confronto continuo tra i vari responsabili regionali giovani ha permesso un continuo e mutuo scambio di esperienze e competenze, ottimizzando i processi e moltiplicando i risultati ottenuti. Inoltre la possibilità di vedere un percorso di crescita sindacale dedicato agli under 40 incoraggia molti all'impegno e al lavoro, facendo da volano anche per i non più giovanissimi.



Segue da pagina 6

zionale che in Alpi dal 2019 al 2020 come conseguenza della pandemia e della riduzione complessiva delle prestazioni: nello specifico nel 2019 le prestazioni erogate in Alpi erano 4.765.345 e quelle in Istituzionale 58.992.277, mentre nel 2020 quelle erogate in intramoenia sono state 3.204.061 e quelle erogate in istituzionale 43.398.623, con un calo, rispettivamente, del 32,7% e del 26,4%.

Ma vediamo nel dettaglio gli altri dati emersi nel 2020

Molte Regioni hanno mostrato segnali di un progressivo adeguamento agli adempimenti normativi, in quanto l'utilizzo di studi privati non ancora collegati in rete sembra quasi totalmente superata. Considerando i tre monitoraggi insieme (gennaio, luglio, ottobre 2020) 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 in sei Regioni (Calabria 2%, Campania 17%, Lazio 5%, Molise 12%, Piemonte 2% e Sicilia 1%) l'attività viene svolta ancora presso studi non ancora collegati in rete.

Analisi dei volumi e rapporto Alpi/Istituzionale

Dall'analisi del rapporto percentuale tra visite specialistiche eseguite in Alpi e quelle effettuate in attività istituzionale emerge che per la maggior parte (8 visite sulle 14 rilevate) la percentuale di ricorso alla libera professione è rimasta pressoché identica, mentre per

6 visite è invece lievemente aumentato (cardiologica, neurologica, fisiatrica, oncologica, pneumologica, gastroenterologica).

Il rapporto tra i volumi di visite specialistiche erogate in Alpi e i volumi di quelle erogate in regime Istituzionale registra, a livello nazionale, valori compresi tra il 3% (visita fisiatrica e visita oncologica) e il 29% (visita ginecologica), mentre quello tra i volumi di prestazioni diagnostiche ha valori compresi tra l'1% (TC, elettrocardiogramma dinamico (holter), Elettromiografia, mammografia monolaterale, RM, spirometria globale) e il 42% (ecografia ginecologica). La prestazione più gettonata in Alpi, come per il 2019, continua ad essere la visita cardiologica (402.829), seguita dalla ginecologica (364.522), da quella ortopedica (303.843) e dalla visita oculistica (242.511). Nel 2020 l'elettrocardiogramma (3.474.291) è la prestazione più erogata in attività istituzionale, seguita dalla visita oculistica (2.917.910), da quella cardiologica (2.657.571) e dalla visita ortopedica (2.640.968).

Agende di prenotazione, è il Cup il più utilizzato. Nel 2020 la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema Cup, con percentuali superiori al 90% in tutti i monitoraggi.

In particolare, nel 2020 si conferma che 11 Regioni/PA (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) utilizzano esclusivamente questo sistema. Per 7 Regioni (Calabria, Campania,

Rapporto Alpi/istituzionale a livello regionale.

In 13 regioni su 21 sono state rilevate alcune situazioni in cui il rapporto è superiore al 100% ma la situazione è comunque molto variegata tra una Regione e l'altra e all'interno della stessa regione.

Alcuni esempi:

■ **visita cardiologica/ elettrocardiogramma:** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Marche dal 182% nel 2019 al 82% nel 2020 mentre si registra un peggioramento in un'azienda della Regione Campania dal 72% nel 2019 al 206% nel 2020;

■ **visita chirurgia vascolare:** in un'azienda campana ed in una piemontese si nota un miglioramento passando dal 124% nel 2019 al 4% nel 2020 e dal 115% nel 2019 al 98% nel 2020;

■ **visita endocrinologica:** in un'azienda della Regione Sicilia il rapporto Alpi/Istituzionale passa dal 70% nel 2019 al 296% nel 2020;

■ **visita neurologica:** in Sicilia un'azienda mostra un peggioramento passando dal 43% nel 2019 al 112% nel 2020;

■ **visita ortopedica:** in un'azienda della Regione Campania il rapporto Alpi/Istituzionale è 114% nel 2019 e 107% nel 2020 mentre in un'azienda della Regione Marche il rapporto passa dal 72% nel 2019 al 137% nel 2020;

■ **visita ginecologica:** si nota un miglioramento in 8 aziende:
- una della Regione Abruzzo dal 101% nel 2019 al 85% nel 2020;
- una della Regione Lombardia dal 117% nel 2019 al 85% nel 2020;
- tre aziende umbre rispettivamente dal 112% nel 2019 al 49% nel 2020, dal 207% nel 2019 al 135% nel 2020 e dal 150% nel 2019 al 101% nel 2020;
- un'azienda piemontese dal

108% nel 2019 al 107% del 2020;

- una della Regione Sicilia dal 138% nel 2019 al 51% nel 2020;

- un'azienda veneta dal 103% nel 2019 al 71% nel 2020; mentre si registra un peggioramento in 7 aziende:

- un'azienda della Basilicata dal 80% nel 2019 al 119% nel 2020;

- un'azienda della Regione Emilia-Romagna dal 75% nel 2019 al 114% nel 2020;

- due aziende della Lombardia dal 96% nel 2019 al 147% nel 2020 e dal 25% nel 2019 al 119% nel 2020;

- un'azienda marchigiana dal 43% nel 2019 al 125% nel 2020;

- un'azienda del Piemonte dal 73% nel 2019 al 110% nel 2020;

- un'azienda siciliana dal 52% nel 2019 al 167% nel 2020;

■ **visita otorinolaringoiatrica:** si registra un peggioramento in 4 aziende:

- una della Regione Calabria dal 64% nel 2019 al 103% nel 2020;

- un'azienda campana dal 52% nel 2019 al 106% nel 2020;

- una della Regione Piemonte dal 77% nel 2019 al 127% nel 2020;

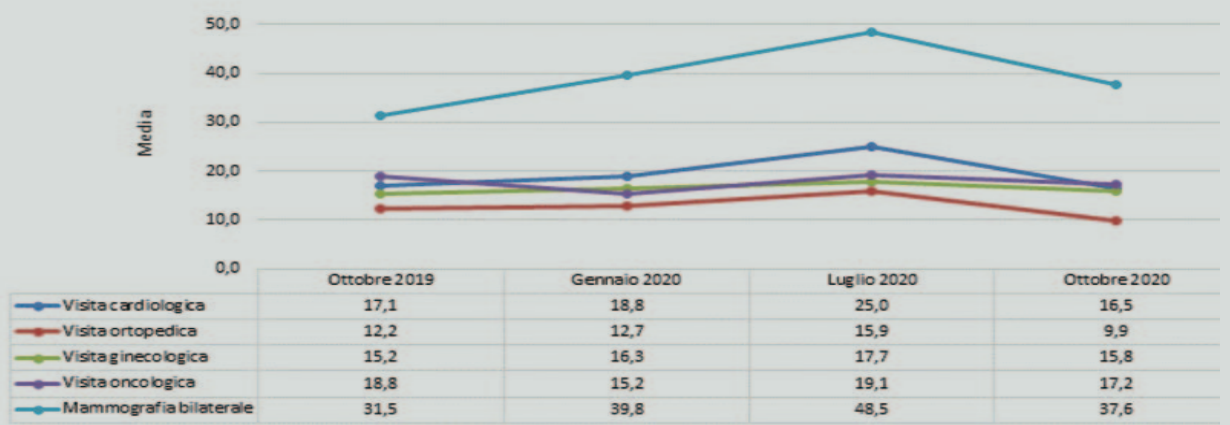
- un'azienda siciliana dal 108% nel 2019 al 162% del 2020;

■ **visita urologica:** si evidenzia un miglioramento in 2 aziende:

- una della Regione Campania dal 110% nel 2019 al 50% nel 2020;

- una umbra dal 125% nel 2019 al 69% nel 2020; mentre si registra un peggioramento in un'azienda marchigiana dal 147% nel 2019 al 228% nel 2020;

Trend delle medie dei tempi di attesa delle prenotazioni ambulatoriali rilevate nei monitoraggi ALPI di ottobre 2019 e di gennaio, luglio e ottobre 2020. ITALIA



■ **visita gastroenterologica:** si nota un miglioramento in due aziende, una lombarda ed una umbra, le cui percentuali sono rispettivamente dal 129% nel 2019 al 112% nel 2020 e dal 112% nel 2019 al 72% nel 2020;

■ **visita pneumologica:** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Campania dal 260% nel 2019 al 94% nel 2020;

■ **mammografia (monolaterale e bilaterale):** si registra un miglioramento ed un peggioramento in due aziende piemontesi dal 149% nel 2019 al 24% nel 2020 e dal 16% nel 2019 al 142% nel 2020;

■ **eco (color) dopplergrafia cardiaca:** si nota un peggioramento in un'azienda della Regione Campania dal 65% nel 2019 al 101% nel 2020 ed un miglioramento in un'azienda della Regione Sicilia dal 260% nel 2019 al 23% nel 2020;

■ **ecografi a addome (inferiore, superiore e completo):** si registra un miglioramento in un'azienda della Regione Campania dal 182% nel 2019 al 16% nel 2020;

■ **ecografia mammella (monolaterale e bilaterale):** si nota un miglioramento in un'azienda piemontese dal 269% nel 2019 al 5% nel 2020;

■ **ecografia ostetrica e ginecologica:** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Campania dal 750% nel 2019 al 26% nel 2020 mentre si registra un peggioramento in 4 aziende:

- una della Basilicata dal 100% nel 2020 al 143% nel 2020;
- una campana nel 507% nel 2019 al 524% nel 2020;
- una dell'Emilia-Romagna dal 117% nel 2019 al 136% nel 2020;
- una azienda della Regione Lazio dal 53% nel 2019 al 215% nel 2020;

■ **ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso:** in un'azienda siciliana il rapporto Alpi/Istituzionale passa dal 188% nel 2019 al 52% nel 2020;

■ **esofagogastroduodenoscopia/esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica:** si nota un peggioramento in un'azienda siciliana dal 90% nel 2019 al 119% nel 2020;

■ **elettrocardiogramma dinamico (holter):** in un'azienda lombarda il rapporto percentuale Alpi/Istituzionale migliora dal 182% nel 2019 al 9% nel 2020;

■ **test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile/altri test cardiovascolari da sforzo:** si nota un peggioramento in un'azienda siciliana dal 97% nel 2019 al 160% nel 2020;

■ **spirometria (semplice/globale):** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Toscana dal 186% nel 2019 al 116% nel 2020;

■ **elettromiografia:** si nota un miglioramento in un'azienda della Regione Lazio dal 210% nel 2019 al 11% nel 2020 mentre si registra un peggioramento in un'azienda della Regione Piemonte dal 9% nel 2019 al 169% nel 2020.

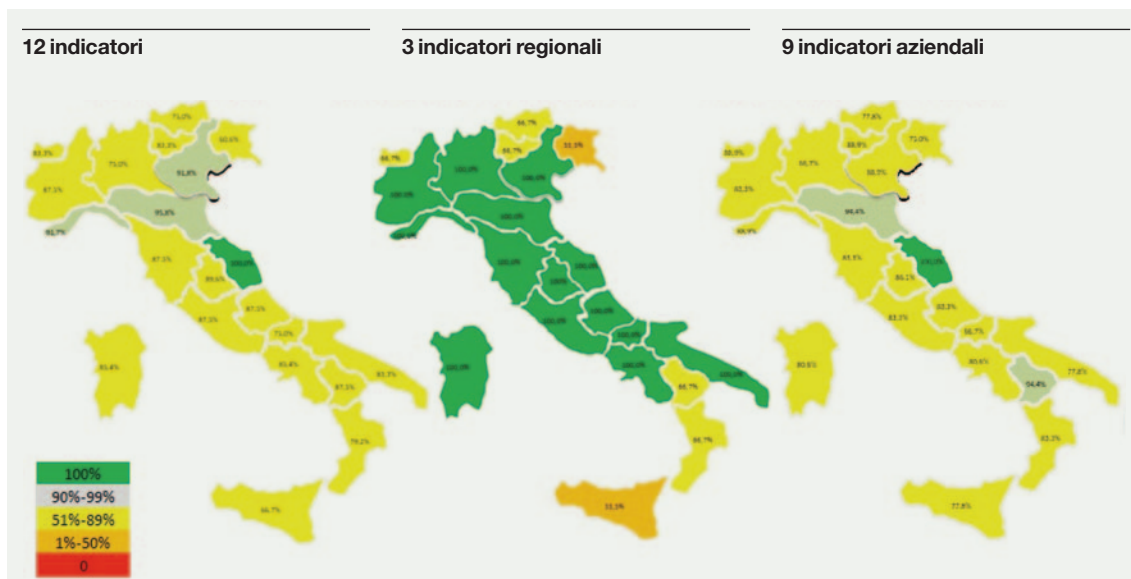
Emilia- Romagna, Lazio, Lombardia, Sardegna e Sicilia) si registrano prenotazioni attraverso il Cup nell'80% dei casi. Le altre Regioni hanno una percentuale intorno al 60%.

In sintesi, osserva Agenas, nel corso degli anni si sta via via consolidando l'utilizzo del sistema Cup, così come auspicato dalle Linee Guida del Ministero della Salute.

Le prestazioni più gettonate. La rilevazione delle prenotazioni in Alpi, effettuate nei monitoraggi di gennaio, luglio ed ottobre 2020, ha evidenziato che la maggior parte delle richieste (circa il 78% del totale) riguardano le visite specialistiche; di contro il 22% di prenotazioni riguarda le prestazioni diagnostiche.

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 (2.706 prenotazioni a gennaio, 1.804 a luglio e 1.965 ad ottobre), l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella

Segue a pagina 15



REGIONE	Livello REGIONALE SEZIONI R1 - R2 - R4			Livello AZIENDALE SEZIONE A4 - GOVERNO AZIENDALE DELLA LIBERA PROFESSIONE								SEZIONE A5 - VOLUMI DI ATTIVITÀ		
	PASSAGGIO AL REGIME ORDINARIO DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA	LINNE GUIDA	ORGANISMI PARITETICI	INFRASTRUTTURA DI RETE ATTIVA	TRACCAIBILITÀ PAGAMENTO	IMPORTI DEFINITI CON I DIRIGENTI	TRATTENUTA DEL 5%	ALLINEAMENTO TEMPI	CONFLITTO DI INTERESSI/ CONCORRENZA SLEALE	DEFINIZIONE ANNUALE VOLUMI ISTITUZIONALI	DEFINIZIONE VOLUMI ALPI	ORGANISMO PARITETICO		
													R1.1	R2.1
ABRUZZO	si	si	si	75,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	75,0%	
BASILICATA	si	si	no	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	
CALABRIA	si	si	no	90,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	90,0%	80,0%	70,0%	100,0%	
CAMPANIA	si	si	si	100,0%	94,1%	94,1%	100,0%	100,0%	94,1%	70,6%	76,5%	100,0%	100,0%	
EMILIA-ROMAGNA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	92,3%	92,3%	100,0%	
FRIULI-VENEZIA GIULIA	si	no	no	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	80,0%	100,0%	60,0%	40,0%	80,0%	100,0%	
LAZIO	si	si	si	94,4%	100,0%	100,0%	100,0%	94,4%	100,0%	66,7%	55,6%	94,4%	100,0%	
LIGURIA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	88,9%	100,0%	100,0%	55,6%	100,0%	100,0%	
LOMBARDIA	si	si	si	84,6%	100,0%	94,9%	92,3%	89,7%	100,0%	74,4%	61,5%	79,5%	100,0%	
MARCHE	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
MOLISE	si	si	si	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
PIEMONTE	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,4%	77,8%	94,4%	100,0%	
P.A. BOLZANO	si	no	si	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	
P.A. TRENTO	si	no	si	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
PUGLIA	si	si	si	90,0%	100,0%	100,0%	100,0%	80,0%	70,0%	90,0%	70,0%	100,0%	100,0%	
SARDEGNA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	50,0%	100,0%	50,0%	100,0%	
SICILIA	no	si	no	88,0%	100,0%	100,0%	100,0%	94,4%	88,9%	83,3%	94,4%	100,0%	100,0%	
TOSCANA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	66,7%	77,8%	100,0%	77,8%	100,0%	
UMBRIA	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	50,0%	50,0%	100,0%	100,0%	
VALLE D'AOSTA	si	si	no	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
VENETO	si	si	si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	83,3%	66,7%	100,0%	100,0%	

Legenda: 100% (green), 90-99% (light green), 51-89% (yellow), 1-50% (orange), 0% (red)

La regola delle 3 S

Risuonano le sirene, le strade sono deserte, solo mezzi delle forze dell'ordine e militari per le strade, la gente rinchiusa in casa o che cerca rifugio lontano dalle città; non è il lockdown per COVID, ma la guerra

Pensavamo di aver visto tutto nel periodo più duro della pandemia ma così non è stato e ci ritroviamo ad osservare oggi, nemmeno tanto da lontano, qualcosa che non era immaginabile ai più.

Non vogliamo crederci ma la realtà supera la fantasia e dobbiamo prepararci, attrezzarci e organizzarci perché quando la situazione lo richiede, ognuno, e più di altri chi si occupa di Salute, deve fornire il proprio aiuto senza se e senza ma.

L'emergenza profughi, consequenziale all'invasione russa dell'Ucraina deve essere gestita prioritariamente dal punto di vista sanitario e l'organizzazione, tanto vituperata, messa in piedi per combattere la Pandemia risulta essere una base di lavoro solida e importante.

Sappiamo quanto sia importante e necessario monitorare i casi Covid positivi e pertanto si è predisposto il sistema di effettuazione tamponi entro le 48 ore dall'ingresso dei profughi nel nostro Paese ed in contemporanea al tampone viene proposta loro la vaccinazione sia come prima che seconda che terza dose.

Il sistema Sanitario però non si limita a ciò, perché bisogna garantire assistenza e cure ai malati che giungono e tutte le regioni attraverso le strutture sanitarie hanno già dato disposizioni su come intervenire.

Come se non bastasse esiste il proble-



PIERANGELO CLERICI
Direttivo Nazionale Anaao
Assomed Dirigenza Sanitaria
Presidente FISMeLab



ma delle possibili malattie infettive non Covid da monitorare quali il Morbillo e la Poliomielite, di cui si sono apprezzati focolai negli ultimi due anni, oltre al problema endemico rappresentato dalla Tuberculosis e dall'HIV, e quindi l'impianto delle strutture di Medicina di Laboratorio presenti sul territorio è stato attivato per tutte le diagnostiche.

Esiste un problema legato a ciò ed è rappresentato dai bambini che molto spesso non risultano vaccinati nei confronti delle principali malattie infettive verso le quali esiste una vaccinazione obbligatoria nel nostro Paese e pertanto si è strutturato un sistema ad hoc per questa tipologia di intervento.

Se questo è quello che ci attende nell'immediato sappiamo che nel prossimo futuro il numero di profughi, ora limitato, tenderà ad aumentare in misura importante, si parla di mezzo milione di persone, e pertanto si dovrà mettere a sistema ciò che oggi è affrontato in regime di emergenza.

Sicuramente il nostro Sistema Sanitario è sufficientemente pronto ad adempiere alle necessità della popolazione ucraina accolta nel nostro Paese anche se non dobbiamo dimenticare che tuttora è ancora presente il Virus SARS-Cov2 e gli Ospedali stanno riprendendo la loro attività routinaria con un arretrato, soprattutto nel comparto oncologico, enorme.

Se il nostro Sistema Sanitario è costitu-

zionalmente universalistico bisogna però anche porsi il problema delle risorse di cui deve disporre per rispondere in maniera adeguata alle esigenze di chi ne deve usufruire suo malgrado e le risorse non devono intendersi solo di natura economica ma soprattutto di natura umana.

La mancanza di specialisti in ogni disciplina unita alla continua emorragia di personale dalle Unità Operative sta portando al collasso interi settori ospedalieri come i Pronto Soccorso, le Radiologie, le Rianimazioni e non ultimo tutto il comparto della Medicina di Laboratorio dove alla conclamata carenza di personale Dirigente inizia ad affiorare anche la carenza di personale tecnico.

Se è pur vero che in regime di guerra le emergenze si affrontano anche all'arma bianca, forse preoccuparsi e programmare nell'immediato futuro un sistema che guardi con maggiore attenzione alle Risorse Umane mancanti e non agli equilibri di bilancio sarebbe cosa buona e giusta oltre che intelligente.

A noi di "vecchia scuola" era stata sempre insegnata la regola delle tre S: Scuola, Sanità e Sicurezza su cui investire e mai risparmiare per la crescita di un Paese, non ci resta che augurare che questa regola venga ripristinata da chi può e soprattutto deve, e non venga trasformata in un'altra regola delle 3 S: Sangue, Sudore e Sofferenza.



La fine dello stato di emergenza e le disposizioni sugli incarichi in essere

Il Governo, con il decreto legge 24 marzo 2022, n. 24 ha provveduto ad adottare alcune disposizioni attuative per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da Covid-19 in conseguenza alla cessazione dello stato di emergenza, terminato il 31 marzo scorso

In particolare:

- **l'articolo 10 – Allegato A - proroga al 31 dicembre 2022** la possibilità di **trattenimento in servizio** dei dirigenti medici e sanitari e del personale sanitario anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza (art. 12 c. 1 dl 18/2020 – Cura Italia -);
- **l'articolo 10 – Allegato A - proroga al 31 dicembre 2022** la possibilità di **conferire incarichi temporanei** (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa) a laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti all'ordine professionale da parte delle aziende e degli enti del SSN (art. 2-bis, c. 3 dl 18/2020 – Cura Italia -);
- **l'articolo 10 - Allegato B - proroga al 30 giugno 2022** le disposizioni contenute nell'articolo 2-bis, comma 5, del dl 18/2020 – Cura Italia - relativamente a “*conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del*

ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza”.

A ciò va aggiunto che la Legge di Bilancio 2022 (L. 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1 comma 268), consente agli Enti del SSN, al fine di rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali anche per il recupero delle liste d'attesa e di valorizzare la professionalità acquisita dal personale che ha prestato servizio durante l'emergenza da COVID-19, **anche nell'anno 2022:**

A di conferire incarichi di lavoro autonomo (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa) esclusivamente a medici specializzandi (iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione) – art. 2-bis co. 1 lettera a) del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 - nonché, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale, incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari e a medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di specializzazione - art. 2-ter co. 1 e 5 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18. Tali facoltà sono esercitabili anche mediante proroga (fino ad un termine non successivo al 31 dicembre 2022) dei rapporti omologhi già in corso nel 2021 (stipulati in base alle relative norme transitorie) e sono su-

bordinate al rispetto dei limiti generali di spesa per il personale degli Enti e Aziende del Servizio sanitario nazionale e alla condizione della previa verifica dell'impossibilità di utilizzare personale già in servizio o di ricorrere agli idonei di graduatorie concorsuali in corso di validità. Il richiamo della legge di bilancio per gli incarichi di lavoro autonomo è circoscritto ai MEDICI SPECIALIZZANDI con esclusione di altre categorie (iscritti agli albi delle professioni sanitarie ed operatori socio sanitario contemplate dalle norme transitorie operanti fino al 31 dicembre 2021). Il decreto 24/2022 riconosce il servizio svolto dai medici specializzandi ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione slegandolo dallo stato di emergenza e rendendolo strutturale.

B di stabilizzare, mediante contratti di lavoro a tempo indeterminato, il personale del ruolo sanitario e degli operatori socio sanitari assunto con rapporto a tempo determinato.

In breve, le caratteristiche delle nuove disposizioni transitorie sulla stabilizzazione:

■ **FINALITÀ:** la disposizione intende rafforzare strutturalmente i servizi sanitari regionali, per far fronte al recupero delle liste d'attesa e valorizzare la professionalità acquisita dal personale anche durante l'emergenza

Riassumendo

PROROGA AL 30 GIUGNO 2022

Conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, nonché agli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza;

PROROGA AL 31 DICEMBRE 2022

Trattenimento in servizio dei dirigenti medici e sanitari e del personale sanitario anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza;

incarichi temporanei (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa) a laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti all'ordine professionale da parte delle aziende e degli enti del SSN;

incarichi di lavoro autonomo esclusivamente a medici specializzandi iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione;

incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari e a medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di specializzazione, previo avviso pubblico

per gli specializzandi medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi restano ancora valide le procedure concorsuali previste dal decreto Calabria, con possibile assunzione fino al 31 dicembre 2022 con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative.

DAL 1° LUGLIO 2022 AL 31 DICEMBRE 2023

Procedure di stabilizzazione ai sensi della legge di bilancio per il 2022

za epidemiologica da Covid 19.

- **AMBITO TEMPORALE:** può trovare applicazione nel lasso di tempo che intercorre tra 1° luglio 2022 – 31 dicembre 2023.
- **AMBITO SOGGETTIVO:** è rivolta al personale del ruolo sanitario e socio sanitario reclutato a **TEMPO DETERMINATO CON PROCEDURE CONCORSUALI**, ivi comprese le procedure previste dall'articolo 2-ter del decreto Cura Italia (ovverosia per il "conferimento di incarichi individuali a tempo determinato previo avviso pubblico al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari nonché a medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione"); è rivolta altresì a favore di personale che sia stato reclutato a tempo determinato con procedure **DIVERSE** da quelle concorsuali; in questo caso si provvede mediante espletamento di prove selettive.
- **REQUISITI:** maturazione al 30 giugno 2022 di una anzianità di 18 mesi di servizio anche non continuativo di cui almeno 6 mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, alle **DIPENDENZE** di un ente o azienda del servizio sanitario nazionale.
- **APPLICAZIONE DELLA DISPOSIZIONE:** l'applicazione delle nuove norme è posta **come possibile alternativa** alle norme transitorie già vigenti le quali sono operanti fino al 31 dicembre 2022, ovvero all'articolo 20 del d.lgs. 25 maggio 2017, n. 75 – *cosiddetta Madia* –.
- **CRITERI:** prevede che la stabilizzazione avvenga secondo criteri di priorità stabiliti da ciascuna Regione e alle condizioni suddette.
- **AMBITO DI APPLICAZIONE REGIONI A STATUTO SPECIALE:** le disposizioni si applicano nell'ambito dei rispettivi bilanci anche nelle Regioni a statuto speciale e nelle province autonome che provvedano al finanziamento del fabbisogno complessivo del SSN senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

(2.150 prenotazioni a gennaio, 1.617 a luglio e 1.872 ad ottobre) e la mammografia monolaterale e bilaterale (1.936 prenotazioni a gennaio, 1.569 a luglio e 1.848 ad ottobre).

Sul fronte dei tempi di attesa circa il 57,1% delle prenotazioni ha un'attesa inferiore ai 10 giorni; circa il 28,4% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (30 gg per la visita specialistica, 60 gg per le prestazioni strumentali) e solo per il 14,5% delle prenotazioni si deve aspettare oltre i 30/60 giorni. 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 rappresenta la prestazione con giorni di attesa medi più alti: solo 1/3 ha una prenotazione entro 10 giorni (mammografia monolaterale 33%, mammografia bilaterale 35%, seguito dalla visita endocrinologica, 42%, e dalla ecografia della mammella, 45%).

Le best practice

Per capire il grado di maturazione e di sviluppo dei diversi sistemi regionali, il Report ha analizzato i risultati complessivi su 12 indicatori selezionati (3 regionali e 9 aziendali).

I primi riflettono le diverse competenze proprie del governo regionale in materia di libera professione intramuraria, riconducibili essenzialmente agli ambiti della pianificazione, del coordinamento, della valutazione e del controllo. Gli indicatori aziendali sono invece relativi al pagamento delle prestazioni direttamente all'Azienda tramite mezzi di pagamento che ne garantiscono la tracciabilità, determinazione degli importi da corrispondere d'intesa con i dirigenti, applicazione della trattenuta del 5% del compenso corrisposto al professionista per interventi di prevenzione o per l'abbattimento dei tempi di attesa, definizione dei volumi in attività libero professionale, allineamento dei tempi di attesa.

Cosa è emerso? Sono 14 le Regioni che ottengono l'adempimento su tutti e tre gli indicatori regionali (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto), mentre per gli indicatori aziendali solo le Marche hanno raggiunto la completa adempimento

E.M.



Segue da pagina 1

Uno statuto nuovo per tempi nuovi

italiana era finita da tempo. Ora si è chiusa, per carenza di protagonisti e per i mutamenti avvenuti nella società, nella sanità, nel sindacato, anche la fase iniziata a Fiuggi nel 2000. Le periferie sono certo più vicine agli iscritti, ma non riusciranno mai a esprimere la forza unitaria di un sindacato nazionale, e a ottenere i suoi risultati, tanto più quando, come oggi, occorre governare un cambio, non solo di giocatori ma di moduli di gioco.

Lo Statuto di Roma apre la strada ad un rinnovamento come valore competitivo, se condotto all'insegna della capacità di valorizzare i più capaci, a prescindere dalle simpatie e dalle cordate, territoriali o ideologiche, dalla età, dal sesso, dallo stato giuridico. Grazie anche all'introduzione di principi dialettici nella elezione di parte degli organismi statutari. Il futuro dirà se e come riuscirà a frenare la ondata regionalistica che deve affrontare i tempi lunghi della riflessione politica.

Per intanto, il compito cui non possiamo sottrarci è dare al cambiamento un contenuto, un programma convincente e dirigenti credibili, per suscitare speranza e fiducia che non hanno solo un valore etico ma anche di appartenenza. Una dicotomia politica e sindacale deve essere condotta a sintesi per evitare di trasformare anche l'Anaa in uno dei "Troppi frammenti senza collante, coriandoli di diversa grandezza, in una parcellizzazione estrema della rappresentanza degli interessi" (Relazione al Congresso Nazionale 2014).

Non basta ripetere il mantra "cambiare verso". Occorre mettere in campo quello che una volta si chiamava "progetto" se vogliamo continuare a farci carico della esistenza di un sistema sanitario pubblico e nazionale, tenendo insieme legittimi interessi delle categorie che rappresentiamo e diritti dei cittadini. Diritto alla cura e diritto a curare, autonomia e responsabilità dei professionisti, si salvano insieme o insieme periranno.

Oggi è più difficile, anche per noi? Certo, ma, per dirla con Seneca, "non è perché le cose sono difficili che noi non osiamo, è perché non osiamo che sono difficili".



Def 2022 /2

La sanità nel Programma nazionale di riforma

Segue da pagina 4

personale sanitario, anche a livello territoriale, potenziando la formazione e valorizzando gli specializzandi all'interno delle reti assistenziali. La rapida attuazione degli investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie dovrà essere costantemente monitorata e accompagnata da investimenti immateriali come la promozione della ricerca sanitaria. Per dare risposta alla domanda di assistenza dei cittadini e accrescere la resilienza del sistema sarà necessario puntare sempre più su una sanità di 'prossimità' anche sfruttando la diffusione delle nuove tecnologie.

Inoltre, al fine di salvaguardare la rete di prossimità rappresentata dalle farmacie italiane, a partire dalle zone interne, montane e a più bassa redditività, sarà valutato un **nuovo metodo di calcolo della remunerazione delle farmacie per la dispensazione del farmaco nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.**

Tale metodo di remunerazione – da implementare in coerenza con i vincoli di finanza pubblica e tenendo conto degli esiti della sperimentazione di cui all'articolo 20 del decreto-legge 22 n. 41, marzo 2021 – potrà accompagnare lo sviluppo di una moderna idea di farmacia che, insieme alla dispensazione di farmaci, si trasformi, sempre di più, in "farmacia dei servizi", ovvero un luogo di riferimento dove erogare assistenza e servizi.

È infine da segnalare che la tutela della salute ha rappresentato un argomento centrale nei lavori della Presidenza italiana del G20. Il riconoscimento dello sforzo globale posto in essere per il contrasto della pandemia ha portato all'ulteriore riconoscimento della 'One Health' (o Salute Globale) quale obiettivo da perseguire, con finalità di prevenzione, tutela e contrasto, in risposta alle emergenze sanitarie odierne e future nell'ambito globale e locale. L'Italia proseguirà il proprio impegno nel favorire l'accesso equo ed universale alle vaccinazioni più urgenti e necessarie, tra cui quelle contro il COVID-19, anche da parte dei Paesi più fragili, attraverso la costante e attiva partecipazione ai lavori delle organizzazioni e delle iniziative nel campo della Salute Globale.

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

