

d!

d!rigenza medica

- 2 **Intervista a Carlo Palermo**
Al Ssn servono 10mila nuovi medici a tempo pieno e stipendi raddoppiati
- 6 **Indagine Anaa Assomed**
Il 55% dei medici ha subito atti violenti
- 8 **Le riforme necessarie**
Il sistema emergenza-urgenza

Il mensile dell'Anaa

ANAAO ASS
ASSOCIAZIONE

BONUS COVID

Accordi solo in otto Regioni.

CON TROPPE DIFFERENZE

La scelta di non riconoscere una specifica indennità Covid nazionale sta creando notevoli disparità di trattamento tra il personale sanitario delle Regioni che hanno affrontato l'emergenza

Pat Carra per l'Anaa Assomed



**Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV**



Apri il lettore QR
code del tuo
dispositivo e
inquadra il codice
con il display per
leggerne il
contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

**Progetto grafico
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di giugno 2020

Oltre la pandemia: donne che curano la sanità

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato una prova epocale nella quale tutto il mondo ha potuto vedere la sanità italiana all'opera, portata alle stelle dal sottosuolo dove da anni sembrava relegata. Un SSN riflesso nei volti deformati dai DPI dopo un turno infinito, di cui le Donne rappresentano i due terzi della totalità della forza lavoro in Sanità.

Silenziose, efficaci, instancabili, senza protezioni, come del resto quasi tutti gli operatori abbiamo vissuto e governato questa lunga traversata. Che non si limitava all'orario di lavoro in ospedale, o nelle strutture territoriali, a reinventare reparti e nuovi posti letto, dirigere in emergenza, organizzare turni, interpretare direttive, ma si estendeva anche alla gestione della famiglia.

In questo lungo tempo sospeso, segnato dall'epidemia che avanzava, annunci e informazioni in ordine sparso, sottovalutazioni, carenze, retorica senza pudore, la solitudine degli operatori speculari alla inadeguatezza delle Direzioni/Amministrazioni, da quelle aziendali a quelle regionali, sono stati il tratto comune, dal nord al sud del Paese.

Oggi finalmente possiamo cominciare ad alzare lo sguardo oltre il quotidiano e la stanchezza, dopo essere state impegnate, ancora più del solito, a curare e resistere. Grande, amarissima soddisfazione, pagata con gli interessi, e con il legittimo sospetto che, nonostante **#nullasaràpiùcomeprima**, da domani la compagine chiamata a gestire la sanità e scrivere la pagina successiva dell'eroismo di questi mesi, tornerà a mostrarsi come sempre incapace di dare valore al lavoro di cura, senza una idea di politiche che abbiano a cuore la salute del paese. Il quadro che avevamo denunciato nella III Conferenza Anaao Assomed "Donne Sanità Sindacato" dello scorso anno, e per il superamento del quale ci stavamo preparando.

Le successive fasi sono all'insegna del "rilancio", con un copione confuso ed affollato, con task force, in cui è stata fatta notare la scarsa presenza femminile, anche se non è la mancanza di presenzialismo a preoccuparci, soprattutto se di copertina, senza idee

declinate sulla differenza.

Per noi è il momento di pensare, in un quadro generale di scarsa attenzione, alle vite delle donne che curano. Non solo vite lavorative, ma esistenze piene, fortemente provate e deprivate, in termini qualitativi e quantitativi, dalla durezza di questi tempi. Proprio quando è facile l'amnesia del giorno dopo, l'urgenza di ritornare al più presto a favoleggiare di "conciliazioni" mai esistite, ricattatorie, a basso costo e variamente ignorate perfino nelle innovazioni organizzative.

In un quadro di analfabetismo politico in tema di diritti elementari (diritto allo studio, diritto al lavoro) non mitigato, spiace dirlo, dalla presenza di donne ai tavoli decisionali, scarsa attenzione, nelle tante e nuove misure assunte (a debito) dal governo, è riservata alle donne della sanità. *"Niente vi avevano promesso, niente vi hanno dato"*, come accadde alle suffragette un secolo fa. D'altronde, non crediamo che i sussidi che sembrano piovere a pioggia, senza un disegno, possano essere efficaci se non vanno in direzione della dignità delle lavoratrici, se non sono diretti alle famiglie nel loro insieme, e non a donne tuttofare, incidentalmente professioniste.

In uno scenario in cui l'immagine e le parole delle varie task force sembrano provenire da un altro mondo, che non è mai uscito a vedere che cosa succede sulla terra, noi ci prepariamo a costruire nuovi contesti e più umani luoghi di cura, finalmente adeguati alle nostre vite. Che non vogliamo più dividere in lavorative e familiari, in sanitarie ed affettive, ma attraversare al meglio senza caricarle di infiniti multitask e con la volontà di non più dover "conciliare". Le donne in Sanità sono questo, e sono la maggioranza, piaccia o no.

Forti di quello che siamo state capaci di dare in questi terribili giorni stiamo lavorando per superare organizzazioni che hanno fallito su tutti i fronti. Abbiamo visto ed imparato abbastanza da latitanze ed errori evitabili, abbiamo esperienza e idee per una società della cura che finalmente ci appartenga. E siamo pronte.



SANDRA MORANO

Coordinatrice Area
Formazione Femminile
Anaao Assomed

Intervista a Carlo Palermo

Segretario Nazionale Anaa Assomed



ROMPERE
GLI INDUGI

ALSSN
SERVONO
10mila nuovi medici
e stipendi raddo

“I nostri calcoli parlano di almeno ulteriori 4.000 assunzioni necessarie tra rianimatori, internisti, pneumologi, medici di malattie infettive e medici di pronto soccorso. Dobbiamo poi aumentare la dotazione di posti letto almeno del 10% se non vogliamo rimanere in coda alle classifiche europee. Possiamo quindi dire che sarà necessario assumere 10.000 medici per un investimento di 1,1 miliardi”.



CARLO PALERMO
Segretario
Nazionale Anaa
Assomed

Dottor Palermo, lasciatoci alle spalle la fase più critica dell'emergenza Covid-19, quali sono a suo parere le priorità sulle quali puntare per la Fase 3? C'è l'urgenza di concentrarsi molto di più sugli ospedali. C'è stata, giustamente, una grande attenzione sul potenziamento del territorio per riuscire intercettare e curare tempestivamente i nuovi casi, anche in vista di una ipotetica possibile nuova ondata nei prossimi mesi. Ho invece l'impressione che non sia stata ancora ben colta un'altra emergenza: noi stiamo rischiando di avere una mortalità uguale, se non superiore, a quella del Covid-19 legata a patologie ordinarie. Parlo, ad esempio, delle patologie cardiovascolari tempo dipendenti, per le quali è stato già registrato un incremento netto del 10% di mortalità. Vi è poi un ritardo enorme negli screening per l'individuazione precoce dei tumori. Sono stati rinviati circa 400.000 interventi chirurgici. Ci sono pazienti che arrivano in ritardo in ospedale perché, ovviamente, almeno nei primi mesi dell'emergenza hanno preferito non recarsi in ospedale per paura dei contagi.

E gli ospedali sono in grado di farsi carico di tutto questo?

Il problema è che abbiamo una classe medica ospedaliera che ha avuto uno stress test micidiale in questi mesi, sia sotto il profilo del disagio lavorativo che sotto il profilo psicologico. In questo contesto si carica un ulteriore problema di incremento del lavoro. Dobbiamo inoltre aggiungere che i dovuti processi di sanificazione, tra un paziente e l'altro, dilatano il tempo necessario per le visite. Alla luce di tutto ciò, per recuperare i controlli, gli screening e gli interventi si dovrebbe riuscire ad aumentare del 20-30% l'attività ordinaria. Senza dimenticare che il personale deve anche recuperare le ferie bloccate.

Come riusciremo?

Tanto per cominciare servirebbe un ripristino pieno delle dotazioni organiche. I medici sono circa 110.000, ed il 40% dovrebbe andare in pensione nei prossimi 5-6 anni. Consideriamo che rispetto al 2009, ossia il punto massimo della curva delle assunzioni nel Ssn, abbiamo 9.000 unità in meno tra dirigenti



Medici a tempo pieno doppiati

medici e sanitari. E la risposta che è stata data in emergenza, tra il Decreto Cura Italia e quello Rilancio, è stata del tutto inadeguata: circa 4.000 assunzioni 'usa e getta', con contratti libero professionali. Sono pochissimi quelli che hanno avuto un contratto a tempo determinato.

Quindi la prima cosa da fare quale dovrebbe essere?

Stabilizzare questi colleghi, quantomeno con contratti a tempo determinato per portarli poi ad un concorso per il tempo indeterminato. E bisogna ulteriormente allargare questa prima platea. Perché serve il personale per seguire i 3.500 posti in più di terapia intensiva ed i 4.225 posti di terapia sub-intensiva, di cui il 50% sarà dotato di ventilatori da usare in caso di necessità. I nostri calcoli parlano di almeno ulteriori 4.000 assunzioni necessarie tra rianimatori, internisti, pneumologi, medici di malattie infettive e medici di pronto soccorso. Dobbiamo poi aumentare la dotazione di posti letto almeno del 10% se non vogliamo rimanere in coda alle classifiche europee. Possiamo quindi dire che sarà necessario assumere 10.000 medici per un investimento di 1,1 miliardi. Non bastano certo i 240 milioni previsti dal Decreto Rilancio. Anche per questo penso sia assolutamente necessario aderire alle risorse economiche messe a disposizione dal Mes.

“
Un contratto di formazione lavoro collegato ad un'apposita area della dirigenza medica sanitaria in modo da poter trasferire sui giovani colleghi specializzando le tutele previdenziali, sindacali e assicurative che sono previste dal contratto della dirigenza medica

Non avete dubbi, quindi, sulla necessità di aderire al Mes "Covid"?

Assolutamente no, quei soldi servono anche per le assunzioni di cui parlavamo prima, per ristrutturare il Servizio sanitario nazionale e gli ospedali, anche sotto il profilo della loro messa in sicurezza. Vanno poi rinnovate le tecnologie che abbiamo nelle strutture. E va risolto l'imbutto formativo. Abbiamo la possibilità di ottenere un finanziamento assolutamente necessario per il Servizio sanitario nazionale a tassi ridicoli. L'Italia si finanzia, ad oggi, con un tasso che è 15 volte superiore a quello del Mes. Alcuni hanno calcolato un risparmio di circa 700 milioni l'anno. In questo modo, inoltre, si potrebbe avviare un meccanismo di stimolo economico che potrebbe diventare un volano per la ripartenza del Pil e del Paese. Bisogna però sapere come spendere quelle risorse, serve un progetto chiaro su come usarle. Vi è poi un ultimo elemento che non possiamo non considerare.

Quale?

Il trattamento economico. Tutti parlano di aumento della remunerazione degli operatori ma nessuno lo fa concretamente. È necessario limitare il differenziale esistente rispetto agli altri Paesi dell'Europa occidentale. Bisogna assumere da un lato, formare dall'altro, ma anche remunerare in modo adeguato. Un'idea molto semplice è la se-

guente: partire dal prossimo contratto 2019-2021, che vale, in base agli attuali indici di incremento annuale, circa 1,1 miliardi al lordo delle ritenute fiscali e degli oneri previdenziali riflessi. La proposta è questa: raddoppiamo questa cifra portandola a 2,2 miliardi ma defiscalizzando l'incremento in busta paga. Così riusciremo a ridurre il gap tra lo stipendio dei medici italiani e quello dei colleghi dell'Europa occidentale. Questa è una proposta percorribile che mettiamo sul tavolo. C'è poi un ultimo passaggio sulla formazione.

Ossia?

Va superato, come dicevamo, l'imbutto formativo. Questa piaga che ci trascina da troppi anni. Non c'è però bisogno solo di incrementare posti di specializzazione, ma bisogna passare ad un diverso paradigma: da un contratto di formazione ad un contratto di formazione lavoro collegato ad un'apposita area della dirigenza medica sanitaria in modo da poter trasferire sui giovani colleghi specializzando le tutele previdenziali, sindacali e assicurative che sono previste dal contratto della dirigenza medica. Tutto questo è ovviamente legato all'individuazione di una rete di teaching hospitals che vada a sostenere le incrementate esigenze di formazione post laurea.

Accordi con la dirigenza solo in otto Regioni

Palermo: “Disuguaglianze inaccettabili”

La scelta di non riconoscere una specifica indennità Covid nazionale sta creando notevoli disparità di trattamento tra il personale sanitario delle Regioni che hanno affrontato l'emergenza. Tra regole, criteri e importi sono moltissime le differenze sui bonus. E in ogni caso al momento sindacati e regioni hanno trovato un'intesa solo in Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte (accordo solo con i sindacati del comparto), Puglia, Toscana, Umbria e Veneto. **Ecco il quadro**

Luciano Fassari

C'è chi ha diviso i premi in 2 fasce, chi in 3 e chi addirittura in 5. Ma non solo, c'è chi ha stanziato le risorse per le aziende ma ha delegato sui criteri e poi c'è chi paga in base ai turni lavorati e chi invece eroga il bonus secco. Insomma, anche sui premi per gli operatori sanitari impegnati nell'emergenza Covid ogni Regione fa da sé in un diluvio di carte, tra accordi e delibere per erogare i circa 700 milioni messi sul piatto.

Senza contare poi che, al momento, risultano solo otto le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con i sindacati della dirigenza medica e sanitaria per l'erogazione del bonus: Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto. A queste si aggiunge il Piemonte Piemonte ma l'accordo è stato raggiunto solo con i sindacati del comparto.

Insomma, se aveva fatto tanto scalpore la proposta al Dl Cura Italia di un bonus uguale per tutti (l'idea era di 1000 euro ma fu giudicato troppo basso l'importo), la ricetta che poi si è trovata (di derogare al tetto di spesa e dare la possibilità alle Regioni di intervenire sulle varie indennità contrattuali) rischia però di creare differenze tra medici e infermieri che sono stati in prima linea

contro il virus. È come se soldati di pari grado ricevessero paghe differenti pur avendo combattuto sullo stesso campo di battaglia. Sta di fatto che a leggere alcuni degli accordi e delibere regionali sui premi al personale sanitario impegnato nell'emergenza il quadro che emerge è estremamente eterogeneo con differenze sostanziali tra regione e regione, oltre che per gli importi anche per quanto riguarda le regole.

“Il sistema dei bonus così com'è stato messo in piedi ha generato delle disuguaglianze sia tra il personale sanitario che tra le diverse Regioni”. Afferma il segretario dell'Anaa Assomed, **Carlo Palermo**.

“Vi sono stati diversi errori – precisa – il primo è quello di aver messo insieme le risorse per comparto e dirigenza e aver diviso le stesse in base ai professionisti. Poi le Regioni hanno fatto un accordo con i sindacati confederali della Funzione pubblica, da cui noi siamo stati volutamente esclusi, con cui si è allargata la platea anche ai non sanitari. Ma poi il sistema così com'è stato messo in piedi non tiene conto delle diverse trattenute fiscali che sono maggiori per i medici e i dirigenti e del fatto che per il comparto sia prevista un'indennità infettivologica che nel nostro contratto non c'è”. “La cosa più sempli-

ce – spiega Palermo – sarebbe stata quella di fare tre fasce per intensità epidemia e distribuire le risorse pro capite tra il personale con un'aliquota fiscale unica. Insomma senza fare differenziazioni”.

“In questo quadro – conclude – abbiamo cercato d'intervenire sia negli accordi regionali che presentando emendamenti e auspichiamo che le differenze tra i vari bonus possano essere colmate”.

Ecco come funziona nelle Regioni che hanno messo in campo dei provvedimenti:

EMILIA ROMAGNA

Bonus da 400 a 1.000 euro

La Regione lascia ampio spazio alle singole aziende sui criteri e indica solo come vadano premiati i contesti organizzativi e le aree professionali nelle quali si sono riscontrate le maggiori criticità, con particolare riferimento alle seguenti:

- le unità operative maggiormente coinvolte dalle attività di cura e diagnosi;
- le unità operative nelle quali gli specialisti hanno dovuto gestire pazien-



Per questa fascia di lavoratori il bonus è di 600 euro.

LOMBARDIA

5 fasce per i medici e 4 per il comparto

La Regione ha previsto 5 fasce di bonus per i dirigenti medici: si va da un minimo di 375 euro per coloro che hanno lavorato in smart working fino ad un bonus massimo per chi ha lavorato nei reparti più a rischio di 1.730 euro. Per il comparto invece sono 4 le fasce individuate: si va dai 100 euro fino ad un massimo di 1250 euro.

MARCHE

3 fasce per comparto e 2 per dirigenza medica

La Regione ha stanziato circa 20 mln di euro e il bonus medio dovrebbe essere di 1.000 euro. Nello specifico però sono previsti 3 fasce per il personale del comparto e 2 per la dirigenza medica.

PIEMONTE

3 fasce per comparto. Per i medici accordo ancora non c'è.

La Regione ha previsto per il personale del comparto tre fasce. Per la prima si va da un minimo di indennità giornaliera di 35,29 euro fino ad un massimo di 42,29 euro.

Per la seconda da un minimo di 23,19 euro ad un massimo di 29,16 euro.

Per la terza viene riconosciuto un premio di 5 euro per giornata lavorata. Per quanto riguarda la dirigenza medica ancora non c'è accordo in quanto i sindacati lamentano un premio che sarebbe loro destinato un premio più basso rispetto ad altre Regioni.

PUGLIA

Bonus lordi da 400 a 2.520 euro.

Lo schema prevede 4 fasce distinte: si parta dalla fascia più alta di chi ha lavorato in reparti a stretto contatto con il virus, la A dove il bonus può arrivare fino a 2.520 euro lordi.

C'è poi la fascia B dove il bonus massimo potrà essere di 1.480 euro lordi per chi ha lavorato in Ostetricia, Dialisi, Unità operativa Cure Palliative, personale dipendente della Medicina penitenziaria, nonché le Unità Operative e i Servizi afferenti a strutture Covid Acuzie pubbliche, come definite nella Dgr 525/2020, non inserite nella Fascia A.

Mentre la fascia C prevede che il premio possa arrivare a 800 euro lordi per gli operatori di altre Unità operative e Servizi (non elencati nelle Fasce A e B e con particolare riferimento ai reparti di Medicina interna e Chirurgia, e all'impatto sul territorio), ma, in ogni caso, coinvolti nella emergenza Covid.

Infine c'è la fascia D, bonus massimo di 400 euro lordi per gli altri operatori del Servizio sanitario regionale che non sono compresi nelle fasce precedenti.

Toscana

Bonus da 20 a 45 euro per giorno lavorato

La Regione ha diviso il premio in tre fasce per il comparto (da 20 euro a 45 euro di indennità giornaliera) e in due fasce per la dirigenza medica e sanitaria (da 25 a 45 euro).

Nella Fascia più alta troviamo i lavoratori delle Malattie infettive, Dea, Degenze Covid, Terapie intensive, Usca, Laboratori e Radiodiagnostica.

Nella Fascia B ci sono tutti coloro che non sono nei reparti della fascia più alta.

UMBRIA

3 fasce con bonus da 20 a 45 euro al giorno

La Regione ha previsto tre fasce distinte di premio. La prima prevede un bonus giornaliero di 45 euro ed è riservata ai lavoratori prevalentemente e continuativamente impegnati in assistenza, emergenza, diagnostica e attività territoriali a favore pazienti COVID-19.

La seconda fascia riguarda i lavoratori prevalentemente impegnati in altre tipologie di assistenza, diagnostica e attività territoriali anche occasionalmente o incidentalmente a favore pazienti COVID-19 e dà diritto ad un bonus giornaliero di 25 euro. La terza fascia riguarda il rimanente personale per cui il bonus è di 20 euro al giorno (di 10 euro se si è lavorato in smart working).

VENETO

bonus da 500 a 2000 euro per i medici

La Regione per i dirigenti medici ha scelto anche lei la strada delle tre fasce. Si va dalla fascia C per un si può arrivare ad un bonus massimo di 500 euro, c'è poi la fascia B che arriva fino a 1.100 euro e la fascia A fino a 2.000 euro.

Per il personale del comparto il bonus va dai 600 ai 1.200 euro.

ti che associavano alla terapia di base anche una infezione da Covid-19; ■ gli specialisti, territoriali e non, chiamati a svolgere la propria attività al di fuori del proprio ordinario contesto lavorativo, a supporto dell'assistenza ai pazienti ricoverati.

I bonus andranno da un minimo di 400 euro fino ad un massimo di 1.000 euro.

LAZIO

Bonus da 1.000 o da 600 euro

La Regione adotta forse il sistema più semplice. Sono due le fasce, nella A sono compresi i lavoratori delle Unità Covid, le terapie intensive Covid, Dea di I e II livello, Servizio di Igiene pubblica e attività territoriale Covid, Trasporto sanitari e pazienti Ares 118, laboratori Rete Covid e radiodiagnostica Rete Covid. Per loro si ha diritto ad un bonus di 1.000 euro per chi ha prestato almeno 20 turni dal 10 marzo al 30 aprile.

La seconda fascia, la B, è invece composta dai lavoratori delle Camere operatorie e aree sub intensive di pazienti Covid, Pronto soccorso con Dea, Dialisi Rete Covid, Camere mortuarie in ospedali aree Covid, farmacie in ospedali Covid e Centrali operative Ares 118.

I più colpiti sono gli psichiatri e il personale di Pronto soccorso con percentuali vicine o superiori all'80%. Poi il 60% dei chirurghi, il 54% dei medici del territorio, il 40% degli anestesisti. Alla base degli episodi secondo il 40% di coloro che hanno risposto, la causa principale risiede in fattori strutturali di natura socio-culturale.

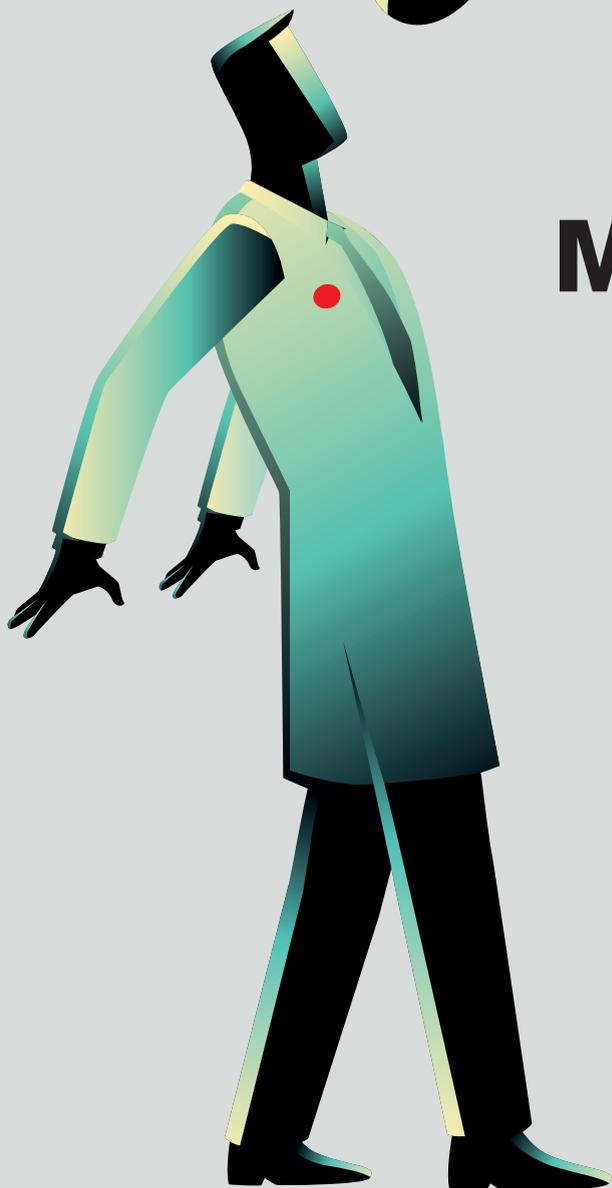
IL 55% DEI MEDICI HA SUBITO ATTI VIOLENTI

Ma l'80% degli episodi non viene denunciato

Il 55,44% dei medici ha affermato di essere stato personalmente vittima di violenza, in valore assoluto 1.137 medici rispetto agli 832 del 2018, nel 76,52% dei casi di carattere solamente verbale. E quanto riporta un'indagine dell'Anaa Assomed che in occasione della discussione alla Camera dei Deputati del Ddl Antiviolenza, già approvato dal Senato ha pubblicato i risultati di una nuova survey.

L'analisi, condotta da gennaio a febbraio 2020, ha interessato 2.059 soggetti, con una responsabilità crescente con il progredire dell'età. Il 40,8% di età compresa tra 55 e 65 anni, il 25,45% tra i 35 ed i 45, il 25,21% in età tra i 45 ed i 55 anni ed infine 8,55% tra i 25 ed i 35 anni. Il 56,10% dei responders è di sesso fem-

minile, a dimostrazione di come il problema aggressioni sia più sentito tra i medici donna (nel 2018 era il 53%). L'indagine ha visto la partecipazione di 19 regioni con percentuali di risposte variabili e picchi in Lombardia, Campania, Veneto, evidenziando un chiaro mutamento rispetto all'ultimo sondaggio del



Le discipline interessate dal fenomeno

Psichiatri

86%

Medici di medicina d'urgenza

77%

Chirurghi

60%

Medici del territorio

54%

Anestesisti

40%

2018. Solo il 21% delle risposte di oggi proviene dalle regioni del sud e delle isole, rispetto al 70% del 2018, mentre il 57% arriva dalle regioni del nord ed il 22% da quelle del centro. Questo dimostra che la violenza sugli operatori sanitari, per lungo tempo attribuita prevalentemente a regioni del sud Italia ed alle isole dove le situazioni socio-economiche e sanitarie sono più complesse, è ormai diventato fenomeno largamente diffuso su scala nazionale.

Un medico su due ha subito violenza

Il 55,44% dei responders ha affermato di essere stato personalmente vittima di violenza, in valore assoluto 1.137 medici rispetto agli 832 del 2018, nel 76,52% dei casi di carattere solamente verbale.

Per quanto riguarda le discipline interessate dal fenomeno, l'86% degli psichiatri dichiara di aver subito aggressioni, il 77% dei medici di medicina d'urgenza, un trend decisamente in crescita in tali servizi, il 60% dei chirurghi, il 54% dei medici del territorio, il 40% degli anestesisti.

L'80% non denuncia

Il dato preoccupante è che il 79,26% degli operatori vittime di violenza non ha presentato denuncia, e che il 66% afferma di essere a conoscenza di episodi di aggressione ai danni di operatori, ciò dimostra che il fenomeno continua ad essere sottostimato. Il 23% afferma inoltre di essere venuto a conoscenza di casi da cui è scaturita invalidità permanente o decesso conseguenti ad episodi di violenza ai danni di operatori.

Alla domanda sulla conoscenza delle leggi attualmente vigenti in termini di pre-

venzione delle aggressioni, solo il 37% risponde in maniera affermativa mentre il 50% non conosce nemmeno il protocollo della propria azienda.

Le ragioni alla base degli episodi di violenza

Per quanto riguarda le possibili cause alla base degli episodi di violenza ai danni degli operatori, secondo il 40% di coloro che hanno risposto, la causa principale risiede in fattori strutturali di natura socio-culturale, a dimostrazione che non bastano misure estemporanee per arrestare la spirale di violenza alla quale oggi assistiamo inermi. La platea degli intervistati è apparsa divisa sul ruolo degli operatori, tra il 40% che individua un approccio non idoneo da parte del medico o dell'infermiere, ed il 43% che nega a tale comportamento il ruolo di fattore scatenante.

Altro dato su cui riflettere è che solo nel 26% dei casi l'argomento viene trattato ai tavoli sindacali, e il 55% dei responders afferma di non essere a conoscenza della eventuale discussione, segnale di distacco dei colleghi anche dal soggetto che dovrebbe tutelarli.

Le possibili soluzioni

Al netto di una mancanza di conoscenza dell'attuale legislazione, il 75% dei responders pensa che l'introduzione della punibilità d'ufficio, come previsto nel Ddl in discussione in Parlamento, sia una buona misura deterrente. Ma sensazioni di paura, di scoramento e di difficoltà lavorative ormai insostenibili, portano gli intervistati a chiedere anche l'introduzione negli ospedali di posti di polizia (47%). Forte anche la richiesta di campagne di sensibilizzazione rivolte

alla cittadinanza (44%) e di maggiori investimenti in termini di personale (51%) e strutture.

Il vuoto applicativo di norme pur esistenti, nonostante le sollecitazioni continue da parte di sindacati ed istituzioni, rende necessaria una maggiore consapevolezza del rischio da parte del management aziendale, che spesso lo sottostima o, peggio, lo ignora volutamente per non impegnare risorse nella sua prevenzione.

Vi è poi il tema del sovraffollamento del Pronto Soccorso, che risulta dall'indagine la struttura organizzativa con il più alto tasso di aggressioni verbali e fisiche, con percentuali insostenibili per chi vi lavora, alla radice del burnout di medici e infermieri. Ma è tutto il sistema ospedale e la sua complessa organizzazione che deve farsi carico del pesante fardello del problema overcrowding.

Occorre mutare velocemente sia l'attuale organizzazione delle cure, soprattutto in emergenza urgenza, sia il paradigma dell'accettazione del paziente, umanizzando l'accesso alle cure prima e più che le cure stesse. Umanizzare vuol dire valorizzare figure professionali che fino ad oggi sono state poco e male coinvolte nei percorsi di cure, quali assistente sociale e psicologo, che possono diventare strumento di rassicurazione durante l'attesa.

Ricordiamo, infine, che nessun intervento esonera i Direttori Generali dall'obbligo, in quanto datori di lavoro, di tutelare la sicurezza dei dipendenti, obblighi su cui il sindacato ha il dovere di vigilare segnalando eventuali omissioni o carenze.

Conoscenza delle leggi attualmente vigenti in termini di prevenzione delle aggressioni:

Sì
37%

No
50%



LE RIFORME NECESSARIE

Il sistema emergenza- urgenza

In un periodo in cui la richiesta di prestazioni urgenti è prevalsa su tutte le altre richieste di prestazioni sanitarie ci si rende concretamente conto dell'importanza di un Servizio Sanitario Nazionale e di quanto, nelle sue articolazioni organizzative, sia irrinunciabile una "rete ospedaliera" dedicata proprio al settore dell'emergenza/urgenza.

La domanda, tuttavia, è se la richiesta di prestazioni urgenti è episodica, legata all'attuale fase di emergenza e quindi destinata a ridimensionarsi una volta tornati alla normalità o è una costante che, al di là dei picchi attuali, è storicamente presente nel Paese.

Per questo è indispensabile valutare quanto incidano in tempi normali i ricoveri urgenti sul totale dei ricoveri per acuti, sia a livello nazionale che regionale; quanto possa essere decisiva una rete ospedaliera di Emergenza/Urgenza territorialmente e preventivamente organizzata per dare una risposta di equità e razionalità ai bisogni di pre-

FABIO FLORIANELLO
Esecutivo Nazionale Anaa Assomed

ROSSANA CARON
Consigliere Regionale Anaa Assomed

CARLO PALERMO
Segretario Nazionale Anaa Assomed

Il sistema dell'emergenza/urgenza rappresenta una parte preponderante nell'ambito del SSN con un'incidenza costante nel tempo ed esposto ad improvvise impennate come nella pandemia in corso. E proprio il Covid ci ha fatto capire come non sia più rinviabile una nuova governance pubblico/privato e una revisione delle regole di accreditamento per un'equilibrata distribuzione di compiti, funzioni e partecipazione alla gestione di un settore così fondamentale per la salute dei cittadini

stazioni urgenti; e in particolare quale indicazione trarne relativamente all'entità delle risorse da dedicare a questo settore.

I dati

Ad iniziare dal livello nazionale abbiamo effettuato una valutazione dei ricoveri ospedalieri suddivisi in ricoveri/acuti totali ed urgenti relativi agli anni 2007- 2012 - 2018 in modo da verificare, in un arco temporale ampio e non episodico, valori numerici e per-

centuali riferiti ai dati raccolti (1). Il secondo gruppo di dati confronta il numero degli accessi in pronto soccorso e quello a cui è seguito il ricovero d'urgenza, relativo allo stesso arco di tempo, al fine di valutare l'impatto di tali ricoveri sui reparti clinici. L'analisi eseguita sui dati nazionali è stata poi ripresa a livello delle singole Regioni.

I risultati

Nell'anno 2007 i ricoveri/acuti totali

Figura 1
Andamento dei Ricoveri/Acuti Totali 2007/2018

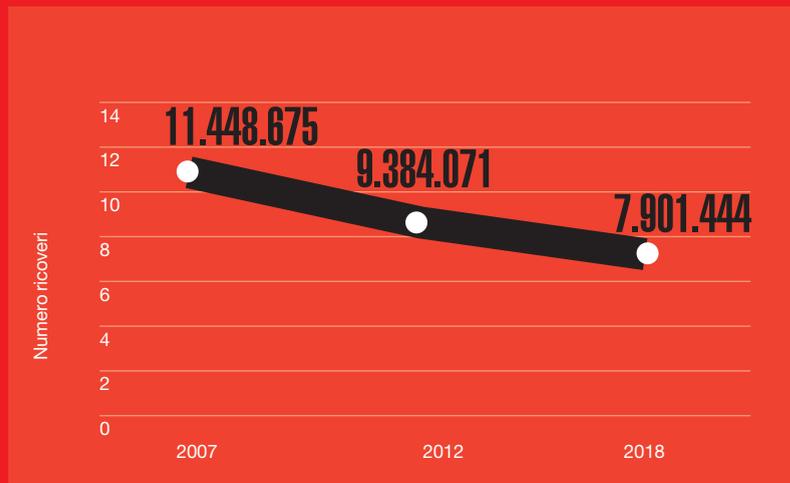


Figura 2
Andamento dei Ricoveri/Acuti non considerando i DH

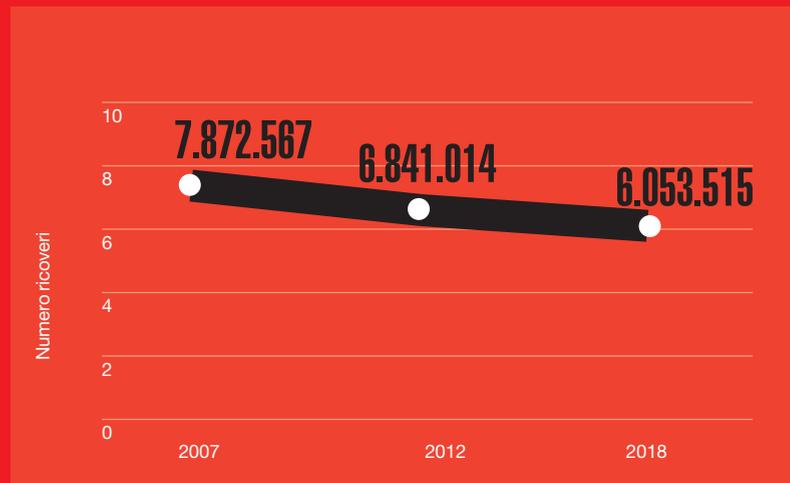


Figura 3
Andamento dei ricoveri d'urgenza 2007/2018

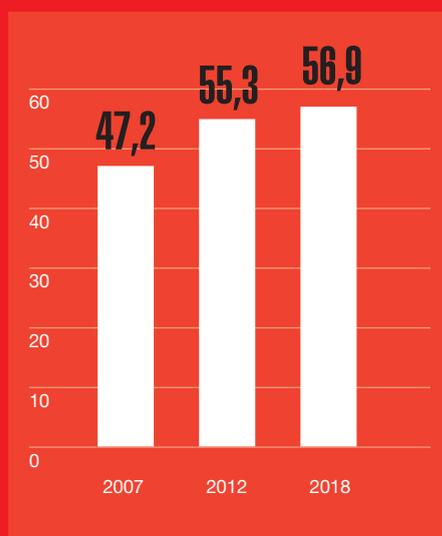


Figura 4
Percentuale ricoveri

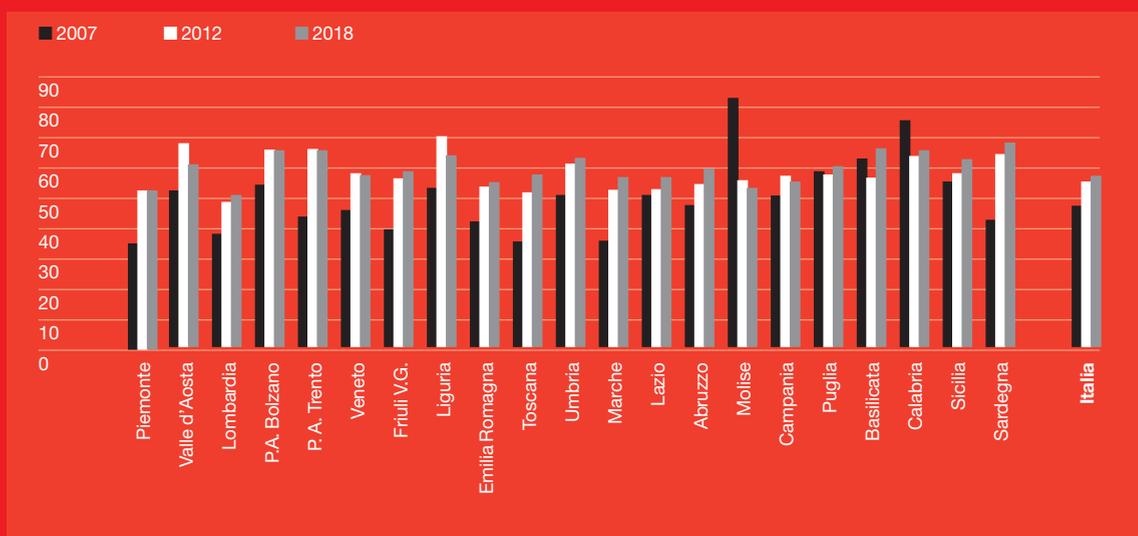
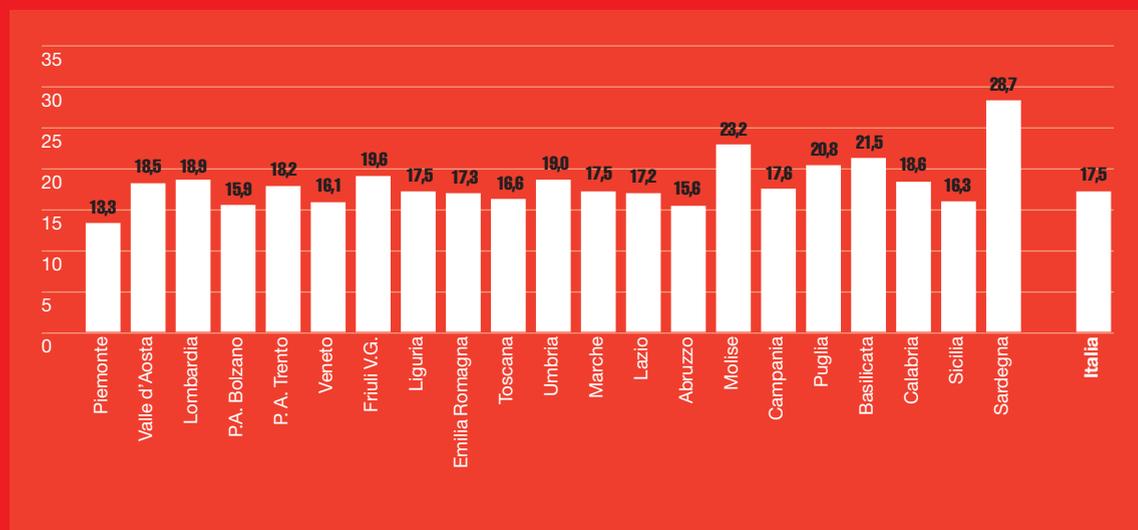


Figura 5
Percentuale ricoveri d'Urgenza sul totale degli Accessi in Pronto Soccorso



nel Paese sono stati 11 mln. 448.675, divenuti 9 mln. 384.071 nel 2012 e 7 mln. 901.444 nel 2018 con una diminuzione di 3 mln 547.231 (fig.1), di cui oltre 1,7 mln. relativi ai day hospital che passano dai 3 mln. 576.108 del 2007 a 1 mln. 847.929 nel 2018.

Se poi si considerano i ricoveri/acuti ordinari senza Day Hospital la diminuzione passa dai 7 mln 872.567 del 2007 ai 6 mln. 841.014 del 2012 e ai 6 mln. 53.515 del 2018, con una diminuzione di 1 mln. 819 mila nel periodo considerato (fig.2).

Nello stesso periodo i ricoveri urgenti hanno sempre superato i 3 mln. 500.000: rispettivamente 3 mln 718.149 nel 2007, 3 mln 780.922 nel 2012 e 3 mln 446.208 nel 2018, ma con un'incidenza sul totale dei ricoveri/acuti in incremento: 47,2% (2007), 55,3% (2012) e 56,9% (2018) (fig.3).

Per quanto riguarda le Regioni, a fronte della diminuzione del numero di ricoveri/acuti presente in tutte le Regioni, si osserva una percentuale di ricoveri urgenti nel 2007 di oltre il 50% in 11 Regioni (Val d'Aosta, Provincia di Bolzano, Liguria, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia, con picchi dell'82% in Molise, del 75% in Calabria e del 63% in Basilicata).

Nel 2018 i ricoveri urgenti sono stati in tutte le Regioni al di sopra del 50%: in particolare vicini al 60% in Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Puglia. Ben oltre il 60% in Val d'Aosta, Provincia di Bolzano e Trento, Liguria, Umbria, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna (fig.4).

Per quanto riguarda gli accessi in pronto soccorso: nel 2007 sono stati 21 mln 318.547 cui è seguito il ricovero nel 17,3% dei casi, nel 2012 sono stati 20 mln 916.353 con il 18,1% di ricoveri, nel 2017 20 mln 125.923 con il 17,5% (2)(3).

Discussione

Dai dati riportati, riferiti a tutte le strutture del SSN, pubbliche e private accreditate, appare evidente quanto l'insieme "ricoveri-urgenti" risulti prevalente rispetto alle richieste di prestazioni ospedaliere per acuti.

Nel decennio 2007-2017, infatti, il dato relativo ai ricoveri d'urgenza si consolida ben al di sopra dei 3 mln e 500.000/anno ma con un'incidenza in incremento: 47,2% nel 2007, al 55,3% nel 2012, al 56,9% pure a fronte di una diminuzione dei ricoveri per acuti.

I dati relativi alle singole Regioni mostrano un incremento diffuso delle urgenze in termini percentuali: 12 Regioni tra il 50 e il 60%, 9 tra Regioni e province autonome ben oltre il 60%.

Per quanto riguarda il numero degli accessi in pronto soccorso, si è passati dai 21.518.347 del 2007 ai 20.125.923 ma con una percentuale di ricoveri con valori medi costanti oltre il 17% (min. 13,3% in Piemonte, max. 28,7 in Sardegna).

Quali le considerazioni:

- L'insieme dei "ricoveri-urgenti" rappresenta una realtà preponderante nell'ambito delle prestazioni che il SSN deve erogare
- Costituiscono un insieme che supera costantemente il 50% dei ricoveri/acuti totali, in molti territori addirittura il 60%
- Tali valori sono ormai consolidati nel tempo e addirittura presentano valori percentuali in sensibile incremento
- Gli accessi in pronto soccorso, costantemente al di sopra dei 20 mln/anno, esitano in ricoveri con il conseguente impegno e carico dei reparti clinici nel 18-20% dei casi

Quali le conclusioni:

- L'insieme dei "ricoveri-urgenti" non è riferibile all'emergenza attuale ma è una costante che al di là dei picchi odierni è presente nel Paese
- L'incremento in termini percentuali è prevedibile anche per il futuro in relazione alle variazioni demografico-sociali e ai frequenti eventi straordinari
- Il disegno e l'organizzazione di una "rete di Emergenza/Urgenza" diventa dunque obbligatorio per far fronte alle esigenze di equità e razionalità destinate ad accentuarsi
- L'omogeneità dei dati relativi alle singole Regioni impone che la "rete" presenti analoghi criteri organizzativi
- L'impatto numerico e percentuale di tali prestazioni comporta carichi di lavoro professionale che va oltre i ricoveri ordinari di elezione e richiede una valutazione approfondita ed omogenea di fabbisogno di personale
- Particolare attenzione deve essere inoltre posta alle risorse da impegnare in questo settore in termini strutturali e tecnologici

In sintesi

Il sistema dell'emergenza/urgenza rappresenta una parte preponderante nell'ambito del SSN con un'incidenza costante nel tempo ed esposto ad improvvise impennate come nella pandemia in corso.

Da quest'ultima ricaviamo l'esperienza che rende obbligatorio il coinvolgimento di tutti gli attori che lavorano per il SSN, pubblici e privati, con una non più rinviabile realizzazione di una governance pubblico/privato che abbia il compito di una revisione delle regole di accreditamento, spesso non rispettate quanto obsolete, e di favorire un'equilibrata distribuzione di compiti, funzioni e partecipazione alla gestione di un settore così fondamentale per la salute dei cittadini.

Note

1. Fonti: Rapporti SDO, PNE e Annuario Statistico Sanitario.
2. Gli ultimi dati pubblicati sugli accessi in Pronto Soccorso da PNE- Agenas si riferiscono al 2017
3. I dati relativi agli Accessi in pronto soccorso non tengono conto degli Accessi diretti in alcune UU.OO. quali Pediatria, Ostetricia, UTI e UTIC

Riformare per tempo i Pronto soccorso per evitare una catastrofe annunciata



La pandemia in Italia ha evidenziato i limiti e la fragilità dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso e la difficoltà a fronteggiare una miniemergenza soprattutto quando il sistema ha perso la guida centrale a favore di una frammentazione organizzativa regionale. A questo punto dobbiamo riconsiderare i modelli fin qui adottati ed affermare senza retorica che la ripartenza dovrà coincidere con un cambiamento radicale coinvolgendo le strutture a maggiore rischio.

Tutto è iniziato in un Pronto Soccorso e non poteva essere altrimenti perché è il luogo che da sempre ha rappresentato per i Cittadini ed i Pazienti un porto sicuro a cui approdare malgrado le criticità oggettive in cui Medici, Infermieri ed OSS sono chiamati ad operare e malgrado gli eroi e gli angeli di oggi, fossero i fannulloni o gli incapaci di ieri, quelli cui spettava ogni anno il triste primato nel conteggio del numero delle aggressioni subite.

In questi due mesi il numero degli accessi nei P.S. è diminuito di circa il 70% ma mai come in questo periodo si è toccato con mano come sia importante l'appropriatezza e la specificità del loro utilizzo e come sia grave sprecare tali risorse in attività estranee alla loro mission.

Dobbiamo pertanto ripartire con gli insegnamenti del passato e riprendendo

da quanto la regione Toscana ha previsto con la LG.R.T.D.G.806/2017 ma cercando soluzioni innovative che non agiscano esclusivamente sui P.S. che deve rappresentare la soluzione e non essere la causa dei problemi partendo da un coinvolgimento diretto e stringente del territorio in tutte le sue articolazioni. Gli argomenti da sviluppare per far ripartire e valorizzare il sistema della rete dei Pronto Soccorso sono chiari:

A) La risorsa umana

Il lavoro nei Pronto Soccorso è difficile e stressante; mancano i professionisti ed il settore è tra tutte le discipline il meno attrattivo

1) Dovrà essere fatto ogni sforzo per garantire dotazioni adeguate, anche attraverso accordi chiari con il mondo universitario. In mancanza di una corretta programmazione i Medici continueranno ad avere difficoltà a godere del minimo contrattuale delle ferie e dei riposi andando incontro ad un burnout annunciato e maturando così la scelta di lasciare il sistema di emergenza

2) definire una volta per tutte un modello di integrazione fra P.S. e territorio come prevede la mission della disciplina

3) legiferare in modo definitivo il passaggio dei convenzionati alla dipendenza e definire un iter formativo adeguato per i Medici "non specialisti" nel settore del 118

**LUCIANO
FRANCESCO**
Referente Area
Emergenza
Urgenza
Anaa Toscana

B) Valorizzazione dell'attività in emergenza

L'arruolamento del personale è difficile per la pesantezza del lavoro in termini di quantità e qualità: è l'unico per il quale la somma dei turni festivi e notturni supera il 50% dell'orario dovuto. Nel recente contratto si è voluto dare un segnale pur in ristrettezza di risorse: ma non basta.

Bisogna trovare strumenti concreti per riconoscere e valorizzare il lavoro disagiato.

C) Ripensamento delle politiche dei posti letto

Il filtro praticato dai nostri sanitari è fra i migliori d'Italia (dati ANAAO 2016: Toscana 12,9% vs una media nazionale del 14,2%); ciò nonostante il ricovero dei pazienti dal P.S. nei reparti supera abbondantemente le 24 ore fino ad arrivare alle 48 durante il picco influenzale.

Questo incide drammaticamente sull'attività dei P.S. e la sicurezza dei pazienti

D) Educazione sanitaria per l'utilizzo appropriato della risorsa pronto soccorso

I Pronto Soccorso sono i luoghi, dove si gestiscono le patologie tempo correlate e dove si dà una risposta alla patologia minore, soprattutto traumatologica.

Se presi d'assalto, come in passato, per altri motivi di presentazione rischiano di non essere sicuri perché difficilmente potranno garantire il distanziamento dovuto e anche per questo motivo occorre agire in fretta, ripensando anche la politica sui ticket.

La Toscana secondo i dati ANAAO 2016 è tra le regioni con più accessi.

E) Applicazione del distanziamento all'interno del pronto soccorso

Il layout deve essere adeguato a mantenere il distanziamento fra gli utenti anche intervenendo con tempi adeguati sulle strutture.

È una questione di sicurezza e di salute, quindi una necessità.

La convivenza con il CoVid, in assenza di riorganizzazioni profonde della medicina del territorio e della rete dei posti letto ospedalieri, metterà ancor più in crisi il sistema.

La pandemia infine ci mette di fronte alla responsabilità di organizzare i DEA secondo criteri che garantiscano ordine, sicurezza ed efficienza; dove i professionisti lavorino volentieri mettendo in atto, anche in tempo di pace e senza bisogno di essere "eroi", quelle doti straordinarie che hanno saputo dimostrare in questa difficile situazione.

Che tipo di medici vogliamo essere?

Nel periodo più delicato della storia sanitaria degli ultimi decenni ognuno si sarebbe aspettato una grande risposta in termini di programmazione futura, se non altro perché ci si può permettere di prendersi qualche rischio negli scostamenti di bilancio.

È, un po', come la prevenzione che tutti operiamo in medicina convenzionale: se investo risorse oggi, basandomi sull'evidenza disponibile, posso evitare o attenuare talune patologie del mio paziente, anche quelle drammatiche.



MARCO EVANGELISTA
Anaaio Giovani
Campania

La pessima programmazione dei fabbisogni specialistici operata negli ultimi anni, con la complicità di piani pensionistici anticipati e variazioni sul tema ricorsi agli accessi programmati, ha creato un quadro paradossale in cui abbiamo medici, in abbondanza ma non specialisti. Le cause sono riscontrabili vuoi per insufficiente capacità ricettiva e quindi produttiva delle strutture universitarie, vuoi per una scellerata corsa al taglio alternato di fondi ai Ministeri, un anno alla Salute ed il seguente all'Università, vuoi per la "battuta di caccia" ai ricorsi tipica di ogni concorso di accesso programmato.

Anche quest'anno ci troviamo davanti

all'ennesimo scempio contro le specializzazioni mediche. Il concorso di specializzazione previsto apparentemente per luglio vedrà almeno 22mila medici spartirsi circa 8.000 borse statali a cui, il DL rilancio (ex DL Maggio) aggiungerà a malapena solo 3800 borse aggiuntive, per di più una tantum. Resta oscura la logica di programmazione dietro questo intervento che, al di là della sua insufficienza, continua ad alimentare un serbatoio già pieno di medici non specialisti o non specializzandi, senza alcun futuro, entro il nostro Sistema Sanitario Nazionale che, invece, anela specialisti.

Ulteriore punto spinoso, nonché fonte

certa di ricorsi e proteste, verrà dall'accettazione di eventuali accreditamenti d'ufficio, o peggio, provvisori, aggiungendo instabilità ad un sistema che è sul punto di crollare, in termini di equità e qualità di formazione. Ciò avverrà perché è ancora campo oscuro l'Osservatorio Nazionale per la formazione specialistica.

È, un po', come lo screening del tumore della mammella: se non cerchi le criticità, anche dove non te l'aspetti, non troverai mai nuclei dove qualcosa non funziona come dovrebbe. Se è uno strumento così prezioso, perché non potenziarlo?

Eppure, ciò che chiediamo non è così avanguardista: vorremmo che gli specializzandi vengano trattati al pari dei colleghi europei con un vero contratto di formazione-lavoro – così come vero e vitale è il loro supporto al Servizio Sanitario Nazionale e alla sua stessa sussistenza. Un contratto che sia garanzia di tutela dei diritti fondamentali di ferie, malattia, maternità e paternità, trasferimenti, riposi obbligatori. Previdenza ed assistenza sarebbero, in tal caso, finalmente parole, concetti d'uso comune e non più speranze.

Anche in Francia e Germania, ad esempio, il periodo di specializzazione coincide con l'apprendimento in ospedali con adeguati volumi di assistenza, che fungono da *teaching hospitals*, in cui l'onere – e l'onore – di formare menti clinicamente valide non è solo in carico alle Università ma condiviso e partecipato dalle grandi strutture ospedaliere sul territorio. Si tratta di una vera scuola di specializzazione dove il medico non è più premiato in base alla devozione ma preparato secondo criteri univoci, equi e oggettivi, senza i quali non può conseguire il titolo di specialista.

La rete formativa sarebbe finalmente una realtà piacevole e funzionale e non più una maglia in cui restare impigliati nell'immobilismo generale in cui la specializzazione è vista come un tempo da trascorrere e non da sfruttare.

È, un po', come una qualsiasi vaccinazione: si turba un equilibrio affinché il sistema si autoalimenti, abbia armi per difendersi e garantire duratura preservazione, migliorandone lo stato di salute.

A questo punto è giusto chiedersi: che tipo di medici vogliamo essere? Quelli che fanno prevenzione, o quelli che fanno da "tappabuchi" quando è, ormai, troppo tardi?



Emergenza COVID finita? Non per tutti

L'emergenza Covid, almeno per quanto riguarda la gravità della patologia, sembra risolversi; diminuiscono i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, si chiudono i Reparti Covid e i pazienti che giungono in Pronto Soccorso non presentano più condizioni particolarmente critiche. Nonostante tutto questo l'impegno e la pressione sui Laboratori di Microbiologia non sono diminuiti



PIERANGELO CLERICI

Direttivo Nazionale Anaa Assomed Dirigenza Sanitaria – Presidente dei Microbiologi Italiani

La ripresa dell'attività Ospedaliera ordinaria comporta una serie di novità a livello igienico sanitario nell'organizzazione ospedaliera ma soprattutto di controllo sui pazienti che accedono alle strutture sanitarie.

Necessariamente chi deve essere sottoposto a intervento chirurgico, ed in alcune regioni come la Lombardia gli interventi d'elezione sono stati sospesi per tutto il lockdown, viene sottoposto nelle 24/48 ore precedenti il ricovero, all'esecuzione del tampone rino-faringeo per la ricerca del SARS-Cov2. La stessa procedura viene seguita anche per i pazienti che devono essere ricoverati nei Reparti di Area Medica in particolare coloro che devono essere sottoposti a chemioterapia così pure per le gravide a termine che devono entrare in Sala Parto, per i pazienti pediatrici il tampone viene esteso anche al genitore od al tutore che accompagnerà il bambino durante la degenza ospedaliera.

Come si può desumere il lavoro del Laboratorio di Microbiologia non è diminuito anzi si è incrementato poiché da una fase emergenziale dove tutte le risorse umane e tecnologiche erano impegnate sul versante Covid si è passati alla fase ordinaria dove la ricerca del Virus è diventata fondamentale per l'accesso in Ospedale per qualsiasi paziente e l'attività diagnostica routinaria è ripresa in maniera importante dopo l'interruzione di circa tre mesi.

Il problema che dobbiamo affrontare oggi non è più come nei mesi scorsi, in particolare all'inizio della pandemia, l'approvvigionamento di reagenti e strumentazione per eseguire i test di biologia molecolare per la ricerca virale ma la richiesta da parte dei clinici di avere risultati nel più breve tempo possibile per definire il percorso del paziente una volta giunto in Ospedale. E' vero che esistono tecnologie che sono in grado di eseguire indagini in meno di un'ora ma bisogna ricordare che

sono tecnologie con due limiti importanti: il primo è quello del numero di test contemporaneamente eseguibili (2/4/8), il secondo è che proprio la necessità di tutti i Pronto Soccorso di avere la disponibilità presso la propria microbiologia di tali test ne riduce notevolmente la disponibilità per singolo Ospedale. Bisogna ricordare che i test di biologia molecolare non possono essere equiparabili ad esami d'urgenza su sangue che normalmente vengono eseguiti in pochi minuti ma richiedono tempi tecnici ed interpretativi più lunghi.

Spesso si pensa che quanto avviene per la ricerca degli anticorpi anti-SARS-Cov2 ovvero che la possibilità di utilizzare un saggio tradizionale con strumentazione (durata circa un'ora) possa essere vicariata da un test (le cosiddette saponette) della durata di 5/10 min, sia trasferibile come concetto anche alla ricerca del genoma virale, ebbene così non è anche se auspichiamo tutti che in prossimo futuro ciò diventi realtà.

Appare evidente che un punto di incontro tra le esigenze dei colleghi Clinici e quelle dei Microbiologi andrà ricercato e trovato. Un aiuto importante potrebbe giungere dalla corretta collocazione diagnostica dei test sierologici che al momento hanno solo una valenza epidemiologica ma che ci auguriamo diventino saggi diagnostici come per altre patologie e quindi consentano di snellire i tempi di risposta per definire lo stato dell'eventuale infezione nel paziente.

La preoccupazione di tutti noi è rivolta all'autunno/inverno quando al minimo colpo di tosse si imporrà la diagnosi microbiologica differenziale tra Influenza e Covid e di conseguenza il carico di lavoro aumenterà e aumenterà la pressione per avere risultati in tempi sempre più rapidi.

Ci auguriamo che per allora l'introduzione dei vaccini (antiinfluenzale e antiCovid) e una terapia mirata contro il SARS-Cov2 ci consentano di affrontare con maggior serenità le criticità di una possibile seconda ondata epidemica che con tutto il cuore speriamo non accada.

Un ulteriore auspicio è che il Governo e le Regioni si rendano conto dell'imprescindibile ruolo della Medicina di Laboratorio ed in particolare delle Unità di Microbiologia come elementi essenziali del Sistema Salute e pertanto intervengano con soluzioni che ne consentano il costante adeguamento tecnologico e soprattutto compensino la carenza cronica di risorse umane.

Corte di Cassazione
 Sezione Lavoro
 Sentenza n. 11008 del 9 giugno 2020

Trattenimento in servizio: è necessario presentare domanda

Occorre ricordarsi sempre di far domanda di trattenimento in servizio prima del compimento dei 65 anni. Così la Corte di Cassazione, con sentenza n. 11008 del 9 giugno scorso, interviene sui requisiti pensionistici della dirigenza medica

Svolgimento del processo

La Corte di Appello di Roma, in riforma della decisione del Tribunale della stessa sede, accoglieva la domanda proposta da un medico convenzionato cui era stato conferito l'incarico di dirigente di struttura complessa ai sensi dell'art. 15-septies, comma 2, d.lgs. 502/1992 (decorrenza 2008-2011). L'incarico era stato revocato nel 2009 (alla data del compimento del 65° anno di età) per il raggiungimento del limite di età per la permanenza in servizio e sul presupposto della tardività della domanda con cui il ricorrente aveva chiesto di essere trattenuto in servizio per un biennio oltre tale limite; la Corte, riformando la sentenza di primo grado, condannava l'azienda al pagamento in suo favore delle retribuzioni contrattualmente stabilite in forza del contratto individuale sull'assunto che fosse inapplicabile al rapporto instaurato (contratto a tempo determinato) l'istituto del collocamento a riposo e conseguentemente affermava l'illegittimità del recesso dell'Azienda operato prima della scadenza contrattualmente stabilita ed al compimento da parte del medico del 65° anno di età. Contro tale sentenza l'Azienda proponeva ricorso per Cassazione.

Motivi della decisione

La Corte di Cassazione accoglie il ricorso enunciando il seguente principio di diritto: «Anche per il contratto per incarico dirigenziale del d.lgs. n. 502 del 1992, ex art. 15-septies, comma 2, rileva, ai fini dell'estinzione del rapporto ed in mancanza di istanza di trattenimento in servizio sino al sessantasettesimo anno di età, il raggiungimento dell'età massima di cui all'art. 15-nonies del medesimo che non può essere derogato dalla volontà delle parti». Gli incarichi disciplinati all'articolo 15-septies c. 2, ribadisce la Corte - sono sempre incarichi dirigenziali ancorché di natura speciale che si attribuiscono nei limiti del contingente appositamente assegnato e previsto dal legislatore. Rappresentano una "particolare forma di reclutamento di dirigenti a tempo determinato che deroga - a certe specifiche condizioni - alle regole generali che prescrivono tassativamente l'espletamento di un concorso pubblico." Così è ben possibile che gli incarichi siano conferiti previa procedura selettiva non concorsuale, che si svolge senza alcuna prova per i candidati, ma sulla base di una sola valutazione dei curricula, e che non conduce ad alcuna graduatoria finale, ma alla nomina, avente sostanzialmente carattere fiduciario, del dirigente a tempo determinato, da par-

Avv. Francesco Mantovani
Consulente legale
Anao Assomed



te del Direttore Generale. Le relative assunzioni sono state, così, sottoposte ad una regolamentazione che, quanto alle modalità di reclutamento, riveste carattere di specialità. Peraltro, pur con le differenti modalità di reclutamento, il rapporto che si instaura ai sensi dell'art. 15-septies, è un rapporto di lavoro subordinato dirigenziale a tutti gli effetti e, quindi, una volta stipulato il relativo contratto il rapporto si differenzia rispetto a quello ordinario con i dirigenti pubblici a tempo indeterminato solo per il carattere della temporaneità, restando tutti gli altri aspetti del rapporto disciplinati dalla stessa normativa di legge e di contratto collettivo. Per tali motivazioni non vi è ragione per non ritenere applicabile, anche a tale tipo di rapporto, la disposizione prevista all'art. 15-nonies (*Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali*) che, nel testo razione temporis vigente (prima delle modifiche allo stesso apportate dalla L. 4 novembre 2010, n. 183, art. 22), prevedeva, al comma 1, che: «Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fatta salva l'applicazione del

d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 503, art. 16. È abrogata la L. 19 febbraio 1991, n. 50, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio»

Nel corso degli anni sono intervenuti in materia articolate e complesse modifiche legislative, ma il limite di 65 anni è rimasto sempre inalterato, salva la possibilità, riconosciuta al dipendente, di richiedere di permanere in servizio (con apposita domanda atta a manifestare la volontà di rimanere in servizio), per il tempo strettamente necessario al raggiungimento dell'anzianità minima per il diritto a pensione ovvero quella, *ratione temporis*, vigente del trattenimento in servizio per un biennio oltre il sessantacinquesimo anno di età ad istanza del dipendente stesso. Peraltro la disposizione di cui all'art. 15-nonies, deve ritenersi avente portata generale e cioè riferita tanto al rapporto dirigenziale a tempo indeterminato tanto a quello a termine. Nella fattispecie, la Corte rileva che fosse del tutto mancata la prova della ricezione della nota con la quale il medico assumeva di aver presentato già nel 2008, proprio con riferimento al contratto a tempo determinato stipulato con decorrenza dallo stesso anno, istanza di trattenimento in servizio fino al sessantasettesimo anno di età e quindi "le-

“
Il rapporto che si instaura ai sensi dell'art. 15-septies, è un rapporto di lavoro subordinato dirigenziale a tutti gli effetti

gittimamente l'Azienda, dato atto della tardività di altra domanda di trattenimento in servizio presentata, ha risolto il rapporto di cui al contratto ex art. 15-septies, con decorrenza dalla data del compimento da parte del medico del sessantacinquesimo anno di età.” Conclude la Corte che “In materia di collocamento a riposo d'ufficio nel pubblico impiego contrattualizzato, il carattere di specialità che deriva dall'applicazione dei principi di cui all'art. 97 Cost., impone che il compimento di un'età massima determini, sulla base di disposizioni di legge non derogabili dalla contrattazione collettiva e dalla volontà delle parti, l'estinzione del rapporto (salva l'ipotesi di protrazione per periodi definiti a domanda del dipendente e, eventualmente, con il consenso dell'amministrazione) e non costituisca un mero presupposto per l'esercizio del potere di recesso da parte dell'amministrazione, la cui inerzia non sarebbe suscettibile di sindacato giurisdizionale. Una prosecuzione del rapporto oltre il limite di età normativamente previsto e per il solo effetto di una convenzione tra le parti si tradurrebbe nella violazione di disposizioni imperative riguardanti l'assunzione o l'impiego di lavoratori.”



Pronto, avvocato?
Risponde l'ufficio legale Anaa Assomed

Quali sono le novità introdotte dal Decreto Rilancio sui congedi speciali Covid per genitori con figli minori?



L'articolo 72 del "Decreto Rilancio", (in fase di conversione in Parlamento al momento in cui si scrive) intervenendo sull'articolo 24 del decreto "Cura Italia", ha esteso a 30 giorni la durata massima del congedo parentale (c.d. congedo covid) introdotto in favore dei lavoratori dipendenti con figli minori fino a 12 anni di età.

Il limite di età non si applica in riferimento ai figli con disabilità grave iscritti a scuole di ogni ordine e grado o ospitati in centri diurni a carattere assistenziale.

Tale periodo di congedo, fruibile in via continuativa o frazionata fino al 31 luglio 2020, è retribuito al 50% ed è coperto da contribuzione figurativa. Nel settore pubblico, a differenza di quello privato, l'erogazione dell'indennità e le modalità di fruizione del congedo sono sempre definite dall'amministrazione pubblica con la quale intercorre il rap-

porto di lavoro. Il decreto rilancio ha incrementato a 2.000 euro l'importo massimo complessivo del voucher baby-sitting riconosciuto, per il personale sanitario, in alternativa al suddetto "congedo Covid", prevedendo che lo stesso voucher possa essere utilizzato anche per l'iscrizione ai centri estivi e ai servizi educativi all'infanzia. Sul punto, l'INPS con circolare n. 44/2020 ha precisato che nell'ipotesi in cui all'interno del medesimo nucleo familiare siano presenti più soggetti minori nel rispetto del limite d'età previsto dalla norma, sarà possibile percepire il bonus relativamente a tutti i minori presenti, ma nel limite del suddetto importo complessivo, dovendo indicare un importo parziale per ciascun minore.

Un'ulteriore novità è rappresentata dalla possibilità per i lavoratori dipendenti con figli fino a 16 anni (in precedenza tale possibilità era prevista solo per i figli di età compresa tra i 12 ed i 16) di astenersi dal lavoro, senza corresponsione di retribuzione né riconoscimento di contribuzione figurativa e con divieto di licenziamento per l'intero periodo di sospensione dei servizi scolastici ed educativi.

Sono titolare della legge 104 per l'assistenza a persona con handicap, quanti giorni di permessi mensili posso disporre nei mesi di maggio e giugno?

Il c.d. "Decreto Rilancio" (D.L. n. 34/2020 - in fase di conversione in Parlamento al momento in cui si scrive) ha esteso anche ai mesi di maggio e giugno 2020 il beneficio introdotto dall'art. 24 del decreto "Cura Italia" (previsto inizialmente per i mesi di marzo e aprile 2020), che incrementa di ulteriori complessive dodici giornate, il numero dei giorni di permesso retribuito riconosciuto dalla normativa vigente per l'assistenza di familiari con handicap grave (art. 33, co. 3, L. 104/92). I predetti dodici giorni ulteriori, da fruirsi nei me-

si di maggio e giugno 2020 si aggiungono ai 3 giorni di permesso mensile già previsti in via ordinaria dall'articolo 33, comma 3, della L. 104/1992, così portando l'ammontare complessivo a 18 giorni, fruibili nei mesi citati.

La stessa normativa, ribadisce che il beneficio in questione è riconosciuto al personale sanitario compatibilmente con le esigenze organizzative delle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale impegnati nell'emergenza COVID-19 e del comparto sanità.

Sono ancora sospesi i congedi ordinari per il personale sanitario?

A decorrere dallo scorso 18 maggio, non trova più applicazione la disposizione limitativa contenuta nell'art. 1, lett. r) del Dpcm 26 aprile 2020, secondo cui "sono sospesi i congedi ordinari del personale sanitario e tecnico, nonché del personale le cui attività siano necessarie a gestire le attività richieste dalle unità di crisi costituite a livello regionale" (disposizione abrogata dall'art. 11, DPCM 17.5.2020).

Pertanto, attualmente, il personale sanitario può regolarmente fruire delle ferie secondo le disposizioni contrattuali e nel rispetto dei principi di legge che regolano l'istituto.

Al riguardo, la contrattazione collettiva della dirigenza medica e sanitaria stabilisce che "...le ferie sono fruite, anche frazionatamente, previa autorizzazione, nel corso di ciascun anno solare, in periodi compatibili con le esigenze di servizio, te-

nuto conto delle richieste del dirigente..." (art. 33, co. 9, Ccnl 19.12.2019).

Inoltre è previsto che "In relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, al dirigente è consentito di norma il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre o, alternativamente, in caso di dipendenti con figli in età compresa nel periodo dell'obbligo scolastico, nel periodo 15 giugno- 15 settembre al fine di promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro" (art. 33, co. 9bis).

Resta ferma la regola generale, secondo cui, in caso di indifferibili esigenze di servizio o personali che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le stesse dovranno essere fruite entro il primo semestre dell'anno successivo (art. 33, co. 12, Ccnl 19.12.2019).

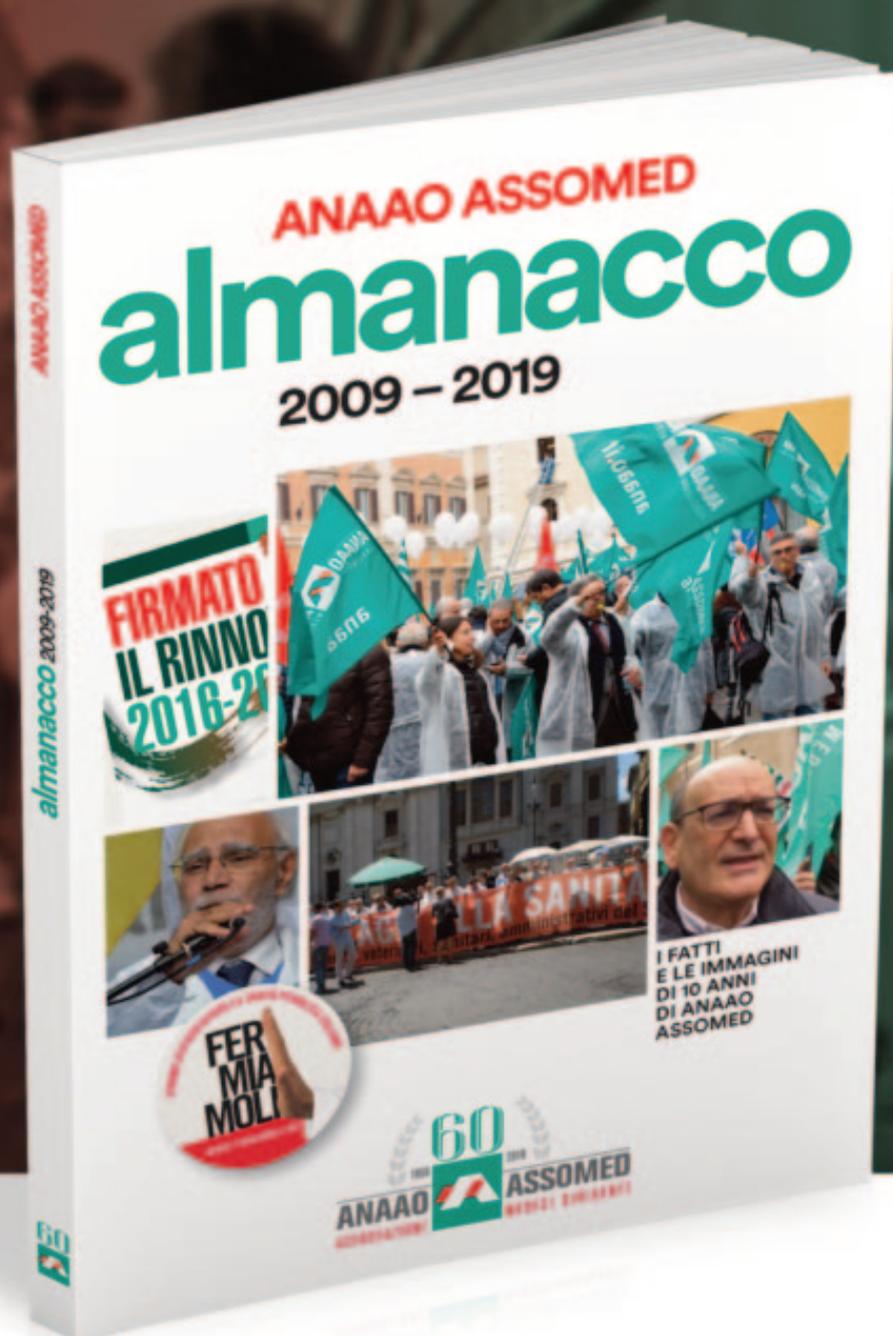


Novità

**Il testo del contratto
e le schede esplicative.**

www.anaao.it

ANAAO  **ASSOMED**
ASSOCIAZIONE **MEDICI DIRIGENTI**



**La foto story
dei nostri ultimi
dieci anni.**

Se vuoi leggerlo
inquadra il Qrcode

