

# d!

## d!rigenza medica

- 8 **Legge Bilancio 2021**  
Aumenta del 27%  
l'indennità di esclusività  
di rapporto
- 12 **Anaao Giovani**  
Covid-19: le testimonianze  
dei giovani specialisti
- 15 **Dirigenza sanitaria**  
Diagnostica del Covid:  
"l'un contro l'altro armati"

Il mensile dell'Anaao Assomed

**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

# RECOVERY PLAN

# 10,7

## miliardi di investimenti per la sanità

### Tutti i progetti, gli interventi e gli obiettivi

## 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](mailto:dirigenza.medica@anaao.it)  
[www.anaao.it](http://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. 06.59.446.232

### 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 gennaio 2021

## Ridare motivazioni ai medici ospedalieri e ai dirigenti sanitari

Nella nostra recente *survey* “**Il lavoro in Ospedale ai tempi del Covid**”, emerge una sofferenza che viene da lontano, amplificata dalla pandemia, che ha reso insostenibili intensità assistenziale e carichi di lavoro, tanto che solo il 54.3% dei medici ospedalieri di oggi pensa di lavorare ancora in un ospedale pubblico nei prossimi 2 anni. E oltre il 75% ritiene che il proprio lavoro non sia stato valorizzato a dovere, sia prima che durante la crisi pandemica. Già ora in molte aziende sanitarie le uscite dal SSN non avvengono solo per raggiunti limiti pensionistici: in particolare del nord Italia, si può arrivare fino ad un 30-40% di uscite per licenziamento. I medici ospedalieri sognano la fuga verso luoghi di lavoro più tranquilli e con organizzazioni quotidiane più compatibili con la propria vita sociale e familiare. Non solo nel privato, dove il lavoro è meno stressante e si affrontano casistiche cliniche in elezione, ma anche all'estero sia per gli stipendi più alti che per la maggiore autonomia e valorizzazione professionale. Teniamo presente che nella fase post-pandemica la necessità di rinforzare i singoli sistemi sanitari porterà ad una forte competizione tra le nazioni dell'Europa occidentale per attrarre i medici e le altre professioni sanitarie, carenti già prima dell'insorgere dell'epidemia. Questo fenomeno è reso ancora più preoccupante dal concomitare di altri elementi, alcuni pregressi altri associati alla crisi epidemica. Bisogna considerare, infatti, almeno ulteriori tre fattori che incidono profondamente sulla carenza presente e futura di personale specializzato nella sanità pubblica. Con il 2021 raggiungiamo l'acme della curva pensionistica dei medici dipendenti del SSN, de-

scritta da noi nel lontano 2011, consistente in circa 7.000 quiescenze ogni anno. Inoltre, il blocco del turnover, se confrontiamo i dati del Conto annuale dello Stato del 2009, punto più alto per le dotazioni organiche nel SSN, con quelli del 2018, ha determinato nel decennio una riduzione di circa 6 mila medici e 2 mila dirigenti sanitari (biologi, farmacisti, chimici etc). Infine, la riorganizzazione dei servizi in area critica, in applicazione del DL “Rilancio”, richiederebbe l'assunzione in forma stabile di almeno 5.000 specialisti tra anestesisti rianimatori e medici di emergenza-urgenza, internisti, infettivologi, pneumologi. Siamo di fronte a tagli pregressi e a imponenti carenze, in un contesto di fallimentare programmazione dei fabbisogni specialistici nel decennio passato, che si riverberano nel pesante e preoccupante peggioramento delle condizioni di lavoro mettendo a rischio la qualità e la sicurezza delle cure erogate nelle strutture ospedaliere e nei servizi territoriali.

Se esaminiamo questo complesso quadro, le ragioni che spingono ad abbandonare gli ospedali, fenomeno già registrato in Inghilterra e in Svezia e ora anche in Germania, sono riassumibili in un comprensibile spirito di sopravvivenza. L'eccesso dei carichi di lavoro, legato a una carenza numerica persistente al di là della giostra dei numeri sulle recenti assunzioni, peraltro tutte in forme precarie; la rischiosità del lavoro sia sotto il profilo biologico che medico-legale; la sua cattiva organizzazione; lo scarso coinvolgimento nelle decisioni che li riguardano rappresentano le motivazioni più richiamate dai professionisti nella *survey*. I medici ospedalieri, come anche i dirigenti



**CARLO PALERMO**  
Segretario Nazionale  
Anaao Assomed

segue a pagina 16

# Recovery Plan

# 19,7

## miliardi di investimenti per la sanità

Per il comparto sanitario si punta sullo sviluppo dell'assistenza territoriale socio-sanitaria e la telemedicina con 7,9 miliardi di investimenti per rilanciare quello che è considerato l'anello più debole del sistema. E poi digitalizzazione, ammodernamento tecnologico e nuovi ospedali moderni e sicuri per un totale di 11,8 miliardi

## Ecco tutti i progetti

**Il Consiglio dei ministri** del 12 gennaio scorso ha dato il via libera al grande piano di investimenti da finanziare con i fondi europei per un totale di circa 210 miliardi.

Per la sanità si contano un totale di 19,7 miliardi di investimenti per il rilancio e l'ammodernamento del Ssn, dal territorio all'ospedale.

### **Lo scenario attuale della sanità italiana.**

“Il quadro attuale dell'assistenza sanitaria territoriale – si legge nel Piano – mostra elevata frammentarietà e significativi elementi di criticità: in particolare, l'Italia evidenzia un forte ritardo sulla diffusione dell'assistenza domiciliare rispetto agli altri Paesi OCSE (4% pazienti anziani rispetto alla me-

dia OCSE del 6%) e un'elevata disomogeneità fra regioni di tutti i servizi residenziali e di prossimità”.

“Anche il sistema ospedaliero – prosegue il documento – manifesta ritardi in particolare riguardo alla carenza e formazione del personale, ma anche in termini di vetustà delle apparecchiature tecnologiche e delle dotazioni informatiche, per cui è prioritario prevedere interventi ammodernamento in modo uniforme sul territorio nazionale.

A fronte di tale contesto, il sistema sanitario è “giunto, inoltre, alla prova del Covid-19 manifestando elementi di relativa debolezza e in presenza di divario tra regioni un ampio e persistente. La risposta del sistema sanitario all'avanzata della pandemia, infatti, è stata ostacolata da difficoltà nell'approv-



## Gli obiettivi generali per la sanità

- Intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia, in particolare, della rete dell'assistenza territoriale, al fine di garantire omogeneità nella capacità di dare risposte integrate (di natura sanitaria e socio-sanitaria), nonché equità di accesso alle cure.
- Rafforzare la resilienza e la tempestività di risposta del sistema sanitario alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie.
- Dare impulso alla sanità digitale, disporre di soluzioni digitali per piani di presa in carico multidisciplinari e multiprofessionali in grado di integrare processi di cura ed assistenza, nonché di supportare la vicinanza e la comunicazione alle persone.
- Promuovere e rafforzare il settore della ricerca scientifica, incrementando le risorse destinate alla ricerca biomedica e sanitaria anche attraverso la promozione di fondi equity e sviluppando le competenze che possano facilitare il trasferimento tecnologico.
- Realizzare ospedali sicuri, tecnologici, digitali e sostenibili, con azioni miranti all'ammodernamento tecnologico delle strutture ospedaliere con particolare riferimento alle attrezzature di alta tecnologia e ad altri interventi orientati alla digitalizzazione delle strutture sanitarie.
- Rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese di fronte agli impatti sulla salute, attuali e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici.
- Rafforzare la compagine del personale sanitario, anche sotto il profilo formativo al fine sviluppare le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del SSN nonché di colmare le carenze relative sia ad alcune figure specialistiche, sia nel campo della medicina generale.

### Riepilogo degli investimenti in sanità

Salute	5,28	12,73	18,01	1,71	19,72
Assistenza di prossimità e telemedicina	-	7,50	7,50	0,40	7,90
Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria	5,28	5,23	10,51	1,31	11,82

vigionamento di dispositivi medici e sanitari adeguati, e da carenze dotazionali di risorse umane specializzate e di infrastrutture (in particolare tecnologiche e digitali), ma soprattutto da una risposta non sempre adeguata dell'assistenza territoriale e di quella ospedaliera (sebbene quest'ultima abbia mostrato nel complesso una buona capacità di "tenuta")."

"Emerge quindi – secondo il Governo – l'esigenza di intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema ospedaliero sia, in particolare, della rete dell'assistenza territoriale: quest'ultima appare, infatti, debole e non omogenea nella capacità di dare risposte integrate (di natura sanitaria e sociosanitaria), non garantendo equità di accesso alle cure e costituendo una delle principa-

li criticità del SSN".

Sul versante della ricerca scientifica, che è uno degli asset strategici del nostro Paese, si rilevano "alcune tendenze strutturali su cui è altrettanto importante intervenire: la riduzione dei fondi destinati alla ricerca biomedica e sanitaria; il numero ridotto di brevetti, pur a fronte della crescita delle produzioni scientifiche degli IRCCS; la carenza di capitali di rischio e di competenze che possano facilitare il trasferimento tecnologico".

Infine, "ulteriore elemento da affrontare e non più rinviabile per il SSN riguarda il rafforzamento della compagine del personale sanitario, anche sotto il profilo formativo".



## Gli interventi per la sanità

### 4MLD

#### Casa della Comunità e presa in carico delle persone

La carenza di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali, le disomogeneità regionali presenti nell'offerta dei servizi di assistenza territoriale, soprattutto per le popolazioni che abitano in zone rurali o svantaggiate, costituiscono criticità superabili attraverso l'implementazione di strutture assistenziali di prossimità per le comunità, collocando nello stesso spazio fisico un insieme di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e sfruttando la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, consentendo anche percorsi di prevenzione, diagnosi e cura per ogni persona con un approccio basato sulle differenze di genere, in tutte le fasi e gli ambienti della vita.

Il Progetto nasce pertanto per potenziare l'integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari per la promozione della salute e la presa in carico globale della comunità e di tutte le persone, siano esse sane o in presenza di patologie (una o più patologie) e/o cronicità

Per realizzare tale integrazione, il progetto prevede la realizzazione di strutture fisicamente identificabili ("Casa della comunità"), che si qualificano quale punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari) che

operano secondo programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale) e tra servizi sanitari e sociali. Dal punto di vista operativo, il modello proposto prevede l'identificazione di uno standard di riferimento comune, attraverso il quale distribuire in maniera capillare e omogenea tali strutture su tutto il territorio nazionale, identificandole quale nodo, facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, all'interno della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso come parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. In questo senso, con questo intervento si intende definire un atto regolamentare preliminare e action plan entro il 2022, e realizzare entro il 2026 una Casa della Comunità ogni 24.500 abitanti: si punta a realizzare 2.564 nuove Case della comunità con l'obiettivo di prendere in carico 8 milioni circa di pazienti cronici mono-patologici e 5 milioni circa di pazienti cronici multi-patologici.

### 1MLD

#### Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta oggi il setting assistenziale che meglio risponde ai cambiamenti epidemiologici della popolazione (invecchiamento, aumento della comorbilità e delle patologie croniche) e alle esigenze di sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale. Costituisce un modello di cura alternativo al ricovero ospedaliero, che consente la permanenza a domicilio di persone fragili e con patologie croniche e l'attuazione di percorsi terapeutici integrati dal punto di vista sanitario e sociale, garantendo nel contempo una adeguata socialità e la prossimità della rete dell'assistenza primaria.

Attraverso tale progetto si intende promuovere e rafforzare l'assistenza domiciliare, incrementarne la diffusione e la qualità dell'offerta su tutto il territorio nazionale attraverso la riorganizzazione della gestione dei servizi di cure domiciliari integrate e lo sviluppo e implementazione locale di un modello digitale dell'ADI, che renda fruibile soluzioni e strumenti di telemedicina e connected care, fondamentali per la presa in carico al domicilio, il monitoraggio e la diagnosi a distanza dei pazienti.

In questa prospettiva, il progetto si po-

ne in stretta connessione con la progettualità sopra descritta della "Casa della Comunità", in quanto nell'ambito della Presa in carico globale che la Casa della Comunità realizza, uno degli strumenti necessari ad una integrata ed efficace gestione delle cronicità, soprattutto per i pazienti cronici anziani, è l'erogazione di prestazioni di assistenza domiciliare integrata con il supporto delle soluzioni tecnologiche e digitali e di telemedicina. L'obiettivo è quello di definire a livello nazionale indicazioni per l'erogazione di prestazioni in telemedicina entro il 2022 e di implementare e mettere a regime un nuovo modello ADI entro il 2026, con 575 Centrali di coordinamento attivate, 51.750 medici e altri professionisti nonché 282.425 pazienti con kit technical package attivo.

Risultati attesi: circa 500.000 nuovi pazienti over 65 Presi in Carico (PIC).

### 2MLD

#### Sviluppo delle cure intermedie

Il progetto mira alla implementazione di presidi sanitari a degenza breve (Ospedali di comunità) che, interconnesse con il sistema dei servizi sanitari e sociali, svolgono una funzione "intermedia" tra il domicilio e il ricovero ospedaliero al fine di sgravare l'ospedale da prestazioni di bassa complessità che non necessitano di un elevato carico assistenziale e contribuire in modo sostanziale alla riduzione degli accessi impropri alle strutture di ricovero e al pronto soccorso.

Gli Ospedali di comunità sono, pertanto, strutture che si pongono ad un livello intermedio tra l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera, per fornire assistenza a tutti i soggetti che non hanno necessità di ricovero ma di un'assistenza e sorveglianza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. Dal punto di vista operativo si prevede di definire entro il 2022 il piano d'azione per realizzare/adeguare le strutture a ospedale di comunità; il progetto si traduce nella realizzazione di posti letto in strutture di ricovero di breve durata (15-20 giorni), secondo uno standard uniforme su tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è quello di realizzare e/o adeguare un ospedale di comunità ogni 80.000 abitanti - 753 ospedali - entro il 2026.



# 0,9MLD

## Salute ambiente e clima. Sanità pubblica ecologica

Il progetto è finalizzato a rafforzare la capacità, l'efficacia, la resilienza e l'equità del Paese di fronte agli impatti sulla salute, attuali e futuri, associati ai rischi ambientali e climatici, in una visione "One-Health", e nella evoluzione di "Planetary health", attraverso un piano di riforme e investimenti che istituisce, sul piano normativo e di dotazioni di infrastrutture e risorse, la rete del "sistema nazionale di prevenzione salute-ambiente e clima, SNPS", articolata a livello centrale regionale e territoriale, per la piena integrazione con l'esistente Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA).

In particolare, si prevede di realizzare:

- un Piano di investimenti associato alla riforma strutturale istitutiva del SNPS;
- Investimenti funzionali allo sviluppo di programmi operativi di attuazione di modelli integrati in specifici siti contaminati di interesse nazionale

Dal punto di vista operativo si prevede di definire entro il 2022 un Action plan per l'istituzione/rafforzamento di poli di eccellenza e riferimento nazionale della rete SNPS e di poli regionali e istituzioni territoriali della rete SNPS-SNPA; la digitalizzazione della rete SNPS e SNPA; la creazione/rafforza-

mento di strutture territoriali della rete SNPS-SNPA e eventuali enti pubblici di ricerca; il rafforzamento di strutture sanitarie territoriali e ospedaliere, IRCSS e altri enti di ricerca, per interventi integrati di promozione della salute, sorveglianza attiva e assistenza sanitaria e sistemi di comunicazione partecipativa delle comunità, in specifici siti contaminati di interesse nazionale. Sempre entro il 2022, effettuare la Procedura per assegnazione di Bandi di ricerca triennali nazionali in salute-ambiente-clima.

Si prevede entro il 2026 di riqualificare in infrastrutture, risorse strumentali e umane il 100% delle strutture di riferimento nazionale SNPS e il 50% (circa. 190) delle strutture SNPS-SNPA.

Si prevede altresì di finanziare 8 borse di studio universitarie in Salute-Ambiente e Clima per 3 cicli; saranno istituiti a) un centro di formazione e aggiornamento in Salute- Ambiente/Clima con 11 percorsi di formazione FAD su due tematiche specifiche a carattere prioritario; b) un centro di formazione e aggiornamento in Salute-Ambiente/Clima con 11 progetti di ricerca triennali a carattere nazionale, su tematiche Salute/Ambiente/Clima di carattere prioritario. Saranno elaboratori programmi operativi per l'attuazione di modelli integrati di intervento salute-ambiente-clima in almeno due siti specifici contaminati di interesse nazionale, con il coinvolgimento di strutture territoriali della rete SNPS-SNPA, strutture sanitarie e ospedaliere, IRCSS e altri enti di ricerca.

“

**L'obiettivo è acquistare e collaudare 2.648 grandi apparecchiature sanitarie e digitalizzare 184 strutture sanitarie sede di DEA**

# 3,41MLD

## Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero

Il progetto è finalizzato all'ammodernamento tecnologico degli ospedali in riferimento alle attrezzature di alta tecnologia e ad altri interventi orientati alla digitalizzazione delle strutture sanitarie (sia in termini di processi che di infrastruttura tecnologica e asset informatici). In particolare, l'intervento è orientato a:

- ammodernare gli asset tecnologici in dotazione presso le strutture ospedaliere, sostituendo tutto il parco delle grandi apparecchiature sanitarie vetuste (anzianità maggiore di 5 anni);
- digitalizzare tutti i processi clinico-assistenziali ospedalieri delle strutture sede di DEA di II livello, con particolare riferimento ai sistemi di blocco operatorio, Laboratory Information System, risonanze, servizi di farmacia, pronto soccorso, sistemi di accettazione/dimissione/trasferimento, prescrizione e somministrazione farmaci, diagnostica per immagini, repository e order entry.

Entro marzo 2021 è prevista la produzione di report con la rilevazione fabbisogno delle grandi apparecchiature; sarà adottato entro il 2023 un action plan per la progettazione e pianificazione degli interventi sulle grandi apparecchiature, ivi ricomprendendo la definizione delle procedure di appalto, la stipula contratti con fornitore del servizio e la realizzazione degli interventi;

L'obiettivo è acquistare e collaudare 2.648 grandi apparecchiature sanitarie e digitalizzare 184 strutture sanitarie sede di DEA.

# 5,6MLD

## Ospedali

Il progetto intende delineare un percorso di miglioramento strutturale in materia di sicurezza delle strutture ospedaliere, che rivestono un ruolo cruciale e strategico nelle situazioni di emergenza, con l'obiettivo di allinearle alle più moderne normative sismiche a livello internazionale, tenuto anche



conto che l'Italia è uno dei Paesi a maggiore rischio sismico del Mediterraneo. All'ospedale, sede tra le più esposte e sensibili in quanto affollata da migliaia di persone aventi capacità reattive diversissime, viene quindi richiesto non solo di resistere senza danni eccessivi alla forza d'urto del sisma, ma anche di continuare a offrire sufficienti livelli di assistenza sanitaria.

Ciò significa che si deve porre una particolare attenzione non solo agli elementi portanti, ma anche a quelli non strutturali e impiantistici, oltre che alla distribuzione delle funzioni e ai flussi, per far sì che possano rimanere pienamente operative le unità ambientali e le apparecchiature necessarie per la gestione delle maxiemergenze.

A tal fine, il Ministero della Salute ha rilevato nel 2020 un fabbisogno complessivo di interventi in materia di antisismica ospedaliera nelle diverse Regioni di circa 10 miliardi e ha individuato 675 interventi finanziabili a valere sulle risorse del Recovery Fund, ripartendo l'ammontare disponibile di 2,3 miliardi di euro in misura proporzionale tra le Regioni per quota di accesso.

Il periodo di esecuzione previsto è 2021-2026. Sarà elaborato entro il 2022 un action plan per l'avvio delle procedure e dei cantieri di lavoro al fine di completare 675 interventi di antisismica entro il 2026.

Questo intervento beneficia di risorse complementari per 680 milioni dagli stanziamenti della Legge di Bilancio.

## 1MLD

### Fascicolo Sanitario elettronico e raccolta, elaborazione e analisi dei dati a livello centrale -

Il progetto è finalizzato a realizzare interventi regionali per l'evoluzione, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), anche ampliandone gli strumenti (es. IoT, app) che abilitino la raccolta di nuove informazioni su base volontaria da parte del cittadino (es. abitudini e stili di vita).

Il progetto intende inoltre potenziare e ampliare a livello centrale il Sistema Informativo Sanitario nazionale, in termini di evoluzione e ammodernamento dell'infrastruttura, dei sistemi di costruzione, raccolta e analisi delle in-



“  
**Sarà elaborato entro il 2022 un action plan per l'avvio delle procedure e dei cantieri di lavoro al fine di completare 675 interventi di antisismica entro il 2026**

formazioni sanitarie e non sanitarie, con particolare riferimento al completamento del percorso in atto di costruzione di strumenti simulativi e predittivi del fabbisogno di salute della popolazione.

È prevista entro il 2021 la predisposizione di piani regionali e della pubblica amministrazione centrale per il rafforzamento del FSE ed entro il 2022 il completamento di studi di fattibilità per la realizzazione dei nuovi flussi a livello nazionale e regionale. Entro il 2026 si prevede 1 miliardo di documenti digitalizzati.

L'obiettivo è anche quello di implementare entro il 2024 2 nuovi flussi informativi a livello nazionale e regionale; di implementare entro il 2026 l'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute e attivare la piattaforma e portale Open Data; di realizzare ed integrare, sempre entro il 2026, un modello predittivo su dati di real world.

## 0,2MLD

### Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

Il progetto è finalizzato a realizzare due tipologie di interventi:

- finanziamento di progetti di PoC (Proof of Concept), per complessivi 100 mln, attraverso cui ridurre il gap fra risultati della ricerca e applicazione industriale e sostenere lo svi-

luppo di tecnologie con un basso grado di maturità tecnologica, nonché favorirne il trasferimento tecnologico verso l'industria. Vengono quindi rese disponibili risorse finanziarie a breve termine per realizzare esperimenti che dimostrino la fattibilità di una tecnologia o del concept di un prodotto, per:

- costruire/migliorare un prototipo per prepararne la commercializzazione;
- verificare la fattibilità commerciale o effettuare test per lo scale-up;
- dimostrare la mitigazione del rischio per un potenziale investitore/industria o licenziatario, nel caso esista un brevetto;
- affrontare e superare uno specifico gap identificato dall'industria e che ne ostacola l'attrattività per gli investitori;
- finanziamento di programmi/progetti di ricerca finalizzata in materia di malattie rare e tumori rari. Queste patologie, ad alta complessità biomedica e spesso ad espressione multiorganica, necessitano della convergenza di elevata competenza clinica e di avanzate attività diagnostiche e di ricerca e richiedono tecnologie di eccellenza e il coordinamento di reti collaborative a livello nazionale ed europeo.

Al fine di rafforzare la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia, si intende lanciare un programma di ricerca con un finanziamento dedicato per complessivi 100 mln, al fine di sviluppare terapie mirate in grado di fornire risposte concrete ai bisogni di salute dei cittadini affetti da patologie rare.



“

**Le risorse messe a disposizione dal Recovery Plan saranno rese disponibili a ciascun Hub per la realizzazione un progetto finalizzato su una linea specifica di ricerca e trasferimento tecnologico**

È prevista entro il 2023 la definizione di una procedura selettiva biennale per l'assegnazione dei voucher per il sostegno al trasferimento tecnologico ed entro il 2026 la procedura ad evidenza pubblica per la ricerca finalizzata in materia di malattie rare e tumori rari. Si prevede di effettuare 2 bandi da 50 milioni per assegnare voucher per progetti di PoC (Proof of Concept) entro il 2023 per un valore complessivo di 100 milioni e, sempre entro il 2023, con due bandi da 50 milioni, l'assegnazione di finanziamenti per programmi/progetti di ricerca finalizzata in materia di malattie rare e tumori rari per un valore complessivo di 100 milioni.

**0,1 MLD**

### **Ecosistema innovativo della salute**

L'intervento si propone di sviluppare un ecosistema per l'innovazione nell'Area «Salute» così come individuata dal Programma Nazionale per la Ricerca (PNR) e dalla Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente (SNSI). L'elemento innovativo nel metodo di approccio risiede nella funzione strutturata di «regia» e condivisione per determinare le priorità di intervento, le Traiettorie Tecnologiche e dei Domini cui orientare l'azione, nello specifico contestuale e di fase attuativa.

La finalità è quella di generare con continuità nuove occasioni di innovazione, sviluppo e occupazione qualificata nell'Area Salute, anche attraverso partenariati pubblico-privati, mediante la collaborazione virtuosa tra Sistema Sanitario, Università, Incubatori d'impresa, Centri di ricerca, Grandi Imprese, PMI ed altri soggetti del mondo produttivo, della ricerca e degli Investitori istituzionali, finalizzata al consolidamento della catena dell'innovazione a cui agganciare lo sviluppo competitivo dell'Ecosistema Salute e in quest'ambito del SSN.

Il programma coglie la necessità di valorizzare la specificità e la complessità dell'innovazione nelle scienze della vita in ordine ai temi della proprietà intellettuale, alla dilatazione dei tempi della ricerca, alla complessità regolatoria e alle implicazioni etiche. Si svilupperà comunque in coerenza e collaborazione con i programmi di ecosistema della ricerca proposti dal MUR e di trasferimento tecnologico proposti dal MISE, anche attraverso iniziative congiunte.

Il progetto si pone in continuità con Piano Operativo Salute (POS) in fase di implementazione da parte del Ministero della Salute, che prevede la realizzazione di Hub Lifescience, ovvero infrastrutture dedicate alla ricerca pubblica-privata, all'attrazione di iniziative imprenditoriali innovative, al trasferimento tecnologico e allo sviluppo di servizi e attività per l'open innovation, anche grazie ad iniziative di partnership pubblico-private. Le risorse messe a disposizione dal Recovery Plan, pertanto, saranno rese disponibili a ciascun Hub per la realizzazione un progetto finalizzato su una linea specifica di ricerca e trasferimento tecnologico.

È programmata l'elaborazione entro il 2023 di un Action plan per la realizzazione di una rete di centri per il trasferimento tecnologico dedicata alle scienze della vita e alla salute con i soggetti attivi nel campo a livello regionale e territoriale, negli IRCCS, in partnership pubblico/privato, in ambito universitario o di iniziativa privata e sempre entro il 2023 l'elaborazione di un action plan per il rafforzamento della rete nazionale di infrastrutture innovative specializzate - HUB Scienze della Vita avviata dal Ministero della Salute nell'ambito del POS - Piano Operativo Salute.

È prevista la realizzazione entro il 2026 di almeno 3 azioni con co-finanziamento di 40 milioni destinato a Centri per il trasferimento tecnologico e di almeno 3 progetti Nord-Centro-Sud con co-finanziamento di 60 milioni per il rafforzamento degli Hub Lifescience.

**1,51 MLD**

### **Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità**

Il progetto è finalizzato a rafforzare l'attività formativa lungo tre direttrici:

- aumentare le borse di studio e il corso di formazione specifica in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli formativi triennali;
- avviare un piano di formazione straordinario di tutto il personale ospedaliero della dirigenza medica e non medica ed il personale infermieristico e tecnico del SSN in materia di infezioni ospedaliere;
- attivare un percorso di formazione dei ruoli apicali degli Enti del SSN e delle sue macro-articolazioni organizzative (Direttori generali, sanitario, amministrativo delle aziende, direttore dei distretti, dei dipartimenti, dei presidi ospedalieri, nonché collegio sindacale e Organismo di Vigilanza), ai fini dell'acquisizione delle necessarie competenze e capacità manageriali per affrontare le sfide sanitarie attuali e future in un'ottica integrata, sostenibile, innovativa, flessibile ed orientata al risultato.

È programmata l'adozione di un action plan per la definizione dei fabbisogni delle borse di studio per il corso di formazione specifica in MMG per ciascuno dei trienni formativi 2021-2024, 2022-2025, 2023-2026.

È programmata l'adozione entro il 2023 di un action plan per la realizzazione dei percorsi formativi per i ruoli apicali e per il personale del SSN.

L'obiettivo è erogare e completare 900 borse di studio per il corso di formazione specifica in medicina generale per ciascuno degli anni 2024, 2025, 2026; erogare corsi di formazione tecnico-manageriale entro il 2025 a almeno 5.000 operatori dei ruoli apicali ed erogare corsi di formazione straordinaria in materia di infezioni ospedaliere entro il 2026 ad almeno 200.000 dipendenti del SSN.

Questo intervento beneficia di risorse complementari per 330 milioni dagli stanziamenti della Legge di Bilancio.

L.F.

## Aumenta del 27% l'indennità di esclusività di rapporto

Il 2020 si è chiuso con l'approvazione nella Legge di bilancio dell'articolo che incrementa l'esclusività di rapporto del 27%, un segnale che fa sperare in un 2021 migliore

		FINO AL 2020/ANNO	INCREMENTO 27%	DAL 2021/ANNO	DIFFERENZA MESE
DIRIGENZA MEDICA	DIRETTORE DI SC	18.473,29	4.987,79	23.461,08	383,68
	SOPRA I 15 ANNI	13.857,58	3.741,55	17.599,13	287,81
	TRA I 5 E I 15 ANNI	10.167,99	2.745,35	12.913,34	211,18
	CON MENO DI 5 ANNI	2.519,19	680,18	3.199,37	52,32
DIRIGENZA SANITARIA	DIRETTORE DI SC	18.473,29	4.987,79	23.461,08	383,68
	SOPRA I 15 ANNI	13.461,36	3.634,57	17.095,93	279,58
	TRA I 5 E I 15 ANNI	5.784,38	1.561,78	7.346,16	120,14
	CON MENO DI 5 ANNI	1.708,05	461,17	2.169,22	35,47

**I commi di riferimento della legge n. 178 del 30 dicembre 2021**

**407.** Al fine di valorizzare il servizio della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria presso le strutture del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2021, gli importi annui lordi, comprensivi della tredicesima mensilità, dell'indennità di cui all'articolo 15-quater, comma 5, del decreto legislativo

vo 30 dicembre 1992, n. 502, previsti, in favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari con rapporto di lavoro esclusivo, dal contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità 2016-2018 stipulato il 19 dicembre 2019, di cui al comunicato dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale

le n. 22 del 28 gennaio 2020, sono incrementati del 27 per cento.

**408.** Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni del comma 407, valutati in 500 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021, si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.



# Webinar Anaaao sull'obbligatorietà della vaccinazione Covid

**Lo Stato non può imporre  
per legge qualcosa che non  
riesce a garantire a tutti.  
Ma per i sanitari  
è un obbligo etico**



## Vaccino Covid obbligatorio o no?

Se ne parla in Italia, ma non tra i banchi del Parlamento. Eppure, se un obbligo dovesse esserci, questo non può che essere introdotto per legge. Una legge dello Stato, come più volte ribadito dalla Giurisprudenza. Ma ci sono delle condizioni da rispettare e, al momento, nel caso della vaccinazione contro il Covid, queste condizioni non esistono. Lo hanno chiarito i partecipanti al webinar promosso dall'Anaaao il 21 gennaio scorso sul tema "Vaccino AntiCovid19. Obbligo e Lavoro. Una bussola per i medici e i dirigenti sanitari"

### Questi i fatti.

Se è vero che i vaccini attualmente disponibili contro il Covid hanno dimostrato profili di efficacia "altissima" e sicurezza "più che accettabili", come ha illustrato Gallone spiegando come sia stato possibile realizzarli in tempi così brevi senza comprometterne la sicurezza ("La grandissima quantità di finanziamenti statali e la possibilità di implementare una piattaforma innovativa basata sull'RNA messaggero, in studio già dal 1990, quindi partivamo da una base già nota), la giurista Vitalba Azzollini ha fatto notare come, tuttavia, "non sia possibile imporre per legge un comportamento senza che esso sia esigibile. Prima di rendere il vaccino obbligatorio, dunque, va verificata la disponibilità di mezzi e risorse. Garantire che ci siano le condizioni perché tutti i cittadini possano ottemperare a quell'obbligo". Condizione che, sappiamo bene, oggi in Italia non esiste, vista la forte limitatezza delle dosi rispetto ai bisogni della popolazione.

Per Azzollini la strada dell'obbligatorietà non sarebbe in ogni caso giusta: "Rischia di alimentare sospetti, conflittualità e atteggiamenti anti-vaccinali". Non convince molto la giurista anche la via della raccomandazione: "Una massiccia campagna persuasiva che facesse leva sulla responsabilità individuale potrebbe tradursi in un boomerang, se non si fosse in grado di soddisfare le richieste di tutti quelli che si siano persuasi a farsi vaccinare".

Discorso simile, secondo Azzollini, va fatto per il cosiddetto "patentino vaccinale" per consentire l'accesso a determinati luoghi solo a chi si sia sottoposto alla vaccinazione. Se da una parte questo potrebbe rappresentare un incentivo, infatti, tale opportunità andrebbe garantita a tutti. Non solo: "Non si sa in maniera definitiva se il vaccino attualmente disponibile impedisca solo la manifestazione della malattia o anche il trasmettersi dell'infezione, né per quanto tempo. Pertanto, essere vaccinati non conferisce un 'certificato di libertà'. È invece escluso che a un soggetto il quale abbia rifiutato la vaccinazione possano essere precluse cure o istruzione, oggetto di diritti fondamentali".

### La questione dell'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari

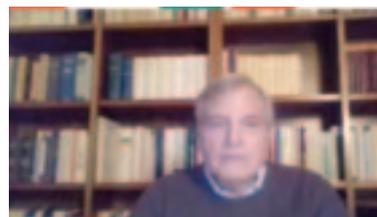
L'obbligo generale della popolazione di vaccinazione contro il Covid non sembra, dunque, una strada percorribile. Ma può esistere un obbligo di vaccinazione sul lavoro? Per Mazzotta non è scontato. "L'articolo 2087 del Codice civile - ha spiegato il professore ordinario di Diritto del Lavoro all'Università di Pisa - impone al datore di lavoro di 'adottare le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale del prestatore di lavoro'. Ma la vaccinazione è più di una semplice misura adottabile in ambito lavorativo. È un trattamento sanitario e l'articolo 32 della Co-



**VITALBA AZZOLLINI**  
Giurista



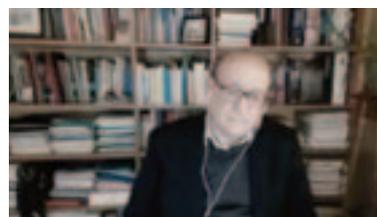
**GABRIELE GALLONE**  
Medico del Lavoro e  
Responsabile vaccinazioni  
AOU Orbassano  
Esecutivo Nazionale  
Anaaao Assomed



**ORONZO MAZZOTTA**  
Professore ordinario  
di Diritto del lavoro presso  
la Facoltà di  
Giurisprudenza  
dell'Università di Pisa



**MAURIZIO MORI**  
Ordinario di Filosofia  
Morale e Bioetica,  
Università di Torino -  
Presidente della Consulta  
di Bioetica - Componente  
del Comitato nazionale  
per la bioetica



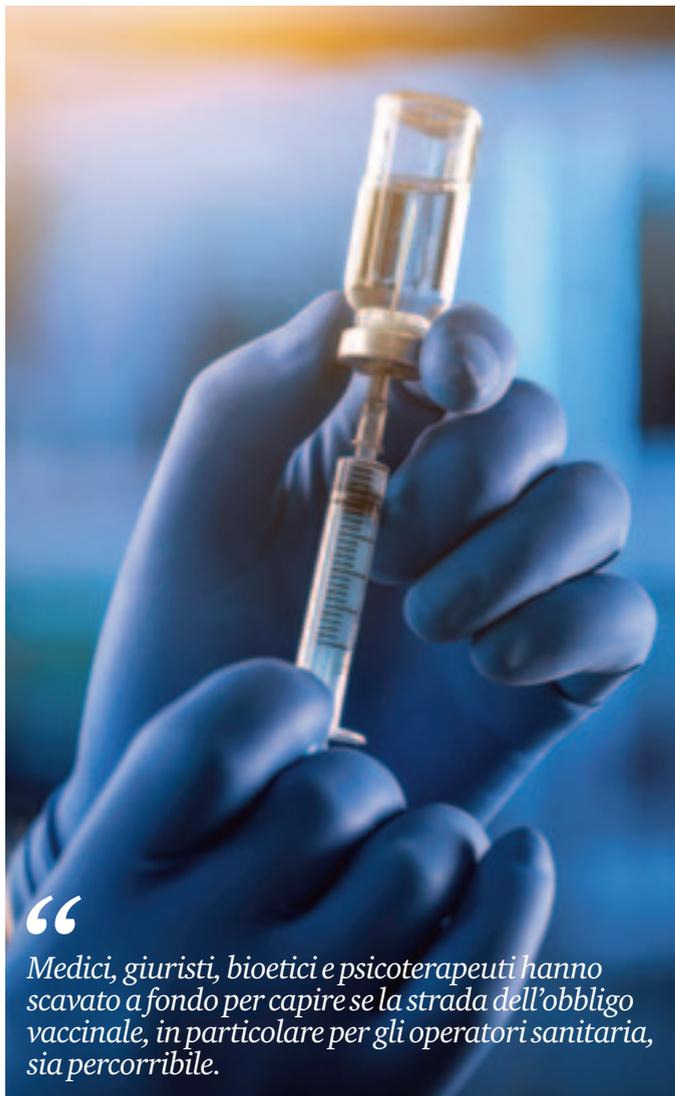
**CARLO PALERMO**  
Segretario Nazionale  
Anaaao Assomed



**MARIACARLA SBOLCI**  
Psicoterapeuta cognitivo-  
comportamentale



**PIERINO DI SILVERIO**  
Esecutivo Nazionale  
Anaaao Assomed  
Moderatore



“

Medici, giuristi, bioetici e psicoterapeuti hanno scavato a fondo per capire se la strada dell'obbligo vaccinale, in particolare per gli operatori sanitari, sia percorribile.

Per **Vitalba Azzollini** (giurista) lo Stato non può rendere obbligatorio, e sanzionabile, un comportamento senza creare le condizioni per permettere ai cittadini di ottemperare a quell'obbligo.

Ma per **Mazzotta** (Ordinario di Diritto del Lavoro a Pisa) per gli operatori sanitari che non si vaccinano potrebbe aprirsi la strada della sospensione o dello spostamento ad altre mansioni per "inidoneità".

Per **Mori** (Cnb) e **Palermo** (Anaao), la vaccinazione contro il Covid è un "obbligo deontologico"

stituzione chiarisce che 'nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge'. Dunque non possiamo che ribadire che l'unico modo per rendere obbligatorio in vaccino anti-Covid è una legge dello Stato".

Ciò non esclude, però, ha evidenziato Mazzotta, che in un ambiente di lavoro quale quello ospedaliero, in cui garantire la massima sicurezza è di fondamentale importanza, "il datore possa valutare la sospensione, se prevista dal contratto, o un cambio di mansione per inidoneità del dipendente che abbia rifiutato il vaccino".

Secondo Mazzotta c'è in realtà una terza strada, forse più utile, considerata anche la carenza degli organici di cui soffre la sanità italiana: "Le parti sociali, i sindacati, e le controparti datoriali, dovrebbe sedersi intorno a un tavolo e stilare un protocollo di comportamento per garantire la sicurezza dei lavoratori e di chi accede ai luoghi di lavoro. L'introduzione di un protocollo per la sicurezza potrebbe far quadrare il cerchio".

## Vaccinazione anti Covid e deontologia

Per Maurizio Mori, componente del Comitato nazionale per la bioetica, il vaccino contro il Covid resta tuttavia "doveroso sul piano etico e obbligatorio sul piano deontologico per quelle categorie di professionisti che vivono accanto ai malati e che hanno come missione quella di proteggere i loro pazienti". Anche sul piano deontologico, per Mori, è comunque opportuno "mantenere un atteggiamento di prudenza, che non vuole dire mancanza di convinzione nei confronti dell'efficacia del vaccino, ma semplicemente riconoscere le ragioni delle persone che hanno dubbi e perplessità sugli aspetti ancora non noti di questi vaccini. Non noti non perché vi siano complotti o interessi di alcun tipo, ma semplicemente perché sono vaccini nuovi e ci vorrà tempo per conoscere tutti gli effetti che avranno".

Prudenza anche perché, ha evidenziato il componente del Cnb, "imporre un obbligo che poi non viene rispettato porta al discredito della legge stessa. Questo vale tanto sul piano dell'ordinamento giuridico che per quello deontologico".

Sulla stessa onda il segretario nazionale dell'Anaao Assomed, Carlo Palermo, che ha ribadito come la vaccinazione rappresenti "un atto di responsabilità per i medici che devono sempre garantire la sicurezza delle cure e la tutela dei soggetti più fragili". Un "obbligo etico"

che tutto sommato, ad oggi, risulta condiviso, se si considera che, secondo i dati riferiti da Palermo, oltre il 90% degli operatori sanitari hanno dichiarato la loro adesione alla campagna vaccinale. "La sicurezza delle cure - ha detto Palermo - fa parte da sempre della storia dell'Anaao. Ci siamo battuti per ottenere cure sicure per i nostri pazienti e condizioni di lavoro sicure per i nostri professionisti. Anche in occasione di questa pandemia - ha ricordato Palermo - fin dal primo comunicato stampa, diramato il 24 febbraio 2020, l'Anaao ha chiesto che venisse garantita la sicurezza degli operatori sanitari, costretti in quelle fasi a combattere a mani nude per la mancanza di Dpi. Per noi, quindi, è fondamentale l'uso dei dispositivi. E l'uso di quello che il dispositivo di protezione più importante contro il Covid, cioè il vaccino".

## Lo scetticismo dei cittadini nei confronti del vaccino

Se fino a questo punto si è parlato di resistenza al vaccino degli operatori sanitari, a Mariacarla Sbolci il compito di spiegare come cercare di superare lo scetticismo dell'opinione pubblica. "La stessa situazione-stimolo può provocare in soggetti diversi, o nello stesso soggetto in momenti differenti, due reazioni completamente opposte. Questo può dipendere da esperienze pregresse, da errori di percezione e di ragionamento. Ma anche la mancanza di chiarezza sugli effetti del vaccino può indurre a far crescere dubbi e resistenze, perché la nostra mente entra in uno stato di confusione che non ci permette di accettare qualcosa che razionalmente è accettabile".

Per la psicoterapeuta, dunque, la prima cosa da fare è conquistare "la fiducia" dell'opinione pubblica e la fiducia, ha chiarito Sbolci, "si costruisce attraverso la comprensione e ascolto. Attraverso una informazione pubblica ma non improvvisata".

"Dobbiamo continuare a rispondere ai dubbi delle persone", ha detto la psicoterapeuta citando anche le parole del collega Massimo Recalcati, che per vincere la diffidenza contro il vaccino consiglia di far leva sulla voglia di tornare a incontrarsi perché "la vita umana è fatta per stare assieme".

**Lucia Conti**



Avv. Vincenzo Bottino  
Consulente legale Anaao Assomed

# Il preavviso di dimissioni

**Negli ultimi anni, le riforme del pubblico impiego hanno reso più difficoltoso il ricorso all'istituto della mobilità volontaria in ambito sanitario (v. art. 4, co. 1, DL 90/2014 convertito in Legge 11 agosto 2014, n. 114), abrogando le più favorevoli disposizioni contrattuali di settore e rendendo irrealizzabile il trasferimento del dirigente tra aziende del Ssn senza il nulla osta dell'amministrazione di appartenenza**

**Tutto ciò, unito alla grave riduzione degli organici**, alla crescente faticosità del lavoro medico e alle difficoltà a ottenere un'aspettativa per svolgere incarichi esterni, hanno incoraggiato sempre più i dirigenti sanitari a ricorrere all'istituto delle dimissioni volontarie per cambiare azienda o per fuoriuscire dal sistema pubblico in favore di quello privato.

Sotto un profilo negoziale, le dimissioni hanno natura di atto unilaterale recettizio. Ciò significa che producono effetti dal momento in cui sono portate a conoscenza del destinatario, a prescindere dall'accettazione di quest'ultimo. Stante la natura recettizia, le dimissioni possono essere revocate dal dirigente solo se la parte che le ha ricevute, ossia l'azienda, accetta espressamente o tacitamente la relativa revoca, consentendo, quindi, l'eventuale prosecuzione del contratto.

Trattandosi di atto idoneo a estinguere il rapporto di lavoro, trova applicazione il principio generale di cui all'art. 2118 cod. civ. secondo cui le dimissioni volontarie, salvo che non ricorra una giusta causa, devono essere presentate rispettando un termine di preavviso stabilito dalla normativa contrattuale (*"ciascuno dei contraenti può recedere dal contratto di lavoro a tempo indeterminato dando il preavviso nel termine e nei modi stabiliti [dalle norme corporative], dagli usi o secondo equità"*).

Il preavviso ha la funzione di evitare, alla parte destinataria del recesso, le conseguenze pregiudizievoli derivanti dall'immediata cessazione del rapporto, consentendo al datore di lavoro di reperire un sostituto del lavoratore dimissionario e a quest'ultimo, in caso di licenziamento, di trovare un'altra occupazione senza essere privato improvvisamente delle tutele economiche e contrattuali.

La disciplina collettiva della dirigenza medica e sanitaria stabilisce che le dimissioni del dirigente assunto a tempo indeterminato devono essere presentate, mediante comunicazione scritta al datore di lavoro, con un preavviso di tre mesi, che decorrono dal primo o dal sedicesimo giorno di ciascun mese (v. art. 104, commi 2 e 3 e art. 105, co. 3, CCnl 19.12.2019). In caso di contratto a tempo determinato, il termine di preavviso è rapportato alla durata del rapporto ed è pari a un giorno per ogni periodo di lavoro di quindici giorni con riduzione alla metà del computo finale, ma non può comunque superare il limite massimo di 15 giorni (cfr. art. 109, co. 4).

Qualora le dimissioni siano presentate con maggiore anticipo rispetto ai tempi previsti, il periodo di preavviso va individuato computando a ritroso il relativo termine a partire dalla data indicata dal lavoratore come data di cessazione del rapporto.

La normativa a tutela della maternità prevede un'eccezione alla regola generale del preavviso, stabilendo che la lavoratrice non è tenuta a fornire il preavviso se le dimissioni avvengono dopo l'inizio della gravidanza ed entro il primo anno di vita del bambino (v. art. 55 del D.lgs. n. 151/2001). In tal caso, le dimissioni, per essere efficaci, dovranno essere convalidate presso l'ispettorato del lavoro territorialmente competente.

Ugualmente, non è necessario dare alcun preavviso, se il recesso del dirigente avviene una volta decorsa la metà del periodo di prova ed entro la scadenza di quest'ultimo (v. art. 12, co. 5, CCNL 19.12.2019). In tale finestra temporale, infatti, le parti sono libere di recedere dal contratto senza dover rispettare alcuna tempistica.

Fatte salve le precedenti ipotesi (alle quali si aggiunge, come accennato, la giusta causa di recesso ai sensi dell'art. 2119 c.c.), il lavoratore che non rispet-

ta i termini di preavviso di dimissioni è tenuto a corrispondere al datore di lavoro un'indennità sostitutiva dello stesso. Al riguardo, il contratto collettivo stabilisce che la parte che risolve il rapporto di lavoro senza l'osservanza del termine di preavviso, è tenuta a corrispondere all'altra parte un'indennità pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso. L'azienda, in particolare, ha diritto di trattenere su quanto dalla stessa eventualmente dovuto al dipendente un importo corrispondente alla retribuzione per il periodo di preavviso da questi non dato, fatta salva comunque la possibilità di esercitare altre azioni per il recupero del credito (art. 104, co. 4, Ccnl 19.12.2019).

Il preavviso di dimissioni, così come regolato dal contratto, è da intendersi come un periodo lavorato, durante il quale il rapporto resta giuridicamente attivo a tutti gli effetti, ivi inclusa la maturazione dell'anzianità. Ciò significa, tuttavia, che i periodi di malattia, infortunio, congedo o aspettativa sopravvenuti, sospendono il decorso del preavviso, con la conseguenza che il relativo termine andrà prorogato in misura corrispondente.

A sottolineare l'importanza della natura lavorata del preavviso, e quindi della sua efficacia reale, il contratto prevede espressamente che durante tale periodo non può avvenire l'assegnazione delle ferie (art. 104, co. 6, del Ccnl 19.12.2019). Tale regola generale, però, può essere derogata dall'azienda, la quale potrebbe avere interesse a consentire la fruizione delle ferie maturate dal dirigente anche durante il preavviso riducendone la durata complessiva, onde evitare il rischio di vedersi costretta a monetizzare le stesse alla scadenza del rapporto. Il contratto collettivo ammette, infatti, la facoltà per la parte che riceve la comunicazione di risoluzione del rapporto di lavoro di risolvere lo stesso, sia all'inizio, sia durante il periodo di preavviso, con il consenso dell'altra parte (art. 104, comma 5, CCNL 2019).

## Covid-19. Le storie in corsia

# Le testimonianze dei giovani specialisti

La cosiddetta seconda ondata della pandemia da SARS-Cov2 è arrivata puntuale, arrabbiata e difficile da gestire, come previsto. Le carenze strutturali e di organico si sono giunte come nodi ad un pettine che da troppi anni presentava maglie indulgenti nei confronti di una politica sanitaria inadeguata. Le aziende corrono ai ripari assumendo anche con contratti anomali, medici sempre più giovani per rimpiazzare le carenze di organico e fare fronte alle nuove esigenze, come in un grottesco "calciomercato". Tutto è reso più complicato da politiche regionali

asincrone e scomposte che si trovano ad affrontare una realtà molto più dura dell'ottimismo ostentato. Davanti a tutto ciò i giovani medici non arretrano di un passo affrontando l'imprevedibile con sforzo leale e senso di responsabilità con pochi eguali nella storia di questo paese. In questa rubrica sentiremo le voci dei giovani medici specialisti impegnati in prima linea nelle unità Covid. Chi sono, cosa pensano, come vedono la realtà dietro le visiere.

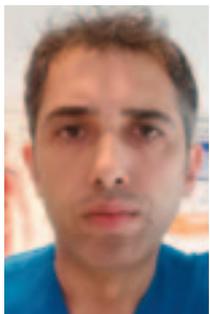


Interviste a

**VINCENZO COSENTINI**, classe 1977, Medico nefrologo all'Ospedale Fracastoro di San Bonifacio (Vr) ULSS 9 Scaligera, Responsabile AG Veneto

**ENRICO ALAGNA**, classe 1987, Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Dirigente Medico presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo, Responsabile AG Sicilia.

A cura di **FABRIZIO MEZZASALMA**  
Direttivo Nazionale Settore Anaaio Giovani



**VINCENZO COSENTINI**



**ENRICO ALAGNA**

**Pensate sia cambiato il sentimento collettivo che identificava i medici come nuovi eroi?**

**Cosentini** Sì, assolutamente. Aggressioni sono all'ordine del giorno e sembra si sia spento il sentimento che ci identificava come eroi. C'è molta critica dell'opinione pubblica sul nostro operato; prima ci sentivamo spinti da un onda di affetto e collaborazione; adesso prevale la delusione.

**Alagna** Il rapporto medico paziente ha subito negli ultimi decenni una profonda evoluzione che noi tutti conosciamo, passando da un'impostazione basata su una paternalistica benevolenza ad una che vede al centro il paziente che ha acquisito un ruolo meno passivo e ottenuto un potere di autodeterminazione.

Durante la pandemia sembrava esserci stato un ritorno al passato, ricordo ancora i tanti attestati di stima che pazienti, familiari, istituzioni ci rivolgevano. Con il ritorno alla normalità, intendo durante il periodo finestra tra la prima e la seconda ondata, è cambiato un po' questo sentimento. Ma non del tutto; sicuramente il perdurare dell'emergenza e le

tante necessarie misure restrittive hanno creato non pochi malumori nella popolazione che, in alcune circostanze, ritiene giusto sfogare sulla categoria dei camici bianchi. È pur vero che neppure le istituzioni ci vengono incontro in questo preciso momento epidemiologico: son tante, forse troppe, le circolari che si susseguono settimanalmente creando una sorta di infodemia che fa indispertire non poco il cittadino.

**Perché siamo arrivati a questo? Che ruolo hanno avuto sull'opinione pubblica i mezzi di comunicazione, la politica e le contraddizioni dei cosiddetti "esperti"?**

**Cosentini** Il nostro spirito di lavoro e la dedizione sono rimasti intatti, ma nonostante ciò l'opinione pubblica ha cambiato atteggiamento nei nostri confronti. La sovraesposizione dei cosiddetti "esperti" e le contraddizioni in ambito scientifico hanno creato una distonia che ha accentuato le fatiche della pandemia e ha posto le basi per un negazionismo così diffuso. Il nostro operato sembra forzato.

**Alagna** Gestire l'informazione scientifica è stato più difficile che gestire l'emergenza stessa. Abbiamo assistito all'avvento di un'altra "patologia": l'infodemia, ovvero la circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili. Le informazioni incontrollate ed errate sull'epidemia Co-

vid-19 hanno procurato ansia generalizzata, speranza, paura e fanno dimenticare soprattutto la vera emergenza. Fenomeno ancor più grave se i protagonisti di questo teatrino sono coloro i quali vengono riconosciuti come "massimi esperti" nel campo della virologia, delle epidemie e delle pandemie. Il metodo scientifico, o metodo sperimentale, è la modalità tipica con cui la scienza procede per raggiungere una conoscenza della realtà oggettiva, affidabile, verificabile e condivisibile. Esso si basa sull'osservazione del fenomeno, elaborazione di una ipotesi e verifica sperimentale della stessa. I nostri "scienziati", che da mesi soggiornano nelle tv più di quanto abbiano mai fatto nelle corsie ospedaliere, hanno dimenticato proprio l'ultima fase del metodo scientifico: "verifica sperimentale delle ipotesi", proponendoci ciascuno la propria opinione come fosse, appunto, la verifica sperimentale della propria ipotesi. Questi esperti hanno parlato di banale influenza prima, di polmonite poi, solo oggi parlano di qualcosa di più grave. Occorre dunque maggiore prudenza da parte di tutti: da coloro che scrivono, che conducono i tg, che conducono le trasmissioni tv e da coloro che divulgano nozioni e ipotesi scientifiche sull'andamento della pandemia, non corroborate però da evidenze.

**Cosa avete pensato la prima volta che avete indossato lo scafandro e vi siete trovati con la visiera annebbiata dal vostro stesso respiro?**



**Cosentini** Ho provato paura. Paura di poter contagiare la mia famiglia. Paura di una incognita. Nel corso della seconda ondata la paura, invece, si è diluita. Conosciamo meglio il virus e ci siamo quasi abituati a lui; soprattutto noi sanitari impregnati in prima linea. Ci stiamo abituando al contatto quotidiano con il virus.

**Alagna** Non lavorando in corsia ho indossato solo e continuo a farlo le mascherine ffp2/ffp3, talvolta mettendo la chirurgica sopra alla precedente, la visiera e i guanti; ammetto che, indossando anche gli occhiali, non poche sono state le volte in cui ho provato fastidio, ma ho subito rivolto il mio pensiero ai tanti colleghi che hanno perso la loro stessa vita per aver gettato il cuore oltre l'ostacolo volendo assicurare ai loro pazienti le cure migliori.

### È più faticoso il lavoro in questa ondata?

**Cosentini** I carichi di lavoro sono nettamente aumentati. I contagi sono molto più alti. I casi di pazienti positivi sono in incremento.

**Alagna** Per me, operatore medico impegnato in uno dei maggiori Dipartimenti di Prevenzione della Sicilia, quello di Palermo, è certamente più impegnativo per il crescente numero di contagi.

### Pensate ci siano delle lacune negli aspetti organizzativi?

**Cosentini** Per questioni di carenza di organico siamo stati costretti a coprire turni COVID in altri ospedali apparte-

nenti alla nostra azienda. Ci siamo trovati catapultati all'improvviso in realtà che non conosceamo con tutte le difficoltà del caso.

**Alagna** Penso che siano stati commessi tanti passi falsi, dai policy makers e dalle istituzioni di ordine sanitario; nessuno di noi era stato preparato per affrontare un'emergenza simile, di queste proporzioni. Avremmo dovuto organizzare meglio il lavoro delle tante unità impegnate sul campo, avremmo dovuto per tempo scrivere procedure per la gestione del paziente, tanto negli ospedali quanto nel territorio. Avremmo dovuto, in questi anni, avere maggiore cura del SSN, evitando gli sprechi e, soprattutto, i tagli alle aziende sanitarie pubbliche, i tagli alla formazione specialistica in medicina e chirurgia.

### Abbiamo perso tempo prezioso la scorsa estate?

**Cosentini** Sì, assolutamente. Abbandonati al destino. I giovani medici non sono stati messi nelle condizioni di far meglio, medici specializzandi e specialisti hanno dato una mano non sono stati formati abbastanza e non è stata fatta una programmazione adeguata.

**Alagna** Sì, lo abbiamo perso e ho la sensazione che continuiamo a perderne. Ad organizzare l'emergenza spesso vi sono politici poco disposti ad ascoltare i consigli degli esperti veri, cioè di coloro i quali vivono nelle corsie degli ospedali o hanno il contatto con l'utente/paziente al domicilio. Vi sono iniziative prive di senso se non supportate da un adeguato spiegamento di forze in campo. In Sicilia per esempio va di moda lo "screening gratuito a tappeto"; lo screening, che di per sé è importantissimo, assume in questa circostanza un valore marginale; dovuto al fatto che si esegue con tamponi rapidi, che troppo spesso danno esiti falsi negativi o falsi positivi.

Io, che lavoro da mesi presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP di Palermo, come medico impegnato nell'Emergenza Covid, ritengo molto valida l'offerta gratuita di screening come mezzo per identificare i positivi e stanare soprattutto quelli asintomatici.

Lo trovo però un pò inutile, se penso che la fase di testing non sia puntualmente seguita dalla fase di tracing, ovvero di tracciamento. Nella sostanza, considerate le poche risorse umane impiegate sul territorio, nei Dipartimenti di Prevenzione, la fase di tracing subisce inevitabilmente dei ritardi che generano il caos: questi positivi, una volta stanati, verranno poi lasciati attendere giorni interi a casa in attesa di essere contattati, in attesa di tracciare i loro contatti stret-

ti ed, eventualmente, nei casi più a rischio, di essere trattati (fase di treatment). Tuttavia, dunque, se non accompagnato da un potenziamento delle risorse umane e tecnologiche dei dipartimenti di prevenzione, lo screening gratuito è una misura monca e propagandistica.

### Credete che le vostre Regioni siano più in sofferenza rispetto ad altre?

**Cosentini** Tanta pubblicità, tanti proclami; la crisi degli ospedali veneti è tangibile sul campo ma questo non traspare abbastanza. Ripeto sono mancati programmazione e formazione. Ci hanno somministrato dei video su internet validi come formazione online.

**Alagna** Non è l'emergenza Covid ad interferire sul risultato, ma già prima dell'arrivo dell'epidemia la sanità regionale era in sofferenza. La sanità siciliana è stata, tra il 2010 e il 2018, promossa sempre per un soffio e in zona retrocessione nella classifica delle regioni italiane. Il Covid ha certamente accentuato queste criticità; parliamo di una regione che non ha ancora un adeguato sistema informatizzato dove poter centralizzare tutti i servizi che ruotano attorno al malato. Spero, però, che questa pandemia stimoli le riflessioni dei decisori politici e dei cittadini e che, nei prossimi decenni, questa classifica di gradimento dei sistemi sanitari regionali possa essere a trazione meridionale.

### Che tipo di rapporto avete avuto con i pazienti che avete assistito? È possibile avere un rapporto attraverso i filtri?

**Cosentini** Il paziente purtroppo vive un distacco umano profondo sia per paura che per barriere fisiche. Le sinergie medico-paziente sono francamente inficiate dall'assenza di contatto.

**Alagna** Posso dirti cosa avverto dalla loro voce; son diverse le reazioni, diverse le storie. Ogni paziente è un caso diverso dall'altro. Quelle che più mi abbattano e mi intristiscono sono le storie dei pazienti fragili, anziani lontani dai figli, pazienti con gravi disabilità che non possono continuare la loro terapia, pazienti oncologici con i quali si instaura un rapporto di stima e di affetto particolare che, spesso, sono costretti ad interrompere il ciclo chemioterapico; dunque è fondamentale agire di concerto con il medico curante e l'oncologo per evitare che la malattia, il tumore, possa progredire velocemente. Sono storie infinite che hanno lasciato tracce profondissime nel mio cuore e nella mia mente.

“  
Se non  
accompagnato  
da un  
potenziamento  
delle risorse  
umane e  
tecnologiche  
dei dipartimenti  
di prevenzione,  
lo screening  
gratuito  
è una misura  
monca e  
propagandistica

I testi integrali delle sentenze sono pubblicati su [www.anaao.it](http://www.anaao.it)  
a cura Servizi Anaao Assomed

## Responsabilità medica /1 Il sintomo specifico solleva dalla colpa

La Corte di Cassazione torna a pronunciarsi sul tema della responsabilità medica, ribadendo l'assunto che i giudici, chiamati a valutare l'operato di un'operante la professione sanitaria, devono seguire dei criteri ben precisi, delineati dalla giurisprudenza - Corte di Cassazione (IV Sezione Penale) n. 35058/2020. Tale passaggio valutativo è fondamentale e, se omesso, rende la pronuncia passibile di riforma in sede di impugnazione come accaduto nel caso di specie.

Per la Corte di Cassazione non è ammissibile un giudizio che affronti la tematica delle linee guida e delle buone pratiche in maniera generica e confusa. Il caso trae origine dalla condanna per omicidio colposo di un sanitario al quale era stato contestato di aver omesso la somministrazione dei farmaci necessari a evitare l'evento lesivo. La Corte di Appello aveva confermato la sentenza del Tribunale. La Corte di Cassazione annulla la sentenza impugnata con rinvio ad altra sezione della Corte territoriale per un nuovo giudizio.

Innanzitutto gli ermellini operano una

considerazione sulla prova dell'eventuale responsabilità di un sanitario per gli eventi conseguenti all'attività medica, ritenendo insussistente ogni forma di responsabilità sulla base di una considerazione circa la tipologia dei sintomi. I sintomi lamentati presentavano infatti il carattere di "non specificità" rispetto alla patologia che in seguito determinò il decesso del paziente e quindi non avrebbero dovuto portare il sanitario ad una condotta diversa rispetto a quella posta in essere. Peraltro è fondamentale valutare l'importanza dell'accertamento del momento iniziale e della successiva evoluzione della malattia: solo in tal modo, infatti, è possibile verificare se, ipotizzando come realizzata la condotta dovuta ma omessa dal sanitario, l'evento lesivo sarebbe stato evitato o differito.

Vengono quindi ribaditi i principi che governano l'accertamento del nesso causale in materia di responsabilità medica, sottolineando il ruolo fondamentale rivestito dal giudizio controfattuale, che, come ricorda la Corte, «*deve essere svolto dal giudice in riferimento alla specifica attività che era richiesta al sanitario e che si assume idonea, se realizzata, a scongiurare o ritardare l'evento lesivo, come in concreto verificatosi, con alto grado di probabilità razionale*».

## Responsabilità medica/2 Non serve la colpa grave se c'è consapevolezza. Il valore della Consulenza Tecnica

È da considerarsi imprudente il comportamento del medico che non ricovera il "collega" paziente anche se quest'ultimo abbia rifiutato il ricovero manifestando la volontà di non sottoporsi ad accertamenti. Nell'ordinanza della Corte di Cassazione 200 del 2021, si legge che tale comportamento "riflette la consapevolezza dei sanitari sotto il profilo della negligenza ed imprudenza, perché dimostra, avendo gli stessi proposto il ricovero in conseguenza della sintomatologia in atto, che si erano resi conto o avevano quantomeno sospettato l'effettiva e ben più grave patologia". Non serve la colpa grave dunque se c'è consapevolezza.

Peraltro, sempre nella stessa ordinanza, la Corte torna a riflettere sul valore della consulenza tecnica affermando a chiare lettere che in tema di responsabilità medica, se il giudice disattende le conclusioni cui è giunta la consulenza tecnica, è tenuto a motivare la propria scelta. Sebbene infatti il giudice possa discostarsi dalla CTU, e ribaltare gli esiti del giudizio, tuttavia è indispensabile che egli fornisca un'adeguata e logica motivazione. Se il giudice non ha cognizioni tecnico scientifiche necessarie e idonee a ricostruire la fattispecie concreta pur essendo

"peritus peritorum" deve far ricorso a una consulenza tecnica e "non può senza motivare adeguatamente la propria scelta ignorare o sminuire i dati risultanti dalla relazione della CTU in atti"

“  
Vengono  
ribaditi i  
principi che  
governano  
l'accertamento  
del nesso  
causale in  
materia di  
responsabilità  
medica



# Diagnostica del Covid: “l’un contro l’altro armati”

**Stiamo raggiungendo l'anno dalla comparsa del SARS-CoV-2 e dalla relativa pandemia ed è 11 mesi che i laboratori di Microbiologia sono sotto pressione per numerosi motivi: all'inizio per la carenza di piattaforme tecnologiche per l'esecuzione delle indagini molecolari per la ricerca del Virus, poi la carenza di reagenti per l'esecuzione di test e successivamente per la mancanza di tamponi per la raccolta dei campioni naso-faringei.**

**Finalmente nell'estate la processazione dei campioni ha raggiunto un valore decisamente importante considerando che la carenza delle risorse umane, dirigenti e tecnici di laboratorio è rimasta tale anzi si è aggravata con la ripresa dell'attività ordinaria, fino a raggiungere un limite invalicabile a cui se non si pone rimedio si metterà a rischio il Sistema della diagnostica.**



**PIERANGELO CLERICI**  
Direttivo Nazionale Anaao Assomed Dirigenza Sanitaria, Presidente AMCLI, Presidente FismeLab

In una situazione di tale difficoltà la ricerca biomedica e della diagnostica non si è fermata, da una parte realizzando in pochi mesi rispetto agli anni necessari i vaccini anti-COVID-19 e dall'altra proponendo test diagnostici finalizzati a diverse tipologie di indagini:

- **Test in biologia molecolare** (RT-PCR) sempre più sensibili, si pensi che oggi abbiamo a disposizione piattaforme che possono individuare 1, 2, 3 e 4 geni del virus senza perdere le cosiddette varianti;
- **Test per la rilevazione di immunoglobuline** (anticorpi) anti-SARS-CoV-2 che risulteranno determinanti nella valutazione dell'immunità acquisita per infezione/malattia o per vaccinazione affinandosi sempre più per valutazioni quantitative;
- **Test per la rilevazione dell'antigene S** (la proteina Spike) del virus, detti test antigenici rapidi con capacità di risposta da 3 a 20 minuti che hanno iniziato ad essere proposti dal mese di maggio.

È proprio su questi test antigenici che si è aperto un ampio dibattito sostenuto da favorevoli e contrari al loro utilizzo. Purtroppo questo confronto non avviene all'interno dell'habitat naturale costituito da esperti ma spesso vede protagonisti presunti esperti che, pur con importanti competenze in altri settori, non hanno pratica e professionalità nelle discipline di medicina di Laboratorio ed in particolare di Microbiologia. In un documento assai articolato l'As-

sociazione Microbiologi Clinici Italiani (AMCLI), oltre ad affrontare la problematica della diagnostica di SARS-CoV-2 con i test antigenici ha proposto anche una nuova *flow-chart* dei test in Biologia molecolare per fare chiarezza sui “deboli positivi” che risultano tuttora di difficile interpretazione.

Per quanto concerne i test antigenici rapidi l'AMCLI ha posto l'accento, dopo aver analizzato i prodotti che sono stati proposti da maggio, sulla loro evoluzione tecnologica e quindi di *performance*.

L'analisi ha mostrato come i test antigenici rapidi presenti sul mercato della diagnostica da maggio a novembre, non avessero i requisiti di sensibilità e specificità per poter essere introdotti in un sistema di *testing* e *screening*.

Le prove effettuate in numerosi centri nazionali ed internazionali hanno invece mostrato come i test antigenici rapidi di ultima generazione (in immunofluorescenza con lettura in microfluidica) presentati a novembre abbiano quelle *performace* di sensibilità e specificità che ne consentirebbero il loro utilizzo in determinati *setting* di popolazione a fini di sanità pubblica.

Il documento dell'AMCLI, redatto da gruppi di esperti di rilievo nazionale ed internazionale (ne fanno parte Maria Rosaria Capobianchi oltre a Fausto Baldanti ed altri) è stato recepito dal Ministero della Salute che, con una circolare dell'8 Gennaio u.s., ne ha espunto le indicazioni per normare l'uso dei test antigenici rapidi.

L'utilizzo di tali test consente, in caso di alta prevalenza dell'infezione, di monitorare popolazioni a rischio ed individuare, in tempi rapidi, i soggetti eventualmente positivi che comunque verranno indagati anche con il classico tampone processato in Biologia molecolare. In questo modo si eviterebbero focolai epidemici in comunità ben definite. Si pensi alle carceri, ormai divenute focolai di notevole importanza, si pensi ad un utilizzo periodico nelle RSA sia per il personale che per i degenti (in attesa di vaccinazione), si pensi ad un utilizzo in attività produttive per monitorare costantemente il personale dipendente e non interrompere le attività e si pensi anche agli Ospedali dove un *testing* costante eviterebbe la comparsa di focolai soprattutto nei reparti con degenti immunocompromessi.

Si potrebbe addirittura ipotizzare un uso costante bisettimanale nelle scuole dove la vaccinazione non può essere somministrata agli studenti con età inferiore ai 16 anni (vaccino Pfizer-BioNTech) o inferiore ai 18 anni (vaccino Moderna), in questo modo avremmo un controllo rapido ed efficiente della comunità scolastica.

Non possiamo, come protagonisti del Sistema Sanitario, non valutare anche le ricadute socio-economiche della nostra attività avendo a disposizione strumenti che potrebbero consentire di non bloccare o rallentare un Paese già in estrema difficoltà.

Non dimentichiamo che un'attività di *testing* come quella descritta consentirebbe di sollevare dal carico di lavoro dovuto ai tamponi, processati in biologia molecolare, i laboratori che dovrebbero riprendere le attività diagnostiche ordinarie per la ripresa delle attività cliniche ferme ormai da troppo tempo.

Tutti noi siamo consapevoli che in questa pandemia l'unica certezza è quella che ciò che vale oggi può non valere domani (si pensi alla comparsa delle varianti, peraltro attese, del virus).

Non possiamo quindi affrontare con preclusioni ideologiche, ed è questo il nostro costante impegno, argomenti che richiedono preparazione adeguata e competenze scientifiche nella disciplina.

### Ridare motivazioni ai medici ospedalieri e ai dirigenti sanitari

segue da pagina 1

sanitari, si sentono schiacciati da una macchina che esige troppo e che nemmeno ascolta la loro voce, svalutati e frustrati da un'organizzazione del lavoro che non sembra avere tra le priorità i loro bisogni e le loro necessità, sia come lavoratori sia come persone. È ormai chiaro che il perseguimento della sola efficienza, misurata guardando ai bilanci e agli indicatori numerici e perseguita attraverso progressive riduzioni delle risorse disponibili, è un nemico della resilienza del sistema nel suo insieme.

La politica ha la possibilità di intervenire sotto il profilo legislativo per cercare di invertire questa deriva. È auspicabile una riconsiderazione dell'articolo 15 della Legge 502/92 e s.m.i. al fine di attribuire un nuovo stato giuridico alla dirigenza sanitaria, nel segno della dirigenza "speciale" e riconoscere il loro ruolo peculiare attraverso forme di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi. Così come fortemente atteso dalla categoria è il completamento della legge sulla responsabilità professionale con il passaggio ad un sistema "no fault" sul modello europeo e la previsione di una tutela giuridica per gli eventuali eventi avversi verificatisi durante il periodo emergenziale considerando il contesto eccezionale e impreveduto, la mancanza di linee guida e buone pratiche cui fare riferimento, almeno nella prima fase epidemica, e la sproporzione tra le esigenze di cura e le risorse umane e strutturali disponibili.

Sotto il profilo retributivo per recuperare il gap di circa 40 mila € nelle retribuzioni con gli altri Paesi dell'Europa occidentale, è necessario programmare interventi articolati e progressivi. Un apprezzabile passo in avanti è stato fatto con l'approvazione nell'ultima Legge di Bilancio di un incremento del 27% dell'indennità di esclusività. Una misura economica ri-

chiesta da anni dall'Anaa Assomed, fortemente sostenuta dal Ministro Speranza come tangibile segno di vicinanza nei confronti di operatori che durante tutta la fase pandemica hanno lottato contro il Sars-CoV-2 e la sua malattia Covid-19. Aprire la stagione contrattuale 2019/2021, portandola a conclusione prima della scadenza, rappresenterebbe un ulteriore segno di apprezzamento nei confronti di questo mondo così duramente provato che ha pagato con morti e decine di migliaia di contagi il proprio straordinario impegno di contrasto all'epidemia. La recente apertura all'Aran del tavolo sulla definizione delle aree contrattuali è di buon auspicio. Del resto il contratto di lavoro può rappresentare uno strumento importante di innovazione del sistema e di governo partecipato. Si pensi, in particolare, alla creazione di una vera carriera professionale parallela a quella gestionale con valori economici che si intrecciano tra i due canali o alla possibilità di implementare il confronto con le Amministrazioni in sede decentrata, nonostante i limiti legislativi, come previsto con l'istituzione dell'Organismo Paritetico. Senza dimenticare il proseguimento del percorso di valorizzazione del lavoro disagiato attraverso un'ulteriore implementazione delle indennità di lavoro notturno e festivo e almeno un raddoppio della indennità di reperibilità.

Ridare motivazioni ai medici ospedalieri e ai dirigenti sanitari deve passare certamente attraverso adeguati riconoscimenti retributivi, sblocchi del turnover del personale, maggiore considerazione dei carichi di lavoro ma ancora di più dovrà fondarsi sul recupero e la valorizzazione della dignità e del ruolo di chi cura all'interno del Ssn.

CARLO PALERMO

Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

L'Anaa Assomed è a fianco dei suoi iscritti per tutelarli nell'emergenza sanitaria da Covid-19.  
**Scopri i vantaggi delle polizze**

# E DI TE CHI SI PRENDE CURA?

## MEDICI E DIRIGENTI SANITARI



**IL MEDICO E IL DIRIGENTE SANITARIO** assicurato con polizza RC Colpa Grave in convenzione con Anaa è **tutelato anche se, a causa dell'emergenza COVID-19, fosse trasferito in un reparto differente o in Aziende Ospedaliere pubbliche diverse da quelle indicate in polizza.** Qualsiasi attività svolta a supporto di altri dipartimenti e/o Aziende Sanitarie non modifica l'operatività di polizza.

## SPECIALIZZANDI



**LO SPECIALIZZANDO** al 4° o 5° anno, al quale viene dato un incarico da lavoratore autonomo (DL 14/2020), potrà sottoscrivere la polizza di RC Colpa Grave in convenzione con Anaa dove verrà inquadrato come **MEDICO NON DIRIGENTE** e comprenderà un periodo di retroattività di 5 anni. Per attivare la copertura scrivere a: [convenzioni@medicalbrokers.it](mailto:convenzioni@medicalbrokers.it)  
Nel caso lo specializzando avesse già stipulato il contratto assicurativo con la Medical Brokers, verrà emessa apposita appendice di variazione relativa all'inquadramento professionale, sempre da richiedere a: [convenzioni@medicalbrokers.it](mailto:convenzioni@medicalbrokers.it)

## PENSIONATI



**IL PENSIONATO** che viene richiamato in servizio a causa dell'emergenza COVID-19, potrà assicurarsi in convenzione Anaa stipulando apposita polizza Rc Colpa Grave che lo inquadrerà come **MEDICO O SANITARIO NON DIRIGENTE** e verrà previsto un periodo di retroattività di 0 anni.

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



# E DITE, CHI SI PRENDE CURA?

## Affidati all'Anaaoo Assomed

Servizi di tutela e assistenza legale  
per sentirti sempre al sicuro.

Ci sono priorità  
che non possono  
più attendere: le tue.  
Hai dedicato massimo  
impegno e professionalità  
a curare gli altri,  
ora è arrivato il momento  
di prenderti cura di te.

Anaaoo Assomed è il punto  
di riferimento per medici  
e dirigenti sanitari,  
oggi più che mai.  
Affidati a noi e ai nostri  
servizi di tutela e assistenza  
legale per sentirti  
sempre al sicuro.

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



[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

