

# d!

## d!rigenza medica

- 1 Milleproroghe e 72 anni**  
"Una norma ad personam  
per soli mille medici"
- 6 Autonomia differenziata**  
Un colpo di grazia al Ssn
- 13 Dirigenza Sanitaria**  
Anno nuovo, ma nulla cambia  
per la medicina di laboratorio
- 14 Anaa Giovani**  
Specializzandi e Cau:  
potenziarli nel 2024

Il mensile dell'Anaa Assomed



# PROFESSIONISTI E SSN

## Tra Milleproroghe e Autonomia differenziata

ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED

### Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI  
DEL PACCHETTO SICUREZZA  
ANAAO ASSOMED



## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza  
medica**

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

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27

[dirigenza.medica@anaao.it](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

**Direttore**  
Pierino Di Silverio

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

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

**Coordinamento redazionale**  
Ester Maragò

**Progetto grafico e impaginazione**  
Giancarlo D'Orsi

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

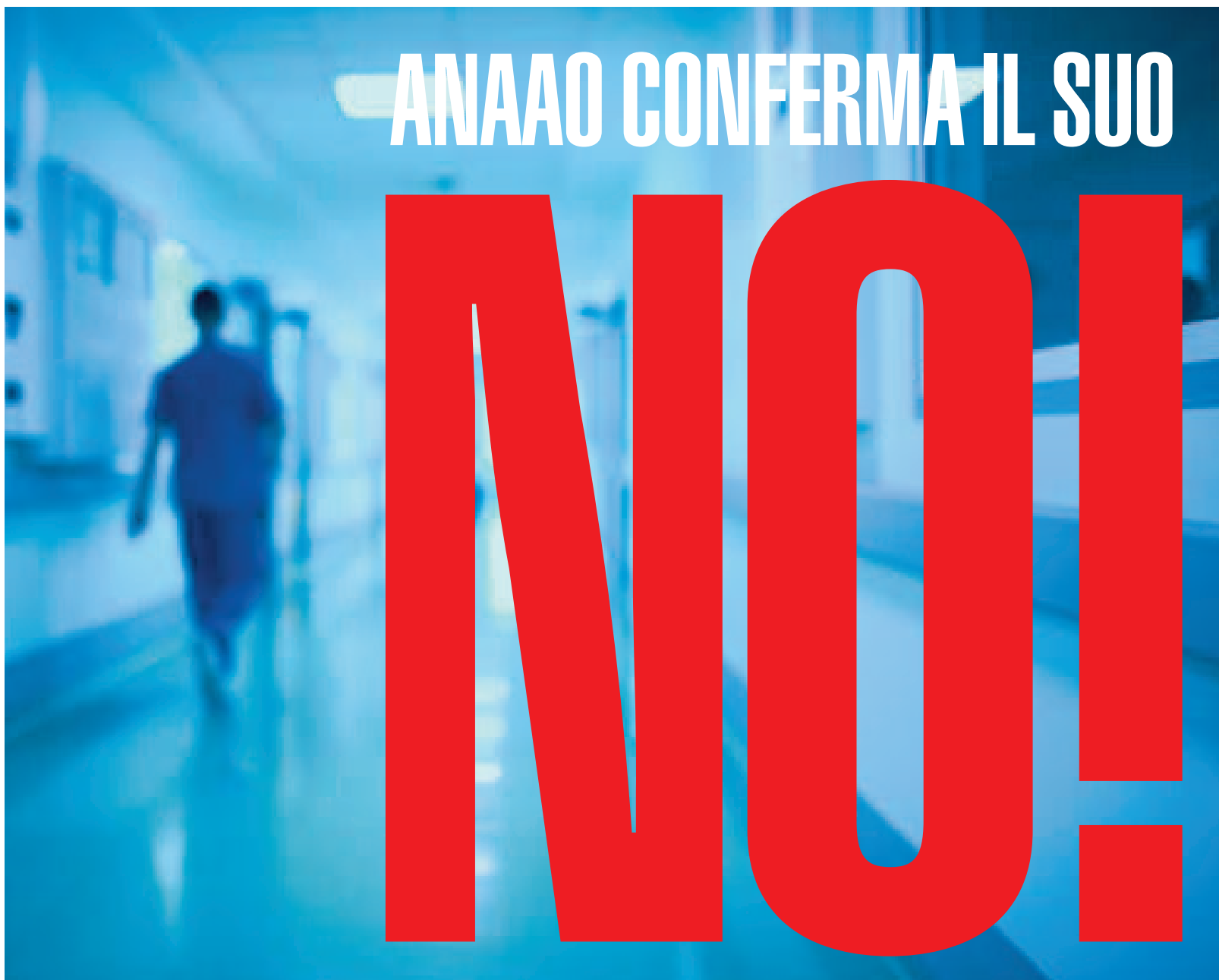
**Ufficio Commerciale**  
SICS - [info@sicseditore.it](mailto:info@sicseditore.it)  
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

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

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

Finito di stampare  
nel mese di gennaio 2024

# IN CORSA FINO A 72 ANNI?



“Potremmo ribattezzarla ‘la spedizione dei 1000’ per far comprendere la portata di un tasto sul quale ciclicamente il Parlamento torna battere: mantenere in servizio medici e sanitari fino a 72 anni”.

Questo il commento di **Pierino Di Silverio**, Segretario Nazionale Anaa As-somed al nuovo tentativo parlamentare nel Milleproroghe di allungare l’età pensionabile oltre i 70 anni. “Sorge più di un dubbio – sottolinea Di Silverio – che tale norma sia ad personam, utile solo a favorire qualche amico, e a mantenere intatto, per altri due anni almeno, il sistema di potere, prevalentemente universitario, che combattiamo da anni. Una guerra perfino contro il tempo, insomma, pensando forse che lo

**Il segretario Di Silverio commenta il nuovo tentativo parlamentare (nel Milleproroghe) di allungare l’età pensionabile dei medici.**

*“Sorge più di un dubbio che tale norma sia ad personam, utile solo a favorire qualche amico, e a mantenere intatto, per altri due anni almeno, il sistema di potere, prevalentemente universitario, che combattiamo da anni”*

## “Una norma ad personam per soli mille medici”



IN CORSA  
FINO A 72 ANNI?



“

**Perché non dichiarare pubblicamente che questa norma serve a pochi soggetti che hanno l'aria di sopravvissuti, per mantenere un sistema lobbistico di occupazione a vita dei pochi posti apicali del sistema di carriera nel nostro Ssn?**

**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale Anaa Assomed



stesso possa essere fermato, o gestito a piacimento”.

E non è solo una questione politica quella che porta Anaa Assomed a tenere alte le barricate. “Il fatto è che il provvedimento, chiaramente di marca lobbistica, è offensivo per l'intera categoria oltre che inutile rispetto all'obiettivo sbandierato”, puntualizza Di Silverio. “In base ai CAT 2021 (Conto Annuale dello Stato) i dirigenti medici e sanitari che potrebbero restare in servizio oltre i 68 anni compiuti sono 1.253. Tra questi i direttori di struttura complessa sono 340, ovvero il 27,1%, e i responsabili di struttura semplice 245, ovvero il 19,6%.

La prima conclusione è: i medici over 68 rappresentano solo l'1,16% di tutti i medici del Ssn.

Questi numeri fanno capire la dimensione del problema, visto che la platea potenzialmente interessata è costituita da 1.253 colleghi, di cui 585 con incarichi di direzione di strutture complesse o semplici. Naturalmente nel calderone finiscono anche i Professori universitari probabilmente più interessati alla norma degli ospedalieri puri.

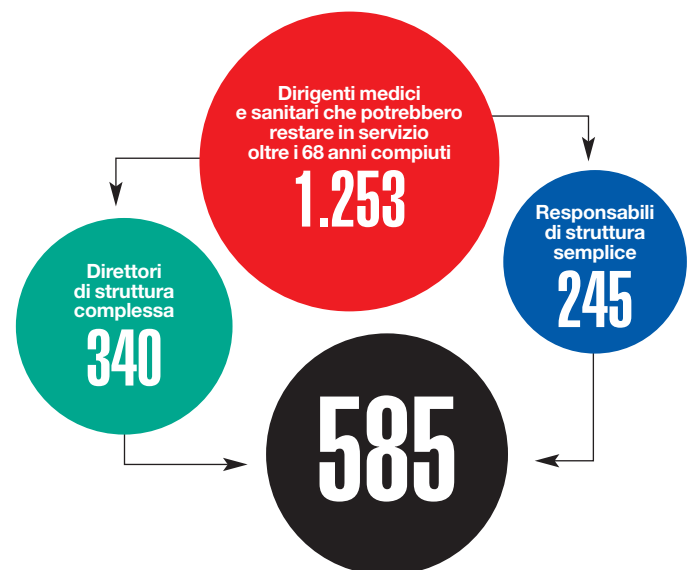
E allora a chi serve davvero questa norma? Perché si continua a insistere con la presentazione di un emendamento camuffandolo come utile e indispensabile a risolvere la carenza di personale in sanità? Potranno 1.253 medici e dirigenti sanitari, di cui 585 direttori di strutture fare turni notturni e festivi? O effettuare il lavoro straordinario necessario a tamponare le carenze di personale? O rappresentare la soluzione per lo stato in cui versa il PS?”. Sono tutte domande retoriche.

“E allora – chiede Di Silverio – perché non dichiarare pubblicamente che questa norma serve a pochi soggetti che hanno l'aria di sopravvissuti, per mantenere un sistema lobbistico di occupazione a vita dei pochi posti



apicali del sistema di carriera nel nostro Ssn? Sistema che sotto il profilo della gratificazione professionale lascia fuori ben 19 medici su 20”. Insomma, da una parte la norma della finanziaria costringe di fatto a restare al lavoro i dirigenti medici e sanitari fino a 70 anni, a meno che non vogliano subire consistenti penalizzazioni economiche. Dall'altra si cerca di prolungare la prigionia, certo volontaria, fino a 72

## A chi serve davvero questa norma?



**Potranno 1.253 medici e dirigenti sanitari, di cui 585 direttori di strutture fare turni notturni e festivi?**



anni per pochi eletti, esentati dagli aspetti più gravosi del lavoro ospedaliero: “Ci chiediamo se sia questo il modo di investire nei professionisti e nella professione, come più volte dichiarato dal Presidente del Consiglio e dal Ministro della salute”.

### **NON È SOLO UNA QUESTIONE DI NUMERI, MA ANCHE DI SALUTE DEI PROFESSIONISTI.**

**Ad affermarlo** non è solo un sindacato come l'Anaa Assomed, ma la Consulta Italiana Interassociativa della Prevenzione, CIIP, cui aderiscono 13 associazioni che rappresentano circa 10 mila professionisti della prevenzione appartenenti a diversi mondi (Ssn, Università, Ricerca, Imprese private) che sottolinea i fattori di rischio del lavoro in sanità oltre il 67 anni. E ribadisce una affermazione che racchiude il senso della nostra protesta, aggiunge Di Silverio: “La soluzione più ragionevole sarebbe quella di riportare gli organici ai livelli corretti, tali da garantire una equa distribuzione dei carichi di lavoro e una organizzazione ergonomicamente ordinata dei turni. Ma come spesso succede, le soluzioni più logiche sono anche quelle di più difficile attuazione pratica”.

“Sorgono davvero molti dubbi – prosegue di Silverio – su un positivo rapporto costi/benefici della scelta di lavorare sino ad una età così avanzata, per un settore che comporta diversi problemi sia organizzativi che di sicurezza e tutela della salute. Anche la considera-

zione che la scelta sia opzionale e volontaria non vale a dissipare i dubbi e i problemi sopra evidenziati, perché spesso il lavoratore sceglie per considerazioni economiche e trascura le implicazioni per la salute fisica e psichica, che non sempre è in grado di valutare compiutamente”.

“Noi crediamo fortemente che per salvare il Ssn occorra collaborare, lasciando da parte personalismi ed esigenze settoriali per pensare solo al bene della sanità pubblica.

Se davvero si vuole dare ai colleghi che tanto hanno già lavorato nel sistema sanitario la possibilità di restare in servizio fino a 72 anni, si proponga loro il ruolo di tutor per le nuove generazioni lasciando da parte i titoli acquisiti. Restino pure, ma per essere davvero dei padri nobili della professione più affascinante e più gravosa del mondo, dei formatori che aiutano i giovani a crescere, comprendere e inserirsi in un sistema di cure sempre più complesso e duro in cui esiste un vero bisogno di fare squadra”.

“Se così non fosse, continueremo a bocciare e a fare barricate, e non saremo soli, contro ogni tentativo di salvaguardare privilegi, centri di potere, sistemi lobbistici. Per essere, ancora una volta, dalla parte dei pazienti e dei dirigenti medici e sanitari”.

## **Cosmed firma l'ipotesi di accordo quadro**

### **Invariate aree e comparti per il Ccnl 2022-2024**

**Mantenuta la distinzione tra Dirigenza Sanitaria e Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale. Si avvia a conclusione la stagione degli accordi quadro 2022-2024, mentre i contratti nazionali, attendono ancora la conclusione dell'iter 2019-2021. Questione dei Policlinici universitari da affrontare anche a livello politico. Aran ha assicurato il suo interessamento.**

**È stata sottoscritta** all'Aran, il 9 gennaio scorso, l'ipotesi di accordo per le aree e i comparti per la stagione 2022-2024. Si tratta di un contratto quadro preliminare a tutti i contratti nazionali che definisce la composizione dei soggetti e delle Amministrazioni che afferiscono ai vari comparti. “Tale composizione è rimasta invariata e in particolare – sottolinea Giorgio Cavallero Segretario Generale Cosmed – è stata mantenuta la distinzione tra Dirigenza Sanitaria e Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale. Si avvia pertanto a conclusione la questione della collocazione della Dirigenza PTA che ha visto questa Confederazione a lungo impegnata sul piano legislativo per l'abrogazione del comma 687 che imponeva il ritorno della Dirigenza PTA nell'area sanità, abrogazione ottenuta nel DL 75 del 22.6.2023. L'accordo è stato sottoscritto da tutte le federazioni tranne Cida e Usb e richiede ancora la sottoscrizione definitiva che potrà avvenire dopo l'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri e della Corte dei Conti ma non sono previste complicazioni anche per l'invarianza della composizione e conseguentemente l'assenza di oneri aggiuntivi per la contrattazione”.

“Di fatto – prosegue Cavallero – si conferma che i contratti quadro viaggiano sostanzialmente in orario mentre i contratti nazionali a causa del mancato finanziamento da parte delle leggi di bilancio sono in costante ritardo: di fatto non si è ancora concluso l'iter del contratto 2019-2021 (scaduto il 31.12.2018) per l'area sanità e funzioni locali”.

“È emersa – conclude Cavallero – una seria problematica sulla collocazione dei Policlinici dopo la trasformazione di Tor Vergata da Azienda mista a Policlinico Universitario con potenziali conseguenze molto gravi per la componente ospedaliera sul piano economico e normativo. È urgente definire, anche alla luce dei contenziosi in altre Regioni, la collocazione dei Policlinici Universitari che a nostro avviso non può che essere coerente con l'inquadramento contrattuale del Servizio Sanitario Nazionale.

**Scarica l'ipotesi di accordo**



**Pubblichiamo il testo dell'audizione svolta dall'Anaa Assomed presso le Commissioni Affari Costituzionali e Bilancio della Camera sul disegno di legge C. 1633, di conversione in legge del decreto-legge n. 215 del 2023, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi**



# Anaa chiede lo scudo penale per tutto il 2025

**I preoccupanti dati** sull'andamento della pandemia Covid-19 e la sua corrente diffusione ripropongono l'attualità del "cosiddetto scudo penale" introdotto dall'articolo 3bis del Decreto Legge 1° aprile 2021, n. 44 convertito in legge 28 maggio 2021, n. 76 limitato allo stato emergenziale, e la necessità di estendere il lasso temporale della norma a tutto il 2025. La disposizione normativa che si intende prorogare a tutto il 2025, contenuta nell'articolo 3bis del Decreto Legge 1° aprile 2021, n. 44 convertito in legge 28 maggio 2021, n. 76 è di seguito riportata:

1. *Durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave.*
2. *Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravi-*

*tà, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza.*

Peraltra si intende introdurre in via transitoria - fino al 31 dicembre 2025 - la punibilità, a titolo di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, per i fatti commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nelle crescenti criticità lavorative in cui versano le Aziende e gli Enti del SSN determinate dalla eccezionale carenza di risorse umane e materiali, solo per colpa grave.

Tale previsione si intende transitoria (coprendo fino a tutto il 2025), nelle more di una complessiva revisione della disciplina sulla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24

“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.”).

Riteniamo che lo scudo penale legislativo possa svolgere una funzione di richiamo alla valutazione delle situazioni emergenziali “con gli occhi della colpa grave”, come sottolineato da anni dalla giurisprudenza. Indipendentemente dalla natura dell'emergenza, epidemica o no. Va quindi ribadito il carattere generale della punibilità dei professionisti della sanità solo per colpa grave, con riguardo ai fatti commessi in una situazione di emergenza, qualunque essa sia. È un fatto notorio che la carenza degli organici, come testimoniato dalla letteratura internazionale, sia fattore di rischio di eventi avversi, e questo dato rappresenta una vera e propria emergenza.

È sicuramente di primaria importanza limitare, in generale, la punibilità dei reati di omicidio colposo o di lesioni personali colpose commessi dagli esercenti una professione sanitaria ai soli



# DECRETO MILLEPROROGHE

# DECRETO MILLEPROROGHE

# DECRETO MILLEPROROGHE

## LE MISURE APPROVATE IN CDM

**Dalla sperimentazione** della farmacia dei servizi fino alla possibilità di assumere incarichi provvisori o di sostituzione dei medici di famiglia per i laureati in medicina, passando per gli incarichi ai medici specializzandi fino al termine di validità dell'iscrizione nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale di Asl e Ospedali. Sono queste alcune delle proroghe contenute nella bozza del Decreto Milleproroghe approvato dal Cdm alla fine del 2023.

**Ma vediamo** quali sono le misure adottate per la sanità al momento di andare in stampa: ricordiamo che il testo del Decreto è ancora suscettibile di modifiche, è infatti all'esame delle Commissioni Affari Costituzionali e Bilancio.

**Prorogato il termine** di approvazione del bilancio preventivo dell'anno 2024 degli Ordini delle professioni sanitarie fino alla data di presentazione del conto consuntivo dell'anno 2023

**Proroga al 31 dicembre 2024** della possibilità per i laureati in medicina e chirurgia abilitati di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale, nonché alla possibilità per i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri

di libera scelta convenzionati con il servizio sanitario nazionale.

**Il termine di validità** dell'iscrizione nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale è prorogato fino alla pubblicazione dell'elenco nazionale aggiornato e comunque non oltre il 31 dicembre 2024.

Proroga fino al 31 dicembre 2024 delle misure straordinarie per il conferimento di incarichi semestrali di lavoro autonomo ai medici specializzandi e al personale delle professioni sanitarie.

**Sarà possibile** fino al 31 dicembre 2024 il conferimento di incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati e iscritti agli ordini professionali anche se privi della specializzazione.

**Viene prorogata** fino al 31 dicembre 2024 la possibilità di conferire incarichi semestrali di lavoro autonomo per il personale medico e per gli operatori socio-sanitari, collocati in quiescenza, anche non iscritti al competente albo professionale.

**Prorogata per tutto il 2024** la sperimentazione della farmacia dei servizi.

**Prorogati al 31 dicembre 2024** gli incentivi al processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale.

Tra le misure contenute nella bozza di decreto, ancora suscettibile di modifiche, c'è la proroga anche per il 2024 dell'obbligo per gli operatori sanitari di trasmettere le fatture elettroniche all'Agenzia delle Entrate.

“

*Le oggettive carenze organizzative della struttura sanitaria in cui si verifica l'evento avverso non devono "ricadere" sugli operatori sanitari in sede di accertamento giudiziale del grado della colpa*

casi di colpa grave, come ribadito sia dalla giurisprudenza che da molti disegni di legge assegnati in Parlamento e come anche rappresentato nelle mozioni concernenti iniziative in materia di disciplina della responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e per il superamento delle criticità connesse alla carenza di organico del personale, approvate in Aula alla Camera l'11 gennaio scorso.

Sul punto va tenuto conto che il notevole numero di procedimenti penali avviato nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie, che peraltro esitano nella quasi totalità dei casi con il proscioglimento, ha quale conseguenza l'incremento della medicina difensiva con aggravio di costi per la sanità pubblica, oltre all'inevitabile ed ulteriore ingolfamento delle liste di attesa. Traendo insegnamento dalle criticità emerse durante la pandemia da Covid-19, è opportuno introdurre un riferimento all'eventuale eccezionalità del caso concreto o delle circostanze in cui lo stesso si verifica, così da evitare - per il futuro - la necessità di fare ricorso alla legislazione di emergenza. Urge quindi ancorare la valutazione della causa di non punibilità di cui all'art. 590 sexies c.p. ad ulteriori parametri di riferimento, oltre che allo stato emergenziale determinato dalla recrudescenza della pandemia da Covid-19. L'accertamento circa la natura "gravemente colposa" di una determinata condotta terapeutica non può limitarsi all'eventuale adesione alle linee guida o buone pratiche di settore, ma deve basarsi anche su altri fattori, quali ad esempio, l'eccezionalità del caso concreto o del contesto in cui lo stesso si verifica, il livello di esperienza e specializzazione sia del singolo sanitario, che della struttura in cui questi è inserito, nonché le risorse concretamente messe a disposizione dell'operatore. Le oggettive carenze organizzative della struttura sanitaria in cui si verifica l'evento avverso non devono "ricadere" sugli operatori sanitari in sede di accertamento giudiziale del grado della colpa. Occorre quindi valutare la coerenza della condotta non solo rispetto alle evidenze scientifiche disponibili, ma anche alle specifiche condizioni di lavoro e alle eventuali carenze strutturali ed organizzative. In tale prospettiva, la valutazione del grado della colpa dovrebbe tener conto della particolare situazione di "emergenza lavorativa" in cui il fatto si è verificato.

**Il Ddl concede alle Regioni che danno allo Stato più di quanto ricevono (tutte al nord), la possibilità di trattenere più gettito fiscale. Un extra finanziamento stimato in circa 10 mld che potrebbe alimentare prestazioni sanitarie aggiuntive per i loro cittadini, una sorta di LEPs di prima categoria, rendendo la tutela della salute funzione del reddito e della residenza**

**I poteri concessi alle Regioni** dalla autonomia differenziata in sanità non sono pochi: dalla mano libera su tariffe e tickets alla gestione dei fondi integrativi, con il rischio del risorgere di un sistema mutualistico-assicurativo, dalla governance delle aziende, con la possibilità di un sistema arlecchino, all'istituzione di quel contratto lavoro a scopo formativo per gli specializzandi che Governo e Università si ostinano a negare a tutto il sistema nazionale. Senza escludere l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane con la nascita di un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti, nutrito dal dumping salariale e dalle incentivazioni regionali, che rischierebbe di mettere una "pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale" (Gimbe).

# Autonomia differenziata? Un colpo di grazia al nostro Ssn

**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale Anaa  
Assomed

**È iniziato a gennaio 2024** in Senato l'iter di conversione del Ddl sull'autonomia differenziata presentato dal Ministro Roberto Calderoli per concedere maggiori poteri alle Regioni su 23 materie, tra cui la sanità. Di fatto, una legittimazione della esistenza di più sistemi sanitari, a diversa efficacia e sicurezza, a scapito del carattere nazionale voluto dalla L.833/78. Un tema introdotto in Costituzione dal centro-sinistra (2001) che il Governo in carica utilizza in una logica di scambio interno alla sua maggioranza, anche a scapito di quella "coesione nazionale" caposaldo della sua azione mediatica

**Nella tutela della salute** esistono forti disuguaglianze tra le Regioni, specie lungo la faglia Nord-Sud, in merito all'accesso alle cure ed ai suoi esiti: aspettativa di vita (minore al Sud di 4 anni), mortalità evitabile (maggiore al Sud), speranza di vita in buona salute (20 anni tra i due estremi), mortalità infantile (doppia al Sud). Con il paradosso di una mobilità sanitaria che, secondo la Corte dei Conti, ha sottratto in un decennio 14 miliardi di euro alle Regioni del Sud, che percepiscono meno risorse dal FSN. Alla faccia della Legge 833/78, che pone tra i suoi obiettivi il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese, e in barba all'articolo 32 della Costituzione.

**Il Ddl concede alle Regioni** che danno allo Stato più di quanto ricevono (tutte al nord), la possibilità di trattenere più gettito fiscale. Un extra finanziamento stimato in circa 10 mld che potrebbe alimentare prestazioni sanitarie aggiuntive per i loro cittadini, una sorta di LEPs di prima categoria, rendendo la tutela della salute funzione del reddito e della residenza. In violazione del principio costituzionale di uguaglianza, chi risiede in Regioni "forti" si curerà, gli altri potranno solo aspettare in liste di attesa che ormai si misurano in semestri se non in anni. O migrare. Senza contare che più gettito a livello locale significa meno risorse disponibili a livello centrale per garantire un livello omogeneo di prestazioni essenziali.

**I LEPs**, vale a dire la soglia costituzionalmente necessaria per rendere effettivi i diritti civili e sociali, devono essere determinati e finanziati con risorse che lo Stato deve assicurare a ciascuna Regione. Ma, come farà un sistema indebitato e sottofinanziato, che esplicitamente esclude "aggravi" per la finanza pubblica, a colmare la differenza del 25% di spesa sanitaria individuale tra Nord e Sud? Regioni in partenza al di sotto della soglia minima di LEPs non potranno mai recuperare terreno.

Si sta giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese. Sottrarre al diritto alla salute una dimensione nazionale per favorire egoismi territoriali mette in crisi la sanità pubblica, la coesione sociale e la stessa unità del Paese. Senza che nemmeno esistano evidenze, come rilevato dalla Corte dei Conti, per affermare che ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità economiche e nella gestione delle risorse, aumentino il grado di efficienza dei servizi erogati.

Siamo di fronte, in sostanza, ad un siluro sparato non solo contro il Ssn, "presidio insostituibile di unità del Paese", secondo il Presidente Mattarella, ma anche contro un'idea unitaria di Repubblica e di Stato. Inevitabilmente destinato ad amplificare le disuguaglianze di un sistema sanitario avviato lungo la china di una privatizzazione silenziosa, fino a cristallizzare, in maniera irreversibile, il divario tra Nord e Sud. Proprio quando l'Europa chiede con il Pnrr di ridurre le disuguaglianze territoriali e il ministro Schillaci ritiene "i gap che ci sono tra regione e regione, addirittura sull'attesa di vita, completamente inaccettabili in una nazione moderna".

**L'Anaa ribadisce la propria contrarietà ed opposizione. La nostra voce continuerà a sentirsi in attesa che altre voci si uniscano per evitare il colpo di grazia al welfare state del nostro Paese. O a quel che ne resta.**



## Datore di lavoro e dirigente sanitario

**Il Pronto soccorso** rappresenta oggi una criticità crescente del nostro sistema di cure. Considerato per troppo tempo causa invece che effetto, problema invece che conseguenza, il risultato è che migliaia di pazienti continuano ad affollare i Pronto Soccorso italiani con accessi impropri (in media il 24% con punte dell'80%), a sostare per troppo tempo in attesa di cure (la permanenza di 24h in PS aumenta il rischio del 3%), a manifestare la loro insoddisfazione con fenomeni di violenze, in molti casi non denunciate, quasi mai punite. Nel frattempo serpeggia tra medici, infermieri operatori sanitari una indolente frammentata a stanca delusione che allontana gli operatori che oggi sono ingabbiati nei PS e non fa avvicinare gli operatori che potrebbero entrare nel sistema. Le cause le abbiamo sviscerate in più contesti: condizioni di lavoro, retribuzioni al palo, scarse possibilità di carriera, violenze, denunce e aggressioni che contribuiscono a rendere questa professione nella professione sempre meno appetibile.

### Ma perché i PS non funzionano come il cittadino si aspetta?

A chi va attribuita la responsabilità, quali sono le soluzioni per risolvere un problema che appare ormai endemico? Immaginiamo che il PS sia il punto di arrivo di un labirinto.

**Il paziente che ha bisogno** di cure ha enormi difficoltà a rivolgersi a una medicina territoriale dove scarseggiano medici di medicina generale e che spesso non è dotata di percorsi diagnostici terapeutici e di presa in carico, nonché di strumenti diagnostici, infrastrutturali, terapeutici atti ad evitare che quel paziente si rivolga alla fine ai PS.

D'altro canto, una volta in PS, i tempi di uscita sono condizionati dalla disponibilità di posti letto, sempre più spesso occupati da pazienti in situazione di fragilità sociale, dovuta all'età, alla solitudine, alla non autosufficienza, a causa della carenza sul territorio di strutture intermedie. Finisce così che tutte le contraddizioni del sistema, si scarichino proprio su chi è chiamato a subirle, ovvero gli operatori e le aziende.

**In queste condizioni** aumentare i medici e gli infermieri non risolverebbe il problema dell'overboarding o dell'overcrowding, ma sicuramente risolverebbe il problema delle condizioni di lavoro e forse, se associato a un modello lavorativo più allettante e meno limitante, potrebbe aumentare l'appeal ormai

**Occorre una stretta collaborazione** tra datore di lavoro pubblico e dirigente sanitario semplicemente perché si deve lavorare insieme per conseguire un obiettivo comune: soddisfare la richiesta di salute.

**L'obiettivo passa inevitabilmente** attraverso percorsi di gratificazione anziché frustrazione, percorsi di comunicazione efficaci anziché muri di gomma, percorsi di applicazione di norme anziché silenzi normativi, percorsi e intenti comuni per obiettivi comuni



# L'emergenza urgenza: una sfida da combattere insieme

quasi nullo della medicina di urgenza.

**Per risolvere però** i problemi degli accessi e della conseguente gestione di PS occorre uno sforzo organizzativo ben più impegnativo in termini di capacità.

Una riforma della medicina di prossimità è possibile soprattutto con i fondi del PNRR, sempre che si riescano a reperire le risorse per il personale necessario a popolare le strutture.

**Le case di comunità** e gli ospedali di comunità rappresentano una sfida da vincere, ma non basta. Occorre contemporaneamente rivedere il DM70, in correlazione con il DM77. Infine occorre una corretta analisi di flussi e gestione degli stessi, cui però seguano interventi correttivi costanti, immediati.

**Per un progetto di siffatte dimensioni l'elemento cardine è la squadra.**

Fino ad oggi si è consumata negli anni una guerra silente e a tratti evidente tra professionisti e direzioni aziendali, che sono in termini di contratto di lavoro parte e contro parte.

**I tempi però richiedono**, come avviene nei momenti di crisi peggiori, che le parti e le controparti facciano uno scatto in avanti, un salto di categoria.

**Questo è uno di quei momenti.**

Un momento in cui la collaborazione, anche alla luce del nuovo contratto di lavoro, possa sostituire la contrapposizione.

**TIZIANA FRITTELLI**  
Presidente di  
Federsanità

**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario  
Nazionale Anaa  
Assomed

**Occorre una grande maturità** però di professionisti sanitari e professionisti delle direzioni aziendali, perché la sfida da vincere è comune, da combattere insieme alle cabine di regia regionali, impegnate nel disegno di una rete ospedaliera e territoriale che risponda alle esigenze epidemiologiche e organizzative di un territorio.

Abbiamo oggi come ieri un obiettivo comune, ma oggi esiste l'esigenza più di ieri di unire forze, competenze, azioni perché in gioco non c'è solo l'applicazione di un contratto, ma la sopravvivenza di un intero servizio sanitario pubblico.

E allora lanciamo una sfida personale e professionale che parta dai PS e continui poi per l'organizzazione del lavoro. Solo i più coraggiosi raccoglieranno la sfida, ma sarà un punto di partenza.

Nel rispetto dei ruoli, occorre una stretta collaborazione tra datore di lavoro pubblico e dirigente sanitario semplicemente perché si deve lavorare insieme per conseguire un obiettivo comune: soddisfare la richiesta di salute. Naturalmente l'obiettivo passa inevitabilmente attraverso percorsi di gratificazione anziché frustrazione, percorsi di comunicazione efficaci anziché muri di gomma, percorsi di applicazione di norme anziché silenzi normativi, percorsi e intenti comuni per obiettivi comuni. È impossibile solo ciò che non si vuol fare.

## Il monito dell'Ocse

L'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico

# Sistemi sanitari a rischio crack

## “Senza un cambio di paradigma saranno insostenibili”

In un nuovo report l'Organizzazione internazionale analizza l'andamento della spesa che senza cambiamenti potrebbe arrivare nel 2040 a rappresentare in media l'11,8% del Pil (oggi è al 9%). “Azioni vigorose per incoraggiare popolazioni e politiche più sane possono indirizzare la spesa sanitaria futura su una traiettoria ascendente molto più dolce”. Per l'Italia il quadro è allarmante: “Prevista diminuzione spesa pubblica nei prossimi anni”

## Per l'Italia si prevede una spesa pubblica in calo nei prossimi anni

“Nei due decenni che hanno preceduto la pandemia di Covid-19, la spesa sanitaria nei paesi Ocse è aumentata costantemente, in media, da circa il 7% del PIL nel 2000 a quasi il 9% nel 2019. Nel corso del tempo, l'aumento della quota dell'economia destinata alla sanità è stato trainato da una combinazione di aumento dei redditi, innovazione tecnologica e invecchiamento della popolazione”. Questo il quadro tracciato dall'Ocse in una pubblicazione sulla sostenibilità dei sistemi sanitari in cui avverte che “senza un grande cambiamento politico, si prevede una continuazione di questa tendenza, con un aumento di 2,4 punti percentuali del rapporto salute/PIL rispetto ai livelli pre-pandemici, e una spesa sanitaria totale che raggiun-

gerà l'11,8% nel 2040. Si prevede che la crescita economica complessiva crescerà a un ritmo più lento nei prossimi decenni, e si prevede che la spesa sanitaria supererà sia la crescita prevista dell'economia complessiva che delle entrate pubbliche nei paesi dell'Organizzazione”.

Ma non solo, rimarca l'Ocse, “la pandemia ha evidenziato la necessità di una spesa intelligente per rafforzare la resilienza del sistema sanitario e fornire ai paesi l'agilità necessaria per rispondere agli shock, in particolare per proteggere la salute della popolazione; rafforzare le basi dei sistemi sanitari attraverso la trasformazione digitale e gli investimenti in attrezzature mediche fondamentali; e sostenere gli operatori sanitari in prima linea attraverso misure volte a formare e trattenere gli operatori sanitari. I benefici vanno oltre i benefici sanitari diretti, poiché popolazioni più sane sono al centro di economie più for-

ti e resilienti. Ciò consente sostanziali vantaggi economici e sociali aumentando la produttività, migliorando i risultati del mercato del lavoro e riducendo la necessità di interventi sanitari più costosi in futuro”. “È quindi necessaria – sottolinea l'Ocse – un'azione urgente per finanziare sistemi sanitari più resilienti, garantendo al tempo stesso la sostenibilità fiscale dei sistemi sanitari. Le attuali prospettive economiche in molti paesi dell'Ocse non fanno altro che intensificare questo compito nel medio termine. Sebbene l'inflazione sia scesa rispetto al picco del 2022, rimane superiore ai livelli storici, aumentando i costi di produzione degli operatori sanitari e alimentando i piani di spesa pianificati a medio termine. Le priorità concorrenti per la spesa pubblica stanno anche comprimendo i bilanci sanitari. Ciò fa seguito agli effetti della pressione senza precedenti sui sistemi sanitari durante la pandemia di Covid-19 e ai continui arretrati indotti dalla pandemia per alcuni servizi sanitari”. Per far fronte a questa sfida, i paesi dell'Ocse hanno generalmente considerato quattro opzioni politiche generali (non esclusive):

Link al download del Rapporto Ocse



### Opzione 1

#### **Aumentare la spesa pubblica e destinare parte di questi fondi aggiuntivi alla sanità.**

Ciò richiede un aumento delle entrate pubbliche o un ulteriore finanziamento del debito. Eppure, le entrate pubbliche rappresentano già il 39% del PIL nei paesi Ocse. Molti paesi hanno livelli elevati e crescenti di debito pubblico e associati maggiori costi di finanziamento, oltre alla sgradevole sfida di cercare di aumentare le tasse durante una crisi del costo della vita.

### Opzione 2

**Aumentare gli stanziamenti per la sanità all'interno dei bilanci pubblici esistenti.** Mentre i cittadini spesso attribuiscono un'elevata priorità relativa alla salute, la sanità è sempre più in competizione con le nuove importanti priorità di spesa, in particolare per affrontare la crisi del costo della vita, finanziare una trasformazione verde e, per alcuni paesi, aumentare la spesa per la difesa. Tuttavia, nei paesi con stanziamenti di bilancio relativamente bassi per la sanità, le autorità sanitarie potrebbero utilizzarla come leva politica per spingere verso un aumento delle quote di bilancio. In dieci paesi, nel 2022 la quota della spesa sanitaria sulla spesa pubblica totale era pari o inferiore al 12%, ben al di sotto della media Ocse del 15%.

### Opzione 3

#### **Rivalutare i confini tra spesa pubblica e privata.**

Nel 2022, la quota di spesa dei governi o dell'assicurazione sanitaria obbligatoria nei paesi Ocse era già al 76%. Senza risorse pubbliche aggiuntive disponibili per la sanità, una maggiore spesa sanitaria verrà automaticamente spostata al settore privato. I tagli ai pacchetti di benefit o gli aumenti dei diritti di utenza possono esacerbare le disuguaglianze sanitarie. Tuttavia, è necessario un dibattito sulle direzioni a lungo termine sul confine pubblico-privato, in termini di quali siano i migliori acquisti per budget pubblici limitati e se sia possibile apportare modifiche alle tariffe di utenza senza impedire l'accesso.

### Opzione 4

#### **Individuare incrementi di efficienza.**

L'incremento del rapporto qualità-prezzo dei servizi sanitari deve essere sottolineato con ancora maggiore forza. È fondamentale ottenere notevoli guadagni in termini di efficienza tagliando

le spese inefficaci e dispendiose, raccogliendo al tempo stesso i benefici della tecnologia e della trasformazione digitale dei sistemi sanitari, compresa l'intelligenza artificiale (AI). Altrimenti, le aspettative sull'entità di tali guadagni devono essere realistiche. Le azioni volte a incoraggiare popolazioni più sane e politiche volte a eliminare fino alla metà della spesa inefficace e dispendiosa identificata in una precedente analisi dell'Ocse potrebbero far risparmiare fino a 1,2 punti percentuali del PIL. Ciò porrebbe la futura spesa sani-

taria totale su una traiettoria ascendente molto più dolce e sostenibile, raggiungendo il 10,6% del PIL nel 2040 (rispetto all'11,8% del PIL in assenza di importanti cambiamenti politici).

In questo contesto difficile, anche le buone pratiche di bilancio sono fondamentali. Migliorano il modo in cui i fondi pubblici per la sanità vengono determinati, eseguiti e valutati. Ciò non solo aumenta l'efficienza della spesa pubblica corrente, ma consente anche cambiamenti politici più ambiziosi nel medio e lungo termine.

## Le buone pratiche nell'analisi delle esperienze dei paesi Ocse evidenzia

**Regole chiare** e meccanismi di monitoraggio e revisione dovrebbero essere concordati nel corso del ciclo di bilancio annuale. Ciò include la separazione del costo delle nuove iniziative di politica sanitaria dai costi di base del mantenimento dei servizi e della copertura esistenti; l'uso di criteri espliciti per facilitare la negoziazione del bilancio; garantire un monitoraggio regolare del bilancio nel corso dell'anno, con meccanismi correttivi per migliorare la conformità; e utilizzare le revisioni della spesa per analizzare le spese sanitarie e garantire che siano allineate con le priorità del governo.

**Il bilancio** a medio termine per la sanità consente ai paesi di passare a una strategia lungimirante più proattiva che va oltre il normale ciclo di bilancio annuale. Dovrebbe consentire alle agenzie sanitarie di pianificare sulla base di un'ipotesi ragionevole della dotazione di risorse finanziarie disponibili, preservando al tempo stesso la flessibilità del governo per adeguarsi alla finanza pubblica e al clima macroeconomico.

**La definizione** del budget dei programmi promuove budget più orientati alla performance, migliorando l'allineamento tra gli obiettivi del settore sanitario e le risorse finanziarie. Spostando l'attenzione sui risultati, offre anche maggiore flessibilità alle autorità sanitarie nell'uso delle risorse

pubbliche, migliorando al tempo stesso la trasparenza e la responsabilità dei risultati. Obiettivi comuni sono programmi sul miglioramento della promozione della salute, della salute digitale, dell'educazione medica; e quando la portata del budget del programma è maggiore, può includere un'ampia tipologia di servizi sanitari (come cure primarie, servizi ospedalieri e cure a lungo termine).

**"Trovare fondi sufficienti** – evidenzia l'Ocse – per finanziare sistemi sanitari più resilienti è una sfida nell'attuale contesto economico. Si rileva che l'entità delle esigenze aggiuntive di finanziamento sanitario richiede cambiamenti politici ambiziosi e trasformativi. Azioni vigorose per incoraggiare popolazioni e politiche più sane possono indirizzare la spesa sanitaria futura su una traiettoria ascendente molto più dolce. Ciò consentirebbe alla spesa di raggiungere una cifra più sostenibile pari al 10,6% del PIL nel 2040 (rispetto alla spesa sanitaria che raggiunge l'11,8% del PIL in assenza di importanti cambiamenti politici). Una migliore governance di bilancio è fondamentale. Migliora il modo in cui i fondi pubblici per la sanità vengono determinati, eseguiti e valutati. Un migliore dialogo tra i ministeri della sanità e delle finanze è particolarmente importante quando i governi operano in un contesto fiscale limitato".

## In Italia prevista in diminuzione la spesa pubblica nei prossimi anni

"In Italia – analizza l'Ocse –, le attuali proiezioni di bilancio suggeriscono che, dopo anni di aumenti eccezionali della spesa nel 2020 e nel 2021, si è registrato un aumento nominale più moderato della spesa pubblica per la sanità nel 2023 (2,8%) con una correzione nel 2024 prima di un ritorno alla crescita nominale annua pari a tra il 2-3% previsto per il 2025-26.

Considerando le più recenti stime di inflazione per il Paese, ciò si tradurrà molto probabilmente in una diminuzione della spesa pubblica in termini reali nei prossimi anni. Inoltre, si prevede che la percentuale del PIL destinata all'assistenza sanitaria finanziata con fondi pubblici sarà inferiore al livello pre-pandemia dal 2024 in poi".



## Una sanità senza medici e senza infermieri

E le risorse sono in diminuzione.

Ma per il 61% degli italiani il Ssn migliorerà dopo la lezione della Pandemia

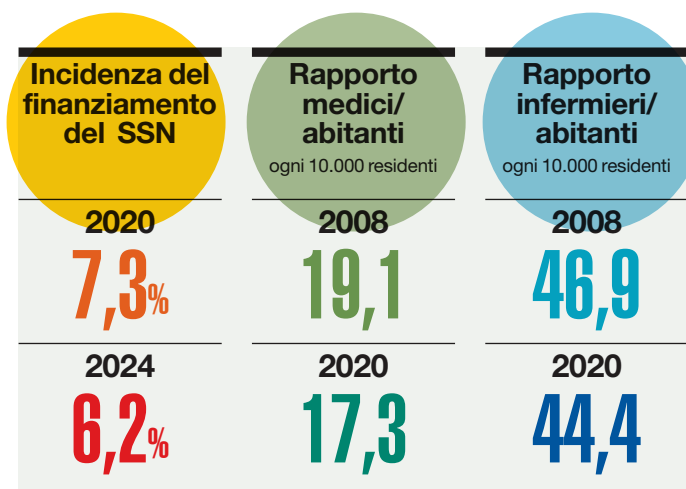
Sono alcuni elementi del capitolo sanità del 56° Rapporto del Censis sulla situazione sociale del Paese che racconta di un Paese incerto e latente rispetto al proprio futuro. Anche per la sanità il futuro appare incerto con quelli che il Censis chiama “Segnali di nuova sanità da verificare”

“Tre anni, quattro crisi profonde: la pandemia che sembrava alle spalle, l’impennata del costo della vita, la guerra in Europa, i costi dei servizi energetici. Di qui l’interrogativo ‘Dove siamo?’ che riporta al centro della coscienza sociale l’indispensabile sforzo per uno sguardo a largo raggio, contro ogni ipotesi di soluzione a breve”.

La domanda l’ha posta il Censis introducendo il suo 56° Rapporto sulla situazione sociale del Paese che anche quest’anno ha cercato di “raccontare” l’Italia da diversi punti di osservazione tra i quali non manca la sanità. Un Paese che vive in uno stato di latenza. “Il nostro Paese – sottolinea il Censis – nonostante lo stratificarsi di crisi e difficoltà, non regredisce grazie allo sforzo individuale, ma non matura. Riceve e produce stimoli a lavorare, a mettersi sotto sforzo, a confrontarsi con le ferite della storia, ma non manifesta una sostanziale reazione: rinuncia alla pretesa di guardare in avanti. Vive in una sorta di latenza di risposta, in attesa che i segnali dei suoi sensori economici e sociali siano tradotti in uno schema di mappatura della realtà e dei bisogni, adattamento, funzionamento”.

**E per la sanità? Qual è la situazione?** Per il Censis esistono “Segnali di nuova sanità da verificare”. Secondo le indagini del Censis per il 61,0% degli italiani nei prossimi anni il Servizio sanitario migliorerà anche grazie alle lezioni apprese durante la pandemia.

Come? Tra le cose di cui nei prossimi cinque anni ha bisogno, il 50,9% dei cittadini indica l’aumento del numero di medici di medicina generale, il 46,7% la modernizzazione di tecnologie e attrezzature diagnostiche per accertamenti, il 45,3% l’attivazione o il potenziamento dei servizi sul territorio, come le Case della salute, il 39,6% più posti letto negli ospedali, il 34,0% l’attivazione dell’assistenza domiciliare digitale (tele-



“Un Paese che vive in uno stato di latenza. “Il nostro Paese – sottolinea il Censis – nonostante lo stratificarsi di crisi e difficoltà, non regredisce grazie allo sforzo individuale, ma non matura

consulto, teleassistenza). Inoltre, per il 93,7% degli italiani la spesa pubblica per la ricerca in salute e sanità è un investimento, non un costo. Il 94,4% si attende che ricerca scientifica e innovazione migliorino l’efficacia delle cure e la qualità della vita in caso di malattie croniche, il 92,0% che si scoprono tecniche innovative per contrastare nuovi virus e batteri, il 91,1% che si riduca il rischio di ammalarsi. Il 70,1% dei cittadini è pronto a rendere disponibili i dati sulla propria salute per studi, ricerche, sperimentazioni. E l’80,2% si aspetta che lo studio dei big data dia un aiuto concreto alla creazione di terapie e farmaci personalizzati.

**Identikit del paziente futuro già in formazione.** La rinnovata centralità sociale della salute imposta dalla pandemia, spiega il Censis, accresce la volontà dei cittadini di giocare un ruolo attivo nei processi riguardanti la propria salute. Il 66,9% degli italiani dichiara di informarsi in autonomia su web e social network su aspetti della sua salute, dai sintomi alle patologie, con valori più elevati tra le donne (70%), i giovani (77,1%) e i laureati (74,4%).

La soggettività matura, sottolinea ancora il Censis, si esprime anche nella richiesta di farmaci, servizi, prestazioni e

soluzioni terapeutiche sempre più individualizzate: è molto o abbastanza importante per il 94,3% degli italiani avere una maggiore personalizzazione delle cure, per il 92,9% che i percorsi di cura, dal domicilio al territorio, fino agli ospedali, siano modulati sulle esigenze personali del paziente. In tale quadro, il 92,1% dichiara di avere molta o abbastanza fiducia nei medici e per l’83,9% devono essere al centro della sanità del futuro. Pur nella straordinaria importanza attribuita alla sanità digitale, oltre l’80% degli italiani è convinto che il digitale non dovrà mai sostituirsi al rapporto umano con il medico.

**Più sostenibili, più in salute.** Per il Censis, il 91,1% degli italiani si dichiara pronto a cambiare il proprio stile di vita per una società più sostenibile, di cui il 41,0% è pronto ad attuare un cambio radicale delle proprie abitudini.

La mobilità, settore ad alto impatto sull’inquinamento atmosferico con ricadute negative anche per la salute delle persone, è un ambito in cui opinioni e comportamenti dei cittadini stanno evolvendo verso una maggiore sostenibilità. Il 64,5% dichiara di muoversi a piedi, evitando di utilizzare l’automobile o altri veicoli, quando la distanza tra il luogo di partenza e quello di arrivo lo consente. E il 62,2% è favorevole alle domeniche in cui vige il divieto di circolazione per i mezzi più inquinanti. Nei consumi alimentari, per il 48,1% degli italiani impatto sulla salute e attenzione all’ambiente sono fattori che coesistono e orientano scelte e decisioni di acquisto.

**Sanità senza medici e infermieri.** Mentre nel decennio 2010-2019 il Fondo sanitario nazionale ha registrato un incremento medio annuo dello 0,8%, passando da 105,6 a 113,8 miliardi di euro, nel 2020 è aumentato a 120,6 miliardi, con un incremento medio annuo dell’1,6% nel periodo 2020-2022 dovuto alle misure per fronteggiare l’emergenza Covid. Ma l’incidenza del finanziamento del Sistema sanitario nazionale, sottolinea infine il Censis, scenderà al 6,2% del Pil nel 2024 (era il 7,3% nel 2020). Dal 2008 al 2020 il rapporto medici/abitanti in Italia è diminuito da 19,1 a 17,3 ogni 10mila residenti, e quello relativo agli infermieri da 46,9 a 44,4 ogni 10mila residenti. L’età media dei 103.092 medici del Ssn è di 51,3 anni, 47,3 anni quella degli infermieri. Il 28,5% dei medici ha più di 60 anni e un numero consistente si avvicina all’età del pensionamento. Si stima che, nel quinquennio 2022-2027, saranno 29.331 i pensionamenti tra i medici dipendenti del Ssn, 21.050 tra il personale infermieristico.

Dei 41.707 medici di famiglia, saranno 11.865 ad andare in pensione (2.373 l’anno).

# Troppe famiglie cadono in povertà per pagarsi le cure

**Troppe famiglie in tutta la Regione Europea cadono in povertà dopo aver pagato l'assistenza sanitaria**

È l'alert lanciato da un nuovo rapporto dell'ufficio dell'Organizzazione mondiale della sanità per l'Europa. L'analisi copre 40 Paesi nel Vecchio Continente e mostra come milioni di persone stanno ancora lottando e faticando per pagarsi le cure. C'è una forte dipendenza dei sistemi sanitari dai pagamenti out-of-pocket (a carico del cittadino) e questo fa sì che molte persone sperimentino



difficoltà finanziarie quando utilizzano l'assistenza sanitaria o affrontano barriere all'accesso, con conseguente necessità di salute insoddisfatta. I pagamenti out-of-pocket possono anche spingere alcune persone verso la povertà o renderle ancora più povere. Non è un fenomeno che tocca pochi. Anzi, a livello globale 4,5 miliardi di persone - più della metà dell'umanità - non sono coperte da servizi sanitari essenziali. Nei giorni scorsi i leader del settore sanità della Regione europea dell'Oms si sono riuniti in Estonia per una Conferenza sui sistemi sanitari, un'occasione per celebrare i 15 anni da quando la Carta di Tallinn è stata lanciata nel 2008. Un documento che evidenzia proprio questi aspetti, "le persone non dovrebbero diventare povere a causa di problemi di salute", è uno dei messaggi della Carta. Invece i dati pre-pandemia del 2019 già mostravano alcuni trend preoccupanti gap nella copertu-

“**La pandemia ha peggiorato la situazione per molti, creando enormi arretrati, costringendo le persone a pagare di tasca propria l'assistenza sanitaria privata e i medicinali, o semplicemente creando barriere insormontabili all'accesso, con conseguenze negative di salute**”

ra sanitaria della popolazione in molti Paesi dell'area europea. Solo 23 su 40 dichiarano di coprire oltre il 99% della popolazione; l'incidenza della 'spesa sanitaria catastrofica' - che significa che per sostenerla una famiglia non può più permettersi di soddisfare bisogni primari come cibo, alloggio e riscaldamento - è 3 volte superiore nei Paesi con divari nella copertura della popolazione rispetto a quelli che coprono oltre il 99%. Se si considera la quota più povera della popolazione di un determinato Paese, la spesa sanitaria catastrofica può essere da 2 a 5 volte superiore alla media nazionale.

**La conclusione** è che le persone più povere sono quelle che più probabilmente soffriranno le maggiori difficoltà finanziarie. E questo problema sta crescendo in alcune realtà della regione. Nella maggior parte dei Paesi, 28, l'incidenza della spesa sanitaria catastrofica è aumentata nel tempo, con un aumento medio di 1,7 punti percentuali, mentre nei restanti 12 Paesi è diminuita in media di 1,8 punti percentuali. I pagamenti diretti per i farmaci ambulatoriali sono il principale motivo di difficoltà finanziarie in tutti i Paesi, soprattutto per il quinto più povero della popolazione, seguiti dai prodotti medici (ad esempio gli apparecchi acustici) e dalle cure dentistiche. Nel 20% delle famiglie più povere, la spesa per i medicinali è responsabile in media del 60% della spesa sanitaria catastrofica nei 40 Paesi.

**La pandemia** ha peggiorato la situazione per molti, creando enormi arretrati, costringendo le persone a pagare di tasca propria l'assistenza sanitaria privata e i medicinali, o semplicemente creando barriere insormontabili all'accesso, con conseguenze negative di salute. I medicinali, i prodotti medici e le cure odontoiatriche sono servizi che dovrebbero essere forniti o gestiti in contesti di assistenza primaria, ammonisce l'Oms Europa. I risultati del rapporto indicano invece che esiste un divario significativo nella copertura delle cure primarie in molti Paesi della Regione. "Il nostro rapporto mostra che già prima della pandemia, le persone si trovavano ad affrontare un livello inaccettabile di spesa sanitaria catastrofica. Mentre celebriamo la Giornata internazionale della copertura sanitaria uni-

versale e sulla scia della devastazione causata dalla pandemia di Covid, è tempo di rimettere in carreggiata i sistemi sanitari", avverte quindi Hans Henri P. Kluge, direttore regionale dell'Oms Europa.

"Per milioni di persone nella regione - prosegue - l'assistenza sanitaria gratuita o a prezzi accessibili è semplicemente un sogno. Molti si trovano ad affrontare scelte strazianti come pagare medicinali o cure a scapito del cibo o dell'elettricità. Semplicemente non possiamo permettere che i costi sanitari impoveriscano milioni di famiglie. Dopo tutto, la salute è un diritto umano fondamentale".

Da qui l'appello ai Paesi e l'invito a fare 5 scelte politiche per avvicinarsi alla copertura sanitaria universale. Da quella di disporre adeguati finanziamenti dalla spesa pubblica per garantire che non vi siano gravi carenze di personale, lunghi tempi di attesa per le cure e pagamenti informali all'accortezza di ricorrere con parsimonia a forme di copagamento a carico del cittadino per servizi sanitari, progettandole in modo da esentare chi ha redditi bassi e malattie croniche. E ancora: i rifugiati, i richiedenti asilo e i migranti privi di documenti dovrebbero avere diritto agli stessi benefici degli altri residenti, senza barriere amministrative all'accesso.

**A 15 anni** dalla Carta di Tallinn, evidenzia l'Oms Europa, la copertura sanitaria universale rimane lontana dalla realtà in molti Paesi della regione. E diversi studi e indagini hanno evidenziato una crescente mancanza di fiducia nelle istituzioni e nei politici, con un conseguente impatto sui sistemi sanitari. "La fiducia è al centro di un sistema sanitario ben funzionante - conclude Kluge - è essenziale anche se i Paesi vogliono generare le risorse necessarie per finanziare i sistemi sanitari, soprattutto se alle persone viene chiesto di fornire queste risorse con le tasse e altri contributi. La fiducia è il collante che tiene insieme le nostre società, compresi i nostri sistemi sanitari. Senza di essa tutto crolla. Dobbiamo trasformare i nostri sistemi sanitari per garantire che le persone ovunque possano ricevere le cure giuste, nel posto giusto, dagli operatori sanitari e assistenziali giusti al momento giusto. Invito i Paesi ad agire con coraggio e convinzione".

# Benvenuto 2024!

**Una semplice domanda a cui si può dare una risposta articolata.**

Proprio così, nonostante i tanti traguardi raggiunti finora, sono ancora molti gli obiettivi da raggiungere per migliorare le condizioni di lavoro dei Dirigenti Sanitari che operano nel Ssn. La Dirigenza Sanitaria rappresentata da diverse professionalità (Biologi, Chimici, Farmacisti, Fisici, Psicologi) è certamente un patrimonio che deve essere salvaguardato e valorizzato. Se guardiamo al passato, in particolare nell'ultimo trentennio, dopo intense battaglie sindacali molti traguardi sono stati raggiunti. Tra le date più significative, si devono ricordare il 30 dicembre 1992, con il D. Lgs n. 502, ed il 22 dicembre 2017, data di approvazione del "Ddl Lorenzin" (Legge n. 3/2018). Ci sono poi stati diversi interventi normativi che hanno progressivamente definito ed affermato il ruolo di questi professionisti. Il D. Lgs 502/92 ha istituito la Dirigenza Sanitaria ed inserito in essa tutte queste categorie insieme ai medici.

**Il Ddl Lorenzin** sancisce che la vigilanza su tutte le Professioni della Dirigenza Sanitaria, e sui relativi ordini, passi dal ministero della Giustizia al ministero della Salute. Da quella data inizia un nuovo percorso di rilancio e di sviluppo di tutte le categorie professionali in sanità, sia sotto il profilo del ruolo che dei livelli occupazionali nei diversi ambiti di competenza. Si conferma così un unico livello del ruolo come previsto dal D. Lgs 502 ed a tutti i dirigenti sanitari si estendono gli istituti giuridici ed economici previsti per le professioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale.

**Un'altra data** che ha sicuramente segnato positivamente l'evoluzione delle professioni della Dirigenza Sanitaria è il 24 luglio 2019, data di approvazione del primo Ccnl "unico". Questo contratto definito "Unico" proprio perché comprende per la prima volta sia la Dirigenza Medica che la Dirigenza Sanitaria presenta delle innovazioni che riguardano in particolare: la costituzione di un unico strumento contrattuale per tutta la dirigenza e comprensivo con unico ordinamento di tutte le categorie di tale dirigenza; si conferma l'inquadramento dei dirigenti in un unico livello, articolato in funzione delle responsabilità assegnate e degli incarichi svolti, a loro volta distinti in: incarichi



**MARINA TARSITANO**  
Responsabile regionale Dirigenza sanitaria Anaa Assomed

“**Un riflettore che rimane acceso anche quest'anno è quello puntato sulla lotta al precariato. Ancora oggi si registra l'utilizzo di borse di studio, di contratti di collaborazione in sostituzione dei contratti di lavoro subordinato a tempo determinato o a tempo indeterminato, impedendo la crescita professionale**

## Quali saranno i prossimi obiettivi di Anaa Assomed per la Dirigenza Sanitaria?



professionali e incarichi gestionali; la disciplina della dirigenza sanitaria, in attuazione anche del D. Lgs. n. 29/93, ridefinita analogamente a quanto fatto per gli altri ruoli attraverso norme riguardanti la fissazione dei criteri generali di graduazione degli incarichi dirigenziali e la definizione dei criteri di assegnazione e verifica; un trattamento economico differenziato in base a funzioni e specificità. Dunque, con questo contratto sono riconosciuti pari diritti e doveri con possibilità di carriera sovrapponibili a quella del profilo professionale medico.

**E allora dopo il raggiungimento di questi traguardi così ambiziosi, cosa ci dobbiamo aspettare dal 2024?**

L'anno inizia con la firma del rinnovo del contratto di lavoro (Ccnl 2019-2021) dove, tra le varie novità normative, per la prima volta all'art. 66 viene istituita una specifica indennità di specificità sanitaria fissa e ricorrente da corrispondersi al fine del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte dalla dirigenza inquadrata nei profili del ruolo sanitario diversi dai profili di dirigente medico e veterinario. Questo traguardo ha una rilevanza enorme per la dignità professionale di tutta la Dirigenza Sanitaria che non si sarebbe mai po-

tuto raggiungere senza l'attività sindacale dell'Anaa Assomed.

Quali sono dunque gli altri obiettivi da raggiungere per migliorare lo stato di salute lavorativa della Dirigenza Sanitaria del nostro Ssn?

**Un obiettivo da raggiungere** sarà quello di mettere fine alla disparità di trattamento economico tra gli *specializzandi* medici che percepiscono un trattamento economico e gli specializzandi in area sanitaria non retribuiti. L'Anaa mediante tavoli di confronto con le Istituzioni ed una collaborazione attiva tra gli Ordini si impegnerà a sostenere un provvedimento che preveda per tutti i laureati (Biologi, Chimici, Fisici, Farmacisti, Psicologi, Veterinari) un compenso per le ore di attività svolte nelle strutture sanitarie pubbliche durante tutto il periodo di specializzazione. In questo modo la specializzazione potrà essere svolta da tutti i laureati, anche quelli che non hanno una famiglia alle spalle in grado di sostenerli.

Un riflettore che rimane acceso anche quest'anno è quello puntato sulla lotta al precariato. Ancora oggi si registra l'utilizzo di borse di studio, di contratti di collaborazione in sostituzione dei contratti di lavoro subordinato a tempo determinato o a tempo indetermi-



nato, impedendo la crescita professionale, una giusta retribuzione e le adeguate tutele a molti dirigenti sanitari impegnati in attività di assistenza e diagnostica. In un Ssn, che richiede processi tecnologici sempre più avanzati, è una priorità il reclutamento a tempo indeterminato di figure altamente specializzate della Dirigenza Sanitaria in grado di governare tali processi. I concorsi devono essere banditi regolarmente sulla base di una programmazione pluriennale. L'Anaao deve vigilare sui criteri di programmazione del fabbisogno del personale e monitorare periodicamente le singole amministrazioni che devono mettere in atto i percorsi di conversione dei contratti parasubordinati in contratti di lavoro subordinati o nuovi bandi di concorso. L'obiettivo è dunque quello di risolvere l'abuso di contratti a termine che tolgono dignità alla Dirigenza Sanitaria. Tanti obiettivi raggiunti, ma ancora purtroppo si registrano bandi di concorso per il comparto che includono le categorie della Dirigenza Sanitaria. Tutto ciò ha imposto all'Anaao una vigilante attività di monitoraggio ed azioni legali conseguenti su tutte le procedure concorsuali illegittime per far rispettare i diritti della Dirigenza Sanitaria.

**Non si può altresì** restare indifferenti e pensare che la tutela della salute non sia strettamente collegata alla *tutela dell'ambiente*. Un'attenzione particolare va dunque alla situazione delle professioni sanitarie nelle Arpa (Agenzie per la Prevenzione Ambientale) dove negli ultimi anni le professioni tipiche per le attività di tutela ambientale, ovvero biologi, chimici e fisici, sono state sottoinquadrare in posizioni di collaboratore tecnico del comparto. L'Anaao continuerà la sua battaglia per restituire dignità ai lavoratori delle Arpa.

**Una riflessione infine** può essere fatta a partire da questo anno sull'importanza della corretta collocazione giuridica e contrattuale di medici e sanitari per portare avanti le nostre battaglie sindacali. Il termine "Dirigenza Sanitaria" che attualmente è usato per identificare la categoria dei dirigenti non medici, comprende anche i medici. Questa collocazione giuridica non ha impedito una progressiva situazione di crisi generale del sistema collegata ad una vera e propria crisi del sistema professionale che ormai delinea l'opportunità anche di un riassetto legislativo che valorizzi in modo peculiare le categorie che rappresentiamo. I tempi sono maturi per ridefinire la categoria dirigenziale sanitaria medica e non come Dirigenza "speciale" del Ssn.

## Anno nuovo, ma nulla cambia per la medicina di laboratorio

Ed è arrivato anche il 2024, buon anno a tutti, ma i problemi irrisolti persistono e nulla fa sperare che possano risolversi.



**PIERANGELO CLERICI**  
Presidente  
FISMeLab

“**Benvenuto 2024, anno bisesto e speriamo non funesto per la Medicina di laboratorio**”

**Il Ministro della Salute** sbandiera, giustamente per lui è un successo, di aver strappato al ministro Giorgetti altri 3 miliardi per il Fondo Sanitario Nazionale senza declinare un road map di utilizzo e soprattutto degli obiettivi concreti se non un generico "abbattimento delle liste d'attesa". In questo contesto appare evidente che per il settore della Medicina di Laboratorio, al momento nulla cambia se non la grave riduzione delle tariffe delle prestazioni ambulatoriali che, entrando in vigore dal primo marzo porteranno, in alcuni casi, a una riduzione del 40% dei rimborsi ai laboratori.

**Appare paradossale** il costante accanimento contro le prestazioni di Laboratorio, non si contano più i ritocchi verso il basso delle tariffe, dimenticando che la costruzione di una tariffa non può determinarsi dal solo costo dei reagenti e delle tecnologie utilizzate ma da un contesto infrastrutturale dai costi importanti come ad esempio l'interfacciamento informatico. Alcune Regioni sono intervenute cercando di limitare i danni del nuovo nomenclatore-tariffario chi sottraendo ad altri capitoli di spesa le risorse e chi rivedendo la distribuzione dei compensi sulle indagini più numerose rispetto a quelle rare. Da cittadini prima che da professionisti, non possiamo però accettare che i soldi delle nostre tasse vengano utilizzati come soldi del monopolio senza un disegno che sia dettato da una visione complessiva del sistema Salute di cui la Medicina di Laboratorio è parte fondamentale non solo per le diagnosi cliniche, ma anche per la gestione della prevenzione e della sorveglianza delle malattie.

**Non dovremo meravigliarci** se il prodotto - perché per gli economisti che ormai decidono al posto dei professionisti sanitari il nostro lavoro si estrinseca in un "prodotto" - che è un dato espresso in funzione di precise competenze che portano a definire diagnosi e terapie all'interno di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale sarà di qualità inferiore all'atteso perché oltre alla riduzione delle Tariffe ci

affiancherà anche una mancanza di offerta di tecnologie da parte delle aziende di diagnostica che si vedono penalizzate anche sul fronte dell'assurda norma del pay back, ad oggi non cancellato, per cui saremo curiosi di sapere come il ministero dell'Industria vorrà affrontare la scomparsa dal mercato delle aziende leader, di cui molte italiane, e l'invasione di aziende provenienti dall'estremo oriente, Covid docet. **Certo è che se il Ministero** della Salute vuole compensare la diminuzione che avverrà dell'offerta della Medicina di laboratorio aprendo alle Farmacie la possibilità di eseguire test diagnostici con la pleonastica scusa della "prossimità al paziente" lo dica chiaramente, ma ricordiamoci tutti e si ricordino tutti che il processo diagnostico, dalla fase preanalitica alla firma del referto, è in capo al Laboratorio e non a surrogati della professione.

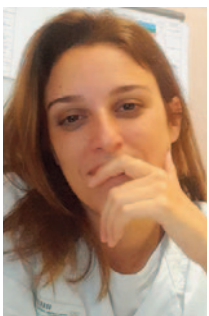
**Nulla contro i Farmacisti**, ma ognuno svolga la propria professione e non ci si appelli al fatto che nel periodo Covid, dimenticandoci che eravamo in una condizione di emergenza pandemica, ai Farmacisti è stato consentito di effettuare test diagnostici, i famigerati tamponi, peraltro ben remunerati.

**La Medicina di Laboratorio** non vive di emergenze, ma di costante formazione e applicazione a cui i suoi professionisti sono dediti anche se spesso considerati tristemente come dei meri "fattori di produzione". Noi restiamo fiduciosi e operiamo costantemente con le Istituzioni Centrali e periferiche perché riteniamo che solo il confronto possa essere costruttivo e fonte di soluzione dei problemi purché non vi siano posizioni preconcepite e immutabili. Il sistema può migliorare ed efficientarsi non affondando un settore per favorirne altri, ma recuperando risorse, e sono tante, in capitoli di spesa non solo della Sanità, ma da quei settori che risultano essere rappresentativi di interessi di parte e non di sistema. Benvenuto 2024, anno bisesto e speriamo non funesto per la Medicina di laboratorio.



## Specializzandi e Cau: potenziarli nel 2024

# Un'ottima opportunità formativa e retributiva



**GABRIELLA RASO**  
Direttivo  
Nazionale Anaa  
Giovani

**Come membro del Direttivo Nazionale Anaa Giovani** ritengo che l'impiego dei giovani medici specializzandi nei CAU (Centri di Assistenza e Urgenza), sia un'ottima opportunità dal punto di vista retributivo e professionale. Si è creata una nuova modalità per dare ai cittadini un servizio di presa in carico sanitaria territoriale efficace: mi riferisco alla riorganizzazione dell'emergenza-urgenza che la Regione Emilia-Romagna ha messo in campo in questi mesi, dividendo i flussi dell'emergenza - che rimane in capo ai Pronto Soccorso - da quelli dell'urgenza, che faranno riferimento ai CAU, strutture del territorio alle quali le persone possono rivolgersi per problemi di salute urgenti, ma non gravi. Sono numerosi infatti gli specializzandi che, in base alla normativa vigente, lavorano con contratti ad ore oltre l'orario formativo ed Anaa Giovani auspica una rapida abolizione delle incompatibilità lavorative; i medici specializzandi, quando terminano le ore di formazione, poiché non percepiscono alcuna indennità di esclusività devono essere liberi di poter svolgere tutti i lavori a cui non è richiesta la specializza-

zione ma il solo titolo di laurea in medicina e chirurgia. Il medico specializzando attualmente percepisce una retribuzione mensile che oscilla tra il 1.652 euro ed i 1.711 euro senza alcuna indicizzazione da decenni: ben venga pertanto la possibilità di poter decidere di essere assunto con un retributivo minimo di 40 euro l'ora per una attività medica che senza dubbio aumenta il proprio bagaglio di conoscenze e competenze e fidelizza i medici al servizio sanitario nazionale.

In questi mesi, lavorando presso l'Unità Operativa "Cure Primarie" dell'Ausl di Reggio Emilia, ho avuto modo di occuparmi in prima persona del percorso formativo ideato per i medici da impiegare nei 2 CAU provinciali (Reggio Emilia e Correggio). Abbiamo offerto una formazione con corsi base di 1° livello, richiesti prima di iniziare l'attività, e corsi di 2° livello da ultimare durante il 2024, per un totale di 8 mesi di formazione totalmente retribuita ed accreditata Ecm, fermo restando che la quasi totalità dei medici specializzandi impiegati hanno già esperienze lavorative passate in strutture come Rems, reparti di lungo degenza, continuità as-

sistenza, sostituzione Mmg, reparti Covid, quindi non partivano da zero.

I CAU rappresentano, finalmente, una grandissima occasione anche per i giovani. In queste strutture, infatti, possono dare piena realizzazione alle loro legittime aspirazioni e competenze, in quella che di fatto è una vera e propria riorganizzazione della continuità assistenziale, l'ex guardia medica, che ad oggi - per le modalità organizzative entro cui è inquadrata - consente solo di rado di prendere in carico direttamente il paziente. Nei CAU, invece, possono svolgere pienamente la funzione di medico, prendendo in carico il paziente dall'ingresso nella struttura e seguendolo fino alla dimissione. Un'occasione di upgrade professionale notevole, a cui ci troviamo pronti anche grazie alla formazione che viene pagata dalle Ausl. Questo è un ulteriore passo avanti rispetto allo stato attuale. Oggi, infatti, se un medico specializzando volesse fare un corso di formazione, ad esempio, sulla rianimazione cardiopolmonare, dovrebbe pagarselo di tasca propria. Con l'avvio dei CAU, invece, sono le Aziende Sanitarie che arruolano i medici e ne pagano la formazione, un'occasione professionalizzante senza precedenti per le nuove generazioni di professionisti sanitari.

Ritengo tuttavia che la Regione debba ulteriormente potenziare la comunicazione sui CAU: sono ancora pochi i medici specializzandi che conoscono i vantaggi che queste nuove strutture offrono. Sarebbe opportuna, pertanto, una manifestazione di interesse regionale non vincolante per valutare quanti altri specializzandi potrebbero essere ancora interessati a lavorare nei CAU e le 4 Università Emiliano-Romagnole (Bologna, Ferrara, Parma e Reggio Emilia) dovrebbero allearsi con la Regione per massimizzare ed ottimizzare, attraverso le centinaia di direttori di scuola di specializzazione della nostra Regione, la diffusione e l'incentivazione di questo percorso. I numeri degli ultimi giorni del 2023 - oltre 12mila cittadini presi in carico nei primi 19 CAU aperti nell'ultimo mese e mezzo - dimostrano che il servizio funziona, e che al contempo inizia a sgravare il Pronto Soccorso dalla pressione e, di conseguenza, dalle lunghe attese.

Il 2024 si apre per noi con questa grande occasione, che intendiamo fare nostra, per dare ai cittadini la garanzia di una presa in carico all'altezza delle nuove sfide, sempre più sul territorio, e nel contesto di una sanità pubblica e universalistica cheosteremo sempre con convinzione.





**Il lavoratore che non abbia potuto fruire di tutti i giorni di ferie annuali retribuite prima di dare le dimissioni ha diritto a un'indennità finanziaria.**

“L'articolo 7 della direttiva 2003/88/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 novembre 2003, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, e l'articolo 31, paragrafo 2, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea devono essere interpretati nel senso che ostano a una normativa nazionale che, per ragioni attinenti al contenimento della spesa pubblica e alle esigenze organizzative del datore di lavoro pubblico, prevede il divieto di versare al lavoratore un'indennità finanziaria per i giorni di ferie annuali retribuite maturati sia nell'ultimo anno di impiego sia negli anni precedenti e non goduti alla data della cessazione del rapporto di lavoro, qualora egli ponga fine volontariamente a tale rapporto di lavoro e non abbia dimostrato di non aver goduto delle ferie nel corso di detto rapporto di lavoro per ragioni indipendenti dalla sua volontà.”

Lo ha stabilito la Corte di Giustizia dell'Ue specificando che gli Stati membri non possono addurre motivi connessi al contenimento della spesa pubblica per limitare tale diritto.

**La Corte di Giustizia dell'Unione Europea con sentenza del 18 gennaio 2024 “boccia” l'Italia**

# Le ferie non godute vanno monetizzate

La domanda è stata presentata nell'ambito di una controversia di un ex dipendente pubblico del Comune di Copertino e detto Comune in merito al rifiuto di versare all'attore un'indennità finanziaria per ferie annuali retribuite non godute alla data della cessazione del rapporto di lavoro a seguito delle dimissioni volontarie di quest'ultimo al fine di accedere al collocamento in pensione anticipata.

In particolare secondo il giudice del rinvio, sul fondamento della legislazione nazionale al funzionario non potrebbe essere versata l'indennità finanziaria che egli reclama per i giorni di ferie annuali retribuite non goduti alla data della cessazione del rapporto di lavoro, per il motivo che ha volontariamente posto fine a detto rapporto. In tale contesto il giudice del rinvio si interroga sulla compatibilità di tale disposizione italiana con l'articolo 7 della direttiva 2003/88 e con l'articolo 31, paragrafo 2, della Carta. Il Tribunale di Lecce ha deciso di

sospendere il procedimento e di sottoporre alla Corte Europea le seguenti questioni pregiudiziali, ovvero se l'articolo 7 della direttiva 2003/88, e l'articolo 31, paragrafo 2, della Carta devono essere interpretati “nel senso che ostano a una normativa nazionale, che, per esigenze di contenimento della spesa pubblica nonché organizzative del datore di lavoro pubblico, prevede il divieto di monetizzazione delle ferie in caso di dimissioni volontarie del lavoratore pubblico dipendente” e, inoltre, “se - l'articolo 7 della direttiva 2003/88, e l'articolo 31, paragrafo

2, della Carta devono essere interpretati nel senso di richiedere che il pubblico dipendente dimostri l'impossibilità di fruire delle ferie nel corso del rapporto”.

La Corte ribadisce che l'articolo 7 della direttiva 2003/88 disponendo che gli Stati membri adottano le misure necessarie affinché ogni lavoratore benefici di ferie annuali retribuite di almeno quattro settimane, riflette e concretizza il diritto fondamentale a un periodo annuale di ferie retribuite sancito dall'articolo 31, paragrafo 2, della Carta.

A tale proposito, spetta agli Stati membri definire, nella loro normativa interna, le condizioni di esercizio e di attuazione del diritto alle ferie annuali retribuite, precisando le circostanze concrete in cui i lavoratori possono avvalersene. Tuttavia gli Stati membri devono astenersi dal subordinare a qualsivoglia condizione la costituzione stessa di tale diritto, il quale scaturisce direttamente dalla suddetta direttiva.

La Corte ribadisce che il diritto alle ferie annuali costituisce solo una delle due componenti del diritto alle ferie annuali retribuite quale principio fondamentale del diritto sociale dell'Unione. Tale diritto infatti presuppone anche quello ad ottenere un pagamento nonché, in quanto diritto connaturato, il diritto a un'indennità finanziaria per le ferie annuali non godute al momento della cessazione del rapporto di lavoro.

Peraltro quando il rapporto di lavoro è cessato, la fruizione effettiva delle ferie annuali retribuite cui il lavoratore ha diritto non è più possibile. Per evitare che, a causa di detta impossibilità, il lavoratore non riesca in alcun modo a beneficiare di tale diritto, neppure in forma pecuniaria, la direttiva 2003/88 prevede che, in caso di fine del rapporto di lavoro, il lavoratore abbia diritto a un'indennità finanziaria per i giorni di ferie annuali non goduti. Il diritto all'indennità è conferito direttamente dalla direttiva e non può dipendere da condizioni diverse da quelle che vi sono esplicitamente previste, con la conseguenza che un lavoratore, che non sia stato in condizione di usufruire di tutte le ferie annuali retribuite prima della cessazione del suo rapporto di lavoro, ha diritto a un'indennità finanziaria per ferie annuali retribuite non godute. A tal fine è privo di rilevanza il motivo per cui il rapporto di lavoro è cessato, motivo per il quale la normativa italiana introducendo una condizione ulteriore a quelle a quelle espressamente previste viola le disposizioni europee.

Del resto, prevedendo che il periodo minimo di ferie annuali retribuite non





**Corte di Giustizia  
dell'Unione Europea**  
**Sentenza del 18  
gennaio 2024**



possa essere sostituito da un'indennità finanziaria, salvo in caso di fine del rapporto di lavoro, la direttiva mira anche a garantire che il lavoratore possa beneficiare di un riposo effettivo, per assicurare una tutela efficace della sua sicurezza e della sua salute. Pertanto, la direttiva 2003/88 non osta, in linea di principio, a una normativa nazionale recante modalità di esercizio del diritto alle ferie annuali retribuite espressamente accordato da tale direttiva, che comprende finanche la perdita del diritto in questione allo scadere del periodo di riferimento o di un periodo di riporto, purché, tuttavia, il lavoratore che ha perso il diritto alle ferie annuali retribuite abbia effettivamente avuto la possibilità di esercitarlo.

**In altre parole** se il lavoratore, deliberatamente e con piena cognizione delle conseguenze che ne derivano, si astiene dal fruire delle ferie annuali retribuite dopo essere stato posto in condizione di esercitare in modo effettivo il suo diritto alle stesse, la Carta non osta alla perdita di tale diritto né, in caso di cessazione del rapporto di lavoro, alla correlata mancanza di un'indennità finanziaria per le ferie annuali retribuite non godute, senza che il datore di lavoro sia tenuto a imporre a detto lavoratore di esercitare effettivamente il suddetto diritto. Viceversa il datore di lavoro è tenuto ad assicurarsi concretamente e in piena trasparenza che il lavoratore sia effettivamente in condizione di fruire delle ferie annuali retribuite, invitandolo, se necessario formalmente, a farlo, e nel contempo informandolo, in modo accurato e in tempo utile a garantire che tali ferie siano ancora idonee ad apportare all'interessato

“

***Gli Stati membri non possono derogare al principio derivante dalla direttiva e dalla Carta, secondo il quale un diritto alle ferie annuali retribuite non può estinguersi alla fine del periodo di riferimento e/o del periodo di riporto fissato dal diritto nazionale, quando il lavoratore non è stato in condizione di beneficiare delle sue ferie***

to il riposo cui esse sono volte a contribuire; se egli non ne fruisce, tali ferie andranno perse al termine del periodo di riferimento o di un periodo di riporto autorizzato, o non potranno più essere sostituite da un'indennità finanziaria. L'onere della prova incombe al datore di lavoro. Ne consegue che, qualora il datore di lavoro non sia in grado di dimostrare di aver esercitato tutta la diligenza necessaria affinché il lavoratore sia effettivamente in condizione di fruire delle ferie annuali retribuite alle quali aveva diritto, circostanza la cui verifica spetta al giudice del rinvio, si deve ritenere che l'estinzione del diritto a tali ferie alla fine del periodo di riferimento e, in caso di cessazione del rapporto di lavoro, il correlato mancato versamento di un'indennità finanziaria per le ferie annuali non godute violino, sia la direttiva europea che la Carta.

**Peraltro gli obiettivi** espressi dalla normativa vigente e dalla Corte Costituzionale italiana (ovvero che la disposizione italiana, si prefigge di reprimere il ricorso incontrollato alla «monetizzazione» delle ferie non godute e parallelamente a misure di contenimento della spesa pubblica, con lo scopo di riaffermare la preminenza del godimento effettivo delle ferie rispetto al versamento di un'indennità finanziaria), cor-

rispondono ai medesimi obiettivi perseguiti dalla direttiva europea e dalla Carta ovvero garantire che il lavoratore possa beneficiare di un riposo effettivo, per assicurare una tutela efficace della sua sicurezza e della sua salute. Ed ancora sugli obiettivi perseguiti dal legislatore nazionale, sui quali il giudice di rinvio si interroga che in particolare, sono, da un lato, il contenimento della spesa pubblica e, dall'altro, le esigenze organizzative del datore di lavoro pubblico, ivi compresa la razionale programmazione del periodo di ferie e l'incentivazione all'adozione di comportamenti virtuosi delle parti del rapporto di lavoro, in primo luogo, sostiene la Corte per quanto riguarda l'obiettivo inteso al contenimento della spesa pubblica, che sia sufficiente ricordare che la protezione efficace della sicurezza e della salute dei lavoratori non possa dipendere da considerazioni di carattere puramente economico. In secondo luogo, per quanto riguarda l'obiettivo connesso alle esigenze organizzative del datore di lavoro pubblico, occorre rilevare che esso concerne, in particolare, la razionale programmazione del periodo di ferie e l'incentivazione dell'adozione di comportamenti virtuosi delle parti del rapporto di lavoro, di modo che esso può essere inteso come finalizzato a incentivare i lavoratori a fruire delle loro ferie

**Inoltre, occorre ricordare** che gli Stati membri non possono derogare al principio derivante dalla direttiva e dalla Carta, secondo il quale un diritto alle ferie annuali retribuite non può estinguersi alla fine del periodo di riferimento e/o del periodo di riporto fissato dal diritto nazionale, quando il lavoratore non è stato in condizione di beneficiare delle sue ferie

In finale la Corte dispone che l'articolo 7 della direttiva 2003/88 e l'articolo 31, paragrafo 2, della Carta devono essere interpretati nel senso che ostano a una normativa nazionale che, per ragioni attinenti al contenimento della spesa pubblica e alle esigenze organizzative del datore di lavoro pubblico, prevede il divieto di versare al lavoratore un'indennità finanziaria per i giorni di ferie annuali retribuite maturati sia nell'ultimo anno di impiego sia negli anni precedenti e non goduti alla data della cessazione del rapporto di lavoro, qualora egli ponga fine volontariamente a tale rapporto di lavoro e non abbia dimostrato di non aver goduto delle ferie nel corso di detto rapporto di lavoro per ragioni indipendenti dalla sua volontà.

# 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



ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED



# Fai la cosa giusta!

**ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED.**

**GIOCA D'ANTICIPO  
CON TUTTI I SERVIZI  
DEL PACCHETTO SICUREZZA**

POLIZZA RC  
COLPA GRAVE

POLIZZA  
TUTELA LEGALE

ASSILEGAL

UFFICIO  
LEGALE

CYBERSECURITY

TUTELA DALLE  
AGGRESSIONI

POLIZZE PER  
SPECIALIZZANDI

CORSI ECM



Scopri tutti  
i servizi



www.anaao.it  
f @ x d v

PER INFO CONTATTARE 026694767 - SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT