

# d!

## d!rigenza medica

- 2 **Decreto milleproroghe**  
L'Anaa fa sei volte centro
- 8 **Autonomia differenziata**  
Si sta giocando una partita  
fondamentale per il futuro  
del Paese
- 10 **Numero chiuso a medicina**  
No a capri espiatori  
e soluzioni futuristiche
- 16 **Dirigenza sanitaria**  
Malattie rare e "orfane"  
di diagnosi

Il mensile dell'Anaa Assomed



**I risultati della survey  
su medici e dirigenti sanitari:  
1 su 3 è disposto a**

# Cambiare lavoro

**Tra le richieste: più tempo  
libero e stipendi più alti.**  
La fascia di età più in crisi  
tra i 45 e i 55 anni

## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d|irigenza  
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**  
Cesare Fassari

**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)

**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 marzo 2023

# e!

editoriale

## Un Ccnl nuovo

PIERINO DI SILVERIO

Segretario Nazionale  
Anaa Assomed

**Dopo una lunga attesa**, è finalmente iniziata in sede Aran la trattativa per il rinnovo del CCNL 2019-2021.

Un contratto che, come tutti sappiamo, è da tempo scaduto e la cui discussione cade in uno dei periodi storici ed economici peggiori dell'ultimo decennio. Un contratto che si discute mentre, in modo paradossale, quello vigente, firmato due anni orsono, non vede ancora una corretta e completa applicazione nella maggior parte delle Aziende sanitarie. Solo 40 Aziende, infatti, hanno concluso l'iter previsto per la contrattazione decentrata e, in altrettante, il percorso è nelle fasi finali di discussione.

Le difficoltà nella applicazione periferica e nella esigibilità del contratto siglato a livello nazionale pone l'accento sui suoi limiti attuali. Manca una previsione che renda pienamente esigibili le norme concordate, manca la reale possibilità a livello periferico di intervenire sulla applicazione di norme riguardanti l'orario di lavoro e sulla effettiva tutela di quelli che in altri contratti appaiono diritti inalienabili e, nel nostro, si trasformano in oggetti di lunghe e farraginose guerre giuridiche.

Ed è proprio per questi motivi che il punto di partenza del nuovo CCNL è rappresentato dalla nostra richiesta di garantire la esigibilità del contratto a livello periferico. Se, infatti, è vero che il dgl 165/2001, come modificato dal dgl 75/2017, ha di fatto gambizzato la contrattazione togliendo dalla stessa la materia della organizzazione del lavoro, divenuta riserva di legge, è pur vero che le norme contrattuali, se scritte in maniera chiara ed esigibile, possono porre un freno e condizionare un dilagante decisionismo aziendale, anche per garantire i pochi diritti che ancora ci appartengono.

Esiste, inoltre, un paradosso, come sempre solo del 'nostro' modello contrattuale. A differenza di quanto accade in ogni organismo democratico, ai tavoli sindacali delle nostre Aziende non vale un principio di rappresentatività, peraltro esistente nella contrattazione nazionale, ovvero il riconoscimento, ai fini della validità degli accordi, del peso delle maggioranze sindacali rappresentative del

51% dei lavoratori interessati, sostituito dal generico principio del massimo consenso possibile.

Anche l'organismo paritetico previsto nelle contrattazioni decentrate rischia di essere un contenitore che tende più a diluire le forze in campo che a salvaguardarne la effettiva capacità di incidere. Pur nascendo con apprezzabili auspici, oggi appare poco confacente alle esigenze delle OOS e, in taluni casi, un boomerang per quelle maggiori, visto che appiattisce in un rapporto di 1 a 1 le diverse percentuali di rappresentatività. Forse, non è un caso che in pochissime aziende sia stato istituito. Attribuire a questo organismo anche le scarse possibilità di intervento sulla organizzazione del lavoro, sottratta nel suo nucleo centrale alla contrattazione integrativa, appare un ulteriore schiaffo al ruolo dei sindacati, che non può certo favorire la ormai inflazionata ricerca di una maggiore appetibilità del lavoro nel SSN di cui tanto i media parlano.

La trattativa è solo all'inizio, la strada appare lunga e impervia, ma siamo convinti che l'intesa tra le forze sindacali, la disponibilità dell'ARAN nonché la consapevolezza delle Regioni dello stato collassiale in cui versa la sanità pubblica, il servizio sanitario e il diritto alla salute dei cittadini, possano portare un contratto innovativo, percepito come migliore di quello attuale, come è nell'interesse e nell'auspicio di tutti. In questo periodo di crisi di sistema è necessario comprendere che occorre fare squadra, perchè, forse per la prima volta in questo decennio, siamo tutti sulla stessa barca, una barca che rischia di affondare. Accantonare interessi di parte per far prevalere la responsabilità etica di salvare il sistema sanitario pubblico, è il solo modo per permettere a noi professionisti di continuare a curare e di assicurare il futuro di un sistema di cure pubblico che attui il dettato costituzionale di garantire il diritto alla salute dei cittadini. Chi dovesse prendere strade diverse troverà la nostra ferma opposizione.



# L'ANAAO FA SEI VOLTE CENTRO DECRETO MILLEPROROGHE

L'Anaa ha fatto "sei volte centro". Sono state infatti accolte le richieste Anaa su specializzandi, Ecm, decreto Calabria, stabilizzazione del personale, liste d'attesa e bocciata l'estensione dell'età pensionabile.

Alcune delle novità di interesse per il settore

Con 192 voti favorevoli, 90 contrari e 4 astenuti l'Aula della Camera ha approvato il disegno di legge n. 888 di conversione in legge del decreto legge 29 dicembre 2022, n. 198 recante disposizioni urgenti in materia di termini legislativi senza apportare modifiche al testo approvato in I lettura al Senato. Al momento in cui si scrive si attende la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale. Rispetto al testo del decreto legge in entrata al Parlamento che prevedeva tra le altre misure all'articolo 4 (articolo dedicato alle misure di proroga dei termini in materia di sanità), la proroga al 31 dicembre 2023 delle disposizioni che cosentono alle Aziende e agli Enti del SSN di procedere al reclutamento a tempo determinato di laureati in medicina abilitati all'esercizio della professione medica, e disposizioni in materia di formazione continua, il testo approvato definitivamente contiene numerose novità.

L'Anaa ha fatto "sei volte centro". Sono state infatti accolte le richieste Anaa su specializzandi, Ecm, decreto Calabria, stabilizzazione del personale, liste d'attesa e bocciata l'estensione dell'età pensionabile.

Analizziamo in particolare alcune delle novità di interesse per il settore.

**Incarichi Specializzandi.** Con una modifica alla legge di bilancio per il 2022 si consente anche per il 2023 agli enti del Servizio sanitario nazionale di conferire incarichi di lavoro autonomo (ivi compresi incarichi di collaborazione coordinata e continuativa) a medici spe-

cializzandi (iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso) nonché, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale, incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari. Le innovazioni introdotte dalla disposizione in esame, consentono il conferimento degli incarichi in questione anche per l'anno 2023, estendendo la prorogabilità degli incarichi già conferiti fino al 31 dicembre 2023. Tale facoltà è subordinata al rispetto dei limiti generali di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale e alla condizione della previa verifica dell'impossibilità di utilizzare personale già in servizio o di ricorrere agli idonei di graduatorie concorsuali in corso di validità.

**Decreto Calabria.** Viene prorogato al 31 dicembre 2025 il termine per l'assunzione con contratto a tempo determinato con orario a tempo parziale in ragione delle esigenze formative, degli specializzandi che sono utilmente collocati nella graduatoria separata, fermo restando il rispetto dei vincoli derivanti dall'ordinamento dell'Unione Europea relativamente al possesso del titolo di formazione specialistica (decreto Calabria). Tale facoltà ricordiamo è consentita alle Aziende ed Enti del SSN, nonché alle strutture private accreditate, appartenenti alla rete formativa (articolo 4bis).

**Stabilizzazione personale.** Le modifiche introdotte, innanzitutto, estendono i termini entro i quali possono essere maturati i requisiti già prescritti ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato. In secondo luogo, prevedono che la predetta disciplina si applichi, previo espletamento di apposita procedura selettiva e in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, ad alcune tipologie di personale precario, anche reclutate con contratti di lavoro flessibile e anche qualora non più in servizio, nel rispetto di determinati limiti di spesa.

Sono stati prorogati i requisiti necessari per la stabilizzazione del personale dirigenziale e non dirigenziale del SSN, ovvero personale che ha maturato al 31 dicembre 2024 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Queste disposizioni si applicano pre-



vio espletamento di apposita procedura selettiva e in coerenza con il piano del fabbisogno di personale, al personale dirigenziale e non sanitario socio-sanitario e amministrativo reclutato dagli enti del SSN anche con contratto flessibile.

**ECM.** Viene modificata la normativa vigente in materia di disciplina transitoria per la maturazione dei crediti formativi in ambito di formazione continua in medicina relativamente al triennio 2020-2022, prorogandola di un anno, a tutto il 2023. Si specifica che il triennio formativo 2023-2025 ed il relativo obbligo formativo hanno, invece, ordinaria decorrenza dal 1° gennaio 2023. Le nuove disposizioni intervengono anche sulla

## DECRETO MILLEPROROGHE

certificazione dell'assolvimento dell'obbligo formativo per i trienni 2014-2016 e 2017-2019, prevedendo la possibilità dell'assolvimento dei corrispondenti obblighi formativi attraverso specifici crediti compensativi da definire con provvedimento della Commissione nazionale della formazione continua.

**Liste d'attesa.** Prorogate al 31 dicembre 2023 le misure contenute nel decreto Agosto e successive modificazioni in tema di liste d'attesa. In ragione delle ulteriori spese sanitarie sostenute dalle Regioni nel 2022, queste potranno rendere disponibili, per l'equilibrio 2022, parte dei 500 milioni stanziati nella legge di Bilancio 2022 per il recupero delle liste d'attesa e non ancora utilizzate al 31 dicembre 2022 (ovvero, tra le altre misure, la deroga al regime tariffario delle prestazioni aggiuntive). Le Regioni potranno continuare ad integrare gli acquisti delle prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, utilizzando una quota non superiore allo 0,3% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023.

**In pensione a 72 anni solo i medici convenzionati.** È stata introdotta la possibilità fino al 31 dicembre 2026 per il personale medico convenzionato con il SSN di essere trattenuto in servizio fino a 72 anni a richiesta dell'interessato in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza. Mentre non è stata accolta la proposta di allungare l'età pensionabile anche ai medici e ai dirigenti sanitari dipendenti, proposta da noi fortemente osteggiata.

**Ampliamento albo direttori generali Asl.** Per garantire l'ampliamento della platea dei soggetti idonei all'incarico di Direttore Generale delle Aziende e degli Enti del SSN, l'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli enti del SSN è integrato entro il 30 aprile 2023.

**Patto della salute.** Il Patto per la salute 2019-2021 è prorogato fino all'adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria, in partico-

lare disponendo il coordinamento di alcuni obiettivi del Patto con il decreto di attuazione della riforma degli IRCCS previsto come obiettivo del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza.

**Quota premiale.** Si estendono anche al 2023 le modalità di riparto della quota premiale calcolata sulle risorse ordinarie per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per le Regioni che adottino misure idonee a garantire l'equilibrio di bilancio. Con una modifica inserita in sede referente, è stato inoltre disposto l'innalzamento allo 0,5 per cento della quota premiale per il 2023.

**Vincolo di esclusività operatori professioni sanitarie.** Fino al 31 dicembre 2023, agli operatori delle professioni sanitarie appartenenti al personale del comparto sanità, al di fuori dell'orario di servizio e per un monte orario non superiore a 8 ore non si applicano le norme su incompatibilità. In questo modo vengono allentati i vincoli di esclusività degli operatori delle professioni sanitarie.

**Riorganizzazione rete dei laboratori del Ssn.** Le Regioni possono riconoscere alle strutture che si adeguano progressivamente ai nuovi standard non oltre il 31 dicembre 2023, al fine di garantire la soglia minima di efficienza di 200.000 esami di laboratorio e di prestazioni specialistiche o di 5.000 campioni analizzati con tecnologia NGS, un contributo da stabilirsi con provvedimento della Regione stessa.

**Payback sanitario.** Si recano disposizioni in ordine alle procedure di ripiano per il superamento del tetto di spesa per i dispositivi medici, facendo confluire nel provvedimento in esame la disciplina già posta in materia dall'art. 1 del decreto-legge 11 gennaio 2023, n. 4.

**Riconoscimento qualifiche professionali sanitarie.** La disposizione prolunga l'applicabilità di una normativa transitoria, a carattere derogatorio, in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie, integrandola con alcune prescrizioni ai professionisti interessati e con norme transitorie in tema ingresso di medici e infermieri stranieri assunti, presso strutture sanitarie, con tipologie contrattuali a tempo determinato.

## I risultati della survey Anaa Assomed

Medici e dirigenti sanitari

1 su 3 è disposto a

**CAMBIARE  
LAVORO**

**Sul podio delle richieste:  
più tempo libero  
e stipendi più alti.**

La fascia di età più in crisi  
tra i 45 e i 55 anni.



**Più della metà** (56,1%) tra medici e dirigenti sanitari è insoddisfatta delle condizioni del proprio lavoro e 1 su 4 (26,1%) anche della qualità della propria vita di relazione o familiare. Un sintomo inequivocabile di quanto il lavoro ospedaliero sia divenuto causa di sofferenza e di alienazione. Una insoddisfazione che cresce con l'aumentare dell'anzianità di servizio e delle responsabilità, tanto che i giovani medici in formazione (24,6%) si dichiarano meno insoddisfatti dei colleghi di età più avanzata (36,5%), tra i quali si raggiunge l'apice nella fascia di età tra i 45 e i 55 anni, un periodo della vita lavorativa in cui si aspetta quel riconoscimento professionale che il nostro sistema, però, non riesce a garantire.

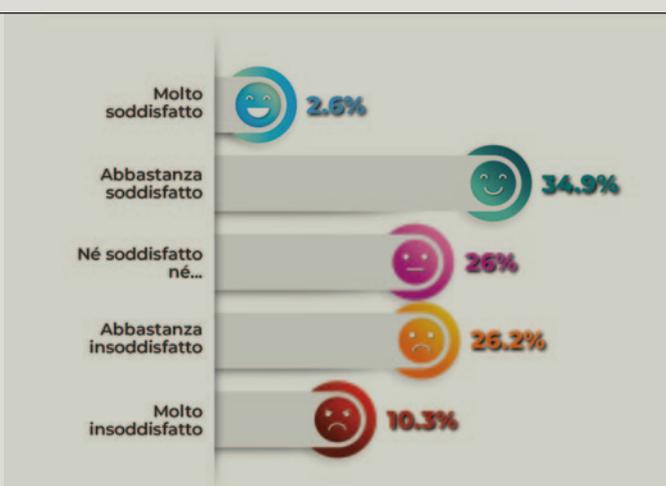
Questi i principali risultati della survey condotta dall'Anaa Assomed cui hanno risposto 2.130 tra medici e dirigenti sanitari.

**Possano sembrare** risultati scontati, ma oggi più che mai è importante controllare e misurare la temperatura dell'insoddisfazione che serpeggia nelle corsie ospedaliere fra i colleghi riguardo alle condizioni del loro lavoro, anche perchè dal CCNL ai nastri di partenza attendiamo risposte alle necessi-



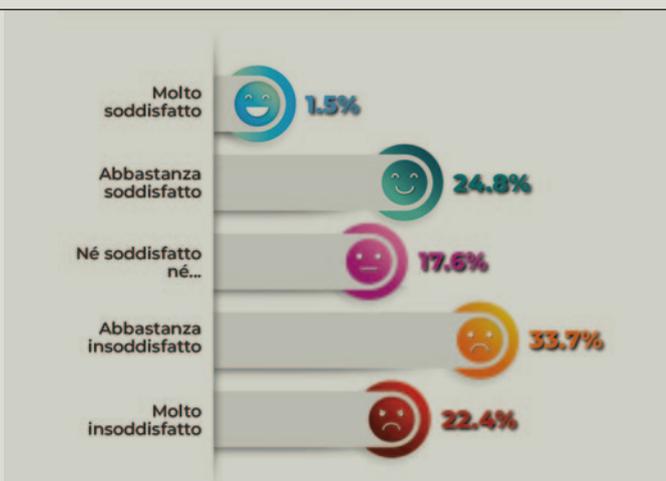
1

**Complessivamente quanto sei soddisfatto della tua qualità di vita?**



2

**Complessivamente quanto sei soddisfatto della qualità del tuo lavoro?**



“

**Aumentando posti letto e personale**

**Medicina di prossimità che appare oggi sempre più teorica**

**Liberare i professionisti dalla medicina di carta che sottrae tempo alla cura**

tà e alle aspirazioni dei medici e dirigenti sanitari del nostro Paese. Comprendere i motivi di un disagio diffuso, e prospettare possibili soluzioni, può contribuire a rallentare l'esodo dei medici ospedalieri verso il settore convenzionato o privato o verso l'estero, nonché a evitare forme di 'uberizzazione' dell'attività medica che contribuisce a generare contratti a cottimo tanto ricchi quanto poco chiari sulle norme e sulla sicurezza.

Per quanto riguarda i cambiamenti desiderati nel lavoro, il podio è occupato da incrementi delle retribuzioni con il 63,9 % delle risposte, e da una maggiore disponibilità di tempo con il 55,2%, con una prevalenza del fattore tempo per le donne (39,5%) sugli uomini (47,56%) che invece mirano, in maggiore misura, a retribuzioni più adeguate. Si evidenzia anche come per gli over 65 (15,8%) sia prioritaria una maggiore sicurezza rispetto ai colleghi più giovani (6,3%). Al contrario, l'esigenza dei giovani di una maggior disponibilità di tempo per la famiglia e il tempo libero è più alta (37,9 %) rispetto ai colleghi con maggior anzianità di servizio (27,6%). In generale aumento delle retribuzioni e del tempo libero hanno un peso maggiore nelle aspettative rispetto alla progressione di carriera.

**Medici e dirigenti sanitari  
1 su 3 è disposto a**

## CAMBIARE LAVORO

**La domanda finale** sul futuro del proprio lavoro registra risposte che rappresentano il segnale più inquietante della crisi della più antica professione di cura.

Il 36%, ovvero quasi 1 su 3, specie nelle classi di età tra i 45 e i 55 anni, appare disposta a cambiare il lavoro attuale. Il 20% degli intervistati si dichiara ancora indeciso, segno del fatto che almeno una volta si è interrogato sul futuro della professione e sul suo ruolo all'interno del sistema. Forte è il rischio che, procedendo la sanità pubblica per la impervia strada del defi-

nanziamento e della privatizzazione, vadano ad accrescere le fila delle migliaia di desaparecidos che già oggi abbandonano la professione in cerca di altri lidi o, perché no, di altri lavori.

**Se guardiamo alla collocazione** geografica, non sorprende che la crisi della professione sia più sentita al sud rispetto al nord: si va dal 53,6% del nord, passando al 56,3% del Centro per finire al Sud e Isole con ben il 64,2% di insoddisfatti. Ma il dato appare talmente diffuso da configurare quasi una patologia endemica con la quale convivere e per la quale non esiste vaccino o terapia.

**Invece la terapia esiste**, e non è solo di carattere economico, anche se pesa il fatto che l'Italia spenda solo il 6,1% del Pil per la sanità, la cifra più bassa tra i paesi del G7, ben al di sotto della media europea di 11,3% con il costo della sanità privata pari al 2,3%, poco sopra la media europea. Per recuperare il gap accumulato con le altre nazioni occorrerebbe un incremento annuo del FSN di 10 miliardi di euro. Ma pesano anche questioni di organizzazione e di scelte politiche, se il sistema di cure universalistico non appare in grado, per come oggi è, di reggere l'onda

d'urto di nuove patologie infettive o della epidemia delle patologie croniche che accompagnano il sensibile aumento della aspettativa di vita.

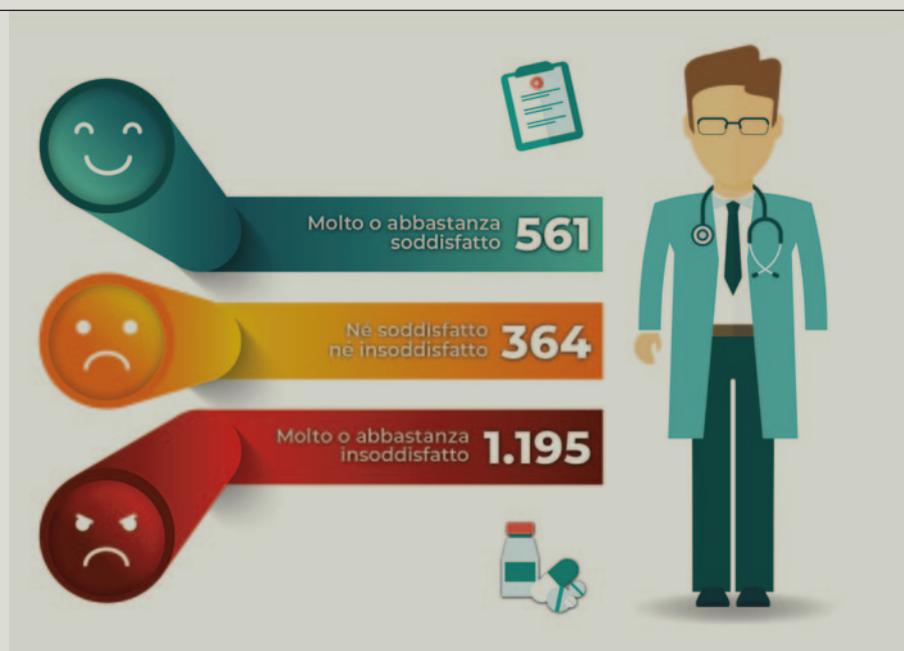
**Occorre immaginare** un nuovo modello che tenga nella dovuta attenzione la presa in carico del paziente, sia cronico che in acuzie, aumentando posti letto e personale, e implementando quella medicina di prossimità che appare oggi sempre più teorica, liberando i professionisti dalla medicina di carta che sottrae tempo alla cura.

**Ma, soffrire, e morire**, sul lavoro non è un destino, tantomeno stare male può essere accettato come fatto "normale". Per uscire dalla attuale crisi professionale, il lavoro deve essere vissuto come fattore di cambiamento, mezzo per recuperare l'autonomia nel leggere le necessità del paziente, evitando la riduzione a macchina ubbidiente. Al quale riconoscere un diverso valore, sociale e salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema *campando sul lavoro altrui*, a decidere sulle necessità del malato.

**Serve una profonda** riprogrammazione strategica delle politiche sanitarie, un cambio di paradigma che realizzi un netto investimento sul lavoro professionale, che nella sanità pubblica rappresenta il capitale più prezioso. Altrimenti anche il Pnrr rappresenterà la ennesima occasione perduta.

3

**Complessivamente  
quanto sei  
soddisfatto  
del tuo lavoro?**



“

*Il lavoro deve essere vissuto come fattore di cambiamento, mezzo per recuperare l'autonomia nel leggere le necessità del paziente, evitando la riduzione a macchina ubbidiente*



4

**Complessivamente quanto sei soddisfatto del tuo lavoro?**  
In base a classi di età



5

**Cosa vorresti cambiare del tuo lavoro?**

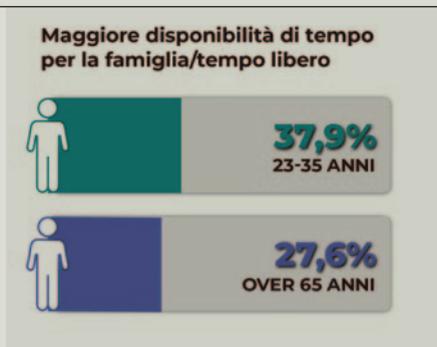


“

*La domanda finale sul futuro del proprio lavoro registra risposte che rappresentano il segnale più inquietante della crisi della più antica professione di cura*

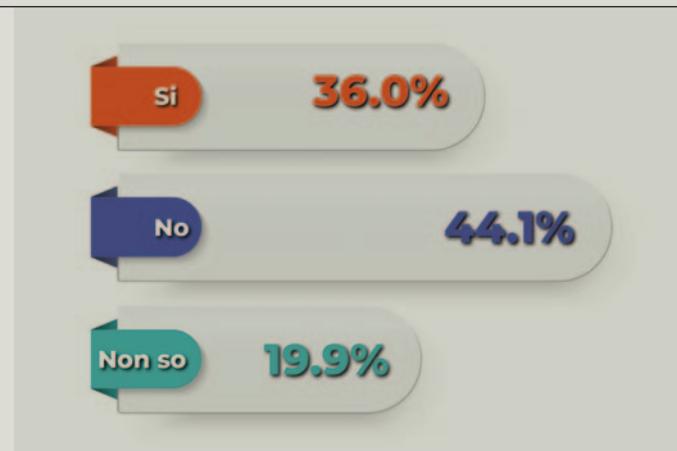
6

**Cosa vorresti cambiare del tuo lavoro?**  
In base a classi di età



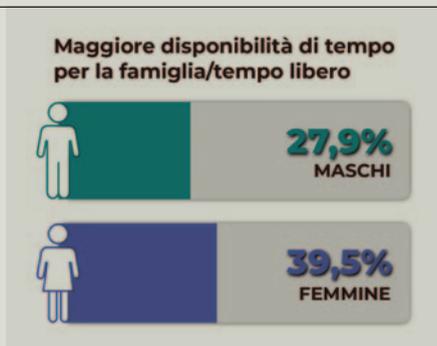
8

**Vorresti cambiare lavoro?**



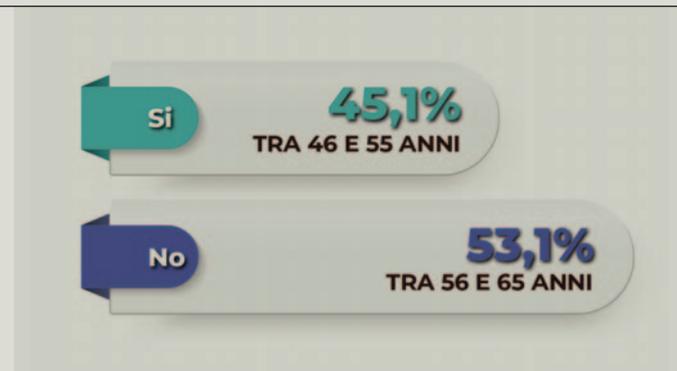
7

**Cosa vorresti cambiare del tuo lavoro?**  
Per sesso



9

**Vorresti cambiare lavoro?**  
In base a classi di età



**Si sta giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese. Decentrare funzioni, 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, legittimare il divario Nord-Sud è un suicidio sociale oltre e prima che professionale e sanitario.**



## IL GOVERNO MELONI SACRIFICA SULL'ALTARE DEGLI EQUILIBRI DI MAGGIORANZA UN DIRITTO COSTITUZIONALMENTE TUTELATO

**Il Consiglio dei Ministri** del 2 febbraio ha approvato all'unanimità il Ddl sull'autonomia differenziata presentato dal Ministro Calderoli che concede maggiori poteri alle Regioni su 23 materie, tra cui la sanità. Tale decreto apre di fatto la strada a più sistemi sanitari, a diversa efficacia e sicurezza, a scapito del Servizio sanitario nazionale.

**Il governo Meloni** sacrifica sull'altare degli equilibri di maggioranza un diritto della persona costituzionalmente tutelato, uno dei pochi elementi di quella "coesione nazionale" che sembra essere un caposaldo dell'azione mediatica di governo. Sulla questione però, nessun partito può dirsi esente da responsabilità, visto che il tema fu introdotto in Costituzione dal centro sinistra (2001) e che le prime intese con Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna portano la firma del governo Gentiloni (2018). Nè si ricordano pronunciamenti contrari in campagna elettorale.

**"I cittadini di serie A** e quelli di serie B", di cui parla il Presidente del Consiglio, non sono un rischio paventato ma l'iniqua realtà di oggi, e non si vede come il Ddl possa ridurre le attuali disuguaglianze nella accessibilità ai servizi sanitari tra varie aree del Paese tra le quali le distanze si misurano non solo in km ma in aspettativa di vita (minore al Sud di 4 anni), tassi di mortalità evitabile (maggiori al Sud di ben 4 giorni pro capite rispetto al centro nord), 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 dalle regioni del Sud, che continuano a percepire meno soldi da una perequazione di ri-



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale  
Anao Assomed



**COSTANTINO TROISE**  
Centro Studi  
e Formazione  
Anao Assomed

sorse sempre più iniqua. Ma anche nei servizi sociali il divario è enorme, tra i 583 euro per abitante di Bolzano e i 53 di Messina. Alla faccia della Legge 833/78, istitutiva del SSN, che pone tra i suoi obiettivi il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese e in barba a quell'articolo 32 della costituzione che sancirebbe cure omogenee per l'individuo.

**Per capire la logica**, se non il metodo, di quello che qualcuno già chiama il "neo porcellum", aiuta l'insegnamento del giudice Falcone. Seguendo i soldi, si vede che le Regioni del Nord danno allo Stato più di quanto ricevono, a differenza di quelle del Sud. Il saldo è negativo per Lombardia (-5090 pro-capite), Emilia Romagna (-2811), Veneto (-2680) e positivo per tutto il Sud (Campania + 1380, Calabria + 3086, Puglia + 2440, Sicilia + 2969) (CGIA, 2019). La possibilità di trattene- re più

gettito fiscale si potrebbe tradurre per alcune Regioni in prestazioni sanitarie aggiuntive per i propri cittadini, una sorta di LEPs di prima categoria, in violazione del principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute. Inoltre, con più gettito a livello locale arriveranno meno risorse a livello centrale, mettendo in

dubbio la possibilità di garantire un livello omogeneo di prestazioni essenziali, e non solo in sanità. A condire un piatto avvelenato il ricorso alla definizione dei nuovi LEU sempre su base storica, per evitare forse che Regioni con una storicità di difficoltà possano mai riprendersi.

**Eppure, il governo** sembra volere procedere a tappe forzate a una "secessione dei ricchi" (Gianfranco Viesti) che, nell'illusione di spendere meno dando servizi omogenei, e migliori, alimente-

**AUTONOMIA**

# DIFFERENZIALITÀ

rà quelle diseguaglianze negli esiti di salute tra i territori che Premier e Ministro della Salute dichiarano di volere abbattere. Rendendo l'accesso alle cure, e i loro esiti, funzioni del reddito e della residenza: chi risiede in Regioni "forti" e avrà soldi si curerà, gli altri potranno solo aspettare in liste di attesa che ormai si misurano in semestri se non in anni.

**I poteri concessi** in sanità spaziano 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 regionale di quel contratto lavoro a scopo formativo per gli specializzandi che il Governo, o meglio le Università si ostinano a negare a tutto il sistema nazionale. Senza nemmeno prevedere una clausola di supremazia, essenziale, ad esempio, in caso di pandemia.

“  
Per il momento solo appelli e sparute voci si susseguono in un silenzio politico preoccupante e assordante sul tema. La nostra voce si sente e continuerà a sentirsi

**Preoccupa anche** l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane e l'effetto calamita della possibilità di pagarlo al di fuori dei vincoli del CCNL mentre il vincolo di spesa sul personale, che continua a esistere a livello nazionale impedisce di stipulare contratti regolamentati. Con l'approvazione del ddl sulle autonomie nascerebbe di fatto un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti, nutrito dal dumping salariale e dalle contrattazioni regionali, che rischierebbe di mettere una "pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sul ruolo dei sindacati a carattere nazionale" (GIMBE).

**I LEPs, vale a dire** la soglia costituzionalmente necessaria per rendere effettivi i diritti civili e sociali, giocano un ruolo centrale, non solo per la loro determinazione quanto per il loro finanziamento con costi standard che quantifichino le risorse che lo Stato deve assicurare a ciascuna Regione. Un'impresa impossibile in un sistema sottofinanziato che non vuole "aggravi" per la finanza pubblica, ma deve comporre la differenza del 25% di spesa sanitaria individuale tra Nord e Sud e quella della spesa pubblica allargata (17000 euro procapite al Nord, 13000 al Sud). E rispondere a quel 11% della popolazione che rinuncia alle cure per problemi economici o tempi di attesa. Quando la Germania affrontò il problema della riunificazione decise di trasferire ingenti risorse da Ovest ad Est. Senza le quali, Regioni che in partenza sono al di sotto della soglia minima di LEPs non potranno mai recuperare terreno.

**Si sta giocando** una partita fondamentale per il futuro del Paese. Decentrare funzioni, 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, legittimare il divario Nord-Sud è un suicidio sociale oltre e prima che professionale e sanitario.

**Occorre prestare** ascolto all'allarme lanciato dal Ministro Schillaci, secondo il quale "Per la salute è necessario che le Regioni siano in qualche modo guidate dal Ministero" perché "i gap che ci sono tra regione e regione, addirittura sull'attesa di vita, sono completamente inaccettabili in una nazione moderna". Sottraendo al diritto alla salute una dimensione nazionale si mette in crisi il Ssn, "presidio insostituibile di unità del Paese", secondo il Presidente Mattarella.

**Per il momento** solo appelli e sparute voci si susseguono in un silenzio politico preoccupante e assordante sul tema. La nostra voce si sente e continuerà a sentirsi e attendiamo con ansia che altre voci si uniscano in un grido che eviti il colpo di grazia al welfare state del nostro Paese. O quel che ne resta.

# No a capri espiatori e soluzioni futuristiche

**Dopo le dichiarazioni del ministro Bernini abbiamo assistito a una ridda di interventi giocati sul doppio registro delle modalità di selezione degli accessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e del quantum degli stessi**

**Le recenti dichiarazioni** del Ministro dell'Università Anna Maria Bernini hanno scatenato una ridda di interventi da parte di diversi Presidenti di Regioni. Tutti giocati sul doppio registro delle modalità di selezione degli accessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e del quantum degli stessi. Con una non celata predilezione, senza distinzione di colore politico, per il vecchio mantra dell'abolizione del numero chiuso. Che poi tanto chiuso non è, se nel 2022 ha messo a disposizione 14.740 posti per medici e 1.330 per odontoiatri, al netto delle iscrizioni in Università straniere, come l'Università Cattolica Nostra Signora del Buon Consiglio in Albania e la facoltà di Enna collegata con la Romania, che rappresentano, per chi ha risorse economiche, la "porta di servizio", alimentando le disparità sociali e minando gli obiettivi di programmazione. Siamo di fronte a una ricerca di capri espiatori e a soluzioni futuristiche, semplici quanto sbagliate, che attaccano il numero chiuso come "tappo vero e proprio alla programmazione delle nuove assunzioni sanitarie", che credevamo costituito dal tetto alla spesa, per nascondere il proprio fallimento politico nella tutela della salute dei cittadini. Al coro che chiede di aumentare gli iscritti si è unito anche il Ministro Schillaci. Ma tant'è. La coazione a ripetere parole d'ordine con scarsa conoscenza della realtà ha la meglio nel ping pong tra responsabilità e demagogia. Oggi, però, la politica si fa con i dati e su questi occorre ragionare, come l'Anaao Assomed fa dal 2010 producendo una ricca bibliografia (vedi grafico nella pagina a fianco).

Per quanto riguarda i criteri di accesso, essi vanno certo modificati, cercando di evitare ricorsi amministrativi a tribunali che hanno già dimostrato una elevata propensione ad accoglierli. E senza escludere dal tavolo i sindacati dei medici ospedalieri.

Quanto all'abolizione del numero chiu-

**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale Anaao Assomed  
**GIAMMARIA LIUZZI**  
Responsabile Nazionale Anaao Giovani



**Bernini:**  
"A Medicina fino a un terzo di posti in più. Così aiuteremo la sanità"

so, alias programmato, "per necessità" come riconosciuto dalla stessa Ministra Bernini, torna, come una minestra riscaldata, la proposta di copiare la Francia, proprio quando, ironia della sorte, il mondo della Sanità francese mette in discussione quel sistema di selezione e formazione dei futuri medici. Il cui fallimento rende ragione dell'attuale carenza di 22.000 medici. Comunque sia, in Francia, in media, soltanto il 20% degli studenti che si iscrivono ad accesso libero al primo anno riesce ad ottenere l'accesso al secondo anno, e dunque ad iniziare il percorso di studi verso la carriera prescelta. Il restante 80% si ritrova 'malheureusement' ad aver sprecato tempo ed energie, potendo decidere di ritentare l'anno successivo oppure indirizzarsi verso altre facoltà.

Chi vuole ispirarsi all'Europa, farebbe meglio a guardare al Portogallo che, 10 anni fa, in una situazione molto simile alla nostra, decise di mantenere il numero chiuso negli accessi a medicina ma di modificare e incrementare i contratti formativi nel percorso post laurea, istituendo i teaching hospitals. La scelta sta funzionando e, a guardar bene, non è diversa da ciò che l'Anaao propone.

**Ma perché, ciclicamente,** torna questa idea di abolire il numero chiuso a Medicina? A pensar male, si sa, si fa peccato, ma spesso si indovina. Al netto di intenti demagogici, un maggior ingresso di studenti nelle aule universitarie determina un maggior introito per le casse (tasse di iscrizione) e per i vari indotti paralleli (testi universitari, corsi di preparazione agli esami). Inoltre, la pleora di laureati è funzionale all'emergere di una generazione di medici a più basso profilo formativo, da impiegare nel sistema sanitario con un inquadramento e uno stipendio inferiori a quelli attuali e con mansioni dedicate e tabellate, come i paramedici d'urgenza americani o gli ecosonografisti francesi. Così da risparmiare sui costi del personale e garantire un SSN al ribasso. Non a caso, le due principali associazioni europee che si interessano di formazione medica, EJD (European Junior Doctors' Association) e UEMS (European Union of Medical Specialists), conengono sul fatto che l'apertura libera dell'accesso a Medicina non può garan-

tire un adeguato livello formativo degli studenti, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto pratico, dove tra l'altro in Italia siamo già carenti.

**Venendo ai dati,** nel 2022 si sono presentati al test di ammissione a Medicina oltre 65.000 studenti per 14.740 posti. Ammettendo tutti, chi risolverà il problema di trovare aule per questa marea di giovani? O si pensa di utilizzare i cinema come negli anni 70? Già con i numeri attuali si parla di aule non capienti, turni e lezioni sul pavimento. Qualora si riuscissero a garantire strutture per l'insegnamento di capienza adeguata e con i necessari supporti tecnologici, sarà necessario garantire anche un tirocinio professionalizzante presso strutture, universitarie e non, dotate del giusto case mix e di personale formato per l'insegnamento. Altrimenti, rischieremo di avere più studenti di medicina che posti letto! E chi e quando rimedierà alla carenza del personale docente di ruolo necessario per insegnare ad un numero elevatissimo di studenti?

**Ogni qualvolta** si parla di carenza di medici si alimenta il gioco degli equivoci tra "medici" e "medici specialisti", gli unici che possono lavorare nel e per il Ssn. In Italia mancano medici, rimbomba su tutti i media la notizia. Notizia monca perché in Italia mancano medici sì ma medici specialisti, soprattutto in alcune branche. Il numero di medici, intesi come laureati in medicina e chirurgia, è in linea con quello degli altri paesi sviluppati (4 per 1.000 abitanti), se non superiore alla media europea, mentre mancano i medici specialisti perché per anni non sono stati finanziati in maniera adeguata i contratti di specializzazione, creando il famigerato imbuto formativo. Che è il prodotto della differenza tra il numero dei laureati e quello dei contratti di formazione specialistica disponibili, che solo negli ultimi 4 anni si è ridotta con il finanziamento di 52.006 contratti.

Il dato che dovrebbe allarmare non è la carenza di medici laureati quanto la loro drammatica e ingravescente disaffezione per alcune scuole di specializzazione. Il 18% dei posti nelle scuole di specializzazione nell'ultimo anno accademico non è stato coperto, con picchi preoccupanti per patologia clinica, mi-

Uscite per pensionamento negli anni 2009, 2018, 2021 e nel 2030

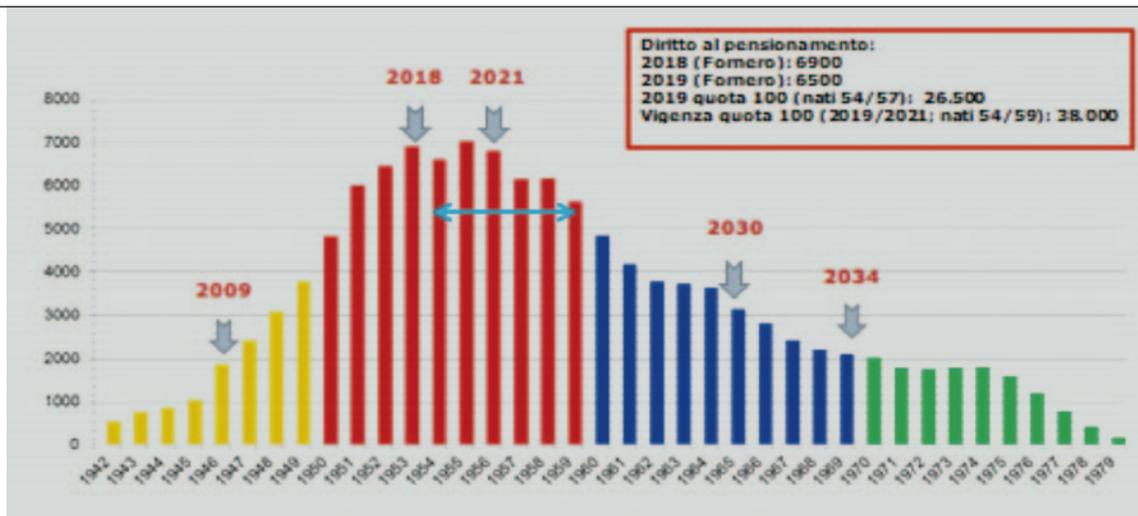
In base alla curva demografica dei medici dipendenti del Ssn e coorti di uscita nel triennio 2019/2021 in base a quota 100

crobiologia, medicina di emergenza urgenza (dati Anaao Giovani), mentre il tasso di abbandono raggiunge l'8,9% (dati ALS). Tutti numeri che andrebbero analizzati e compresi ma che denunciano la necessità di non abbassare il livello di investimento sulla formazione specialistica post laurea per assicurare che per ogni laureato ci sia un contratto o una borsa per Mg. La disaffezione abbraccia l'intero sistema di cure pubblico e, certo, non si risolve aprendo la facoltà di medicina a decine di migliaia di studenti, in una riedizione della plethora medica che produce sbocchi lavorativi solo nel privato, e in quel sottobosco di cooperative che oggi impera, senza regole e senza controllo, anche negli ospedali.

L'attuale carenza di "medici specialisti", e non di "medici", deriva dagli errori commessi nel decennio passato ma è giusto cominciare a chiedersi se gli attuali ingressi al Corso di Laurea siano congrui rispetto alle esigenze future del SSN. Gli studenti iscritti nell'anno accademico 2022/2023 saranno pronti per il mondo del lavoro specialistico solo nel 2033, dopo un lungo e duro percorso di studio e formazione che, al netto degli abbandoni, ne porterà alla agognata meta circa 13.000. Quindi, ne formeremo almeno 130.000 nei prossimi dieci anni. Periodo in cui, però come si evidenzia dal grafico allegato, il fabbisogno di specialisti nel SSN per garantire il turnover sarà quasi dimezzato, anche se si dovrà tenere conto dell'attuale sottodimensionamento delle dotazioni organiche, delle nuove esigenze emerse con la pandemia da Sars-CoV-2, delle fughe (3000 nel 2019) indotte dal peggioramento delle condizioni di lavoro negli ospedali pubblici. Ponendo attenzione ad evitare il costituirsi di un imbuto lavorativo.

Il rischio mortale che corre la sanità pubblica è costituito dalla mancanza di specialisti ora, e non tra 10 anni. Nel periodo 2023-2027 sono stimate, tra pensionamenti e fughe, circa 35.000 uscite dal SSN, a fronte delle quali avremo una possibilità di sostituzione capace solo di mantenere lo *status quo*, cioè un contesto organizzativo palesemente carente,

Segue a pagina 12



## NUOVA SANITÀ SPA.

IL FUTURO CHE VI ATTENDE

Inauguriamo da questo numero la rubrica "Nuova sanità SPA. Il futuro che vi attende"

pubblicando la prima di una serie di vignette realizzate da Marco Romanelli



**ABOLIZIONE NUMERO CHIUSO A MEDICINA? AULE AFFOLLATE? PROVA...**

**«SACCO MED»®**

- DORMI IN AULA AL CALDO E COMODAMENTE
- OCCUPA I PRIMI POSTI APPENA SVEGLIO
- RISPARMIA SULLE SPESE DELL'AFFITTO

NUOVA SANITÀ SPA  
IL FUTURO CHE VI ATTENDE

## No a capri espiatori e soluzioni futuristiche

come evidenziato dalle criticità organizzative emerse durante l'epidemia e dalle liste d'attesa. Come riconoscono le stesse Regioni che chiedono al Governo "soluzioni prontamente attuabili e idonee ad affrontare nell'immediato la carenza di personale sanitario". L'incremento degli iscritti a Medicina e Chirurgia è un provvedimento facile ma sbagliato e temporalmente sfasato rispetto alla grave criticità attuale, oltre che foriero di spesa per la necessità di aumentare parallelamente gli investimenti nella formazione post laurea. Occorre, invece, sulla falsariga di quanto già fanno i corsisti in MG, anticipare la età di ingresso al mondo del lavoro dei medici specializzandi degli ultimi due anni, con un contratto di lavoro a tempo determinato a scopo formativo, secondo i criteri approvati dalla Conferenza Stato Regioni, in tutta la rete ospedaliera con opportuni incentivi per gli ospedali periferici. E riscrivere la normativa concorsuale per la dirigenza, datata 1997, abolire il tetto di spesa alle assunzioni e, soprattutto, migliorare, attraverso i CCNLL, le condizioni di lavoro e i livelli retributivi dei medici in servizio per arginare la loro fuga dal SSN.

**Servono investimenti** sulle risorse umane se è reale la preoccupazione per la disaffezione o "crisi di vocazione" del personale del Servizio Sanitario Nazionale, e non solo nei settori legati alla emergenza. Non abbiamo più molto tempo, e sicuramente non un decennio, per disinnescare la bomba professionale, generazionale e sociale innescata dal flop della programmazione ministeriale, dal fallimento del sistema formativo abbarbicato al monopolio universitario, dal defianziamento progressivo della sanità pubblica con il corollario della falcidia di posti letto, pre-requisito di una determinazione al ribasso degli investimenti sul personale, la cui quantità e qualità professionale sono elementi critici per la sostenibilità di qualunque sistema sanitario. Si deve riprogrammare, anzi iniziare a programmare, la salute avendo riguardo alle esigenze dei pazienti e dei professionisti, piuttosto che al tema, certo più interessante per la politica, del consenso. Se non si vuole lasciare affondare una infrastruttura di enorme valore civile e sociale, quale il servizio sanitario, pubblico e nazionale.

Le assicurazioni aspettano il passaggio del cadavere sulle rive del fiume.

“  
**Non abbiamo più molto tempo, e sicuramente non un decennio, per disinnescare la bomba professionale, generazionale e sociale innescata dal flop della programmazione ministeriale, dal fallimento del sistema formativo**

## La “clanicizzazione” delle strutture complesse.

### Ulteriore minaccia per il mondo ospedaliero

**Camuffata da integrazione tra medicina ospedaliera e medicina universitaria, prosegue senza sosta la strisciante “clanicizzazione” degli ospedali italiani, un fenomeno tipico dei rapporti tra Facoltà di Medicina e Ospedali del SSN, da sempre caratterizzati da frizioni, conflittualità, contenziosi infiniti, concorrenza su molti fronti**

PIERINO  
 DI SILVERIO

La medicina ospedaliera e la medicina universitaria sono oggi due sistemi, di fatto, estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili, con personale separato da prerogative e compiti differenti, in una condizione che rende teso il rapporto e difficile la collaborazione.

Uno dei più rilevanti motivi di contrapposizione è, appunto, costituito dalla progressiva occupazione degli spazi, e delle carriere, ospedalieri, attraverso l'utilizzo della didattica come grimaldello per l'accesso alla direzione delle strutture assistenziali. Malgrado non esista alcuna motivazione di ordine organizzativo, professionale, economico o giuridico, l'identificazione di strutture assistenziali esterne all'Azienda di riferimento “necessarie” allo svolgimento delle attività didattiche viene strumentalmente utilizzata per affidare a personale universitario, a ricompensa di una mancata carriera accademica, posti apicali che la normativa assegna al SSN.

Il fenomeno trova linfa nei protocolli di intesa con le Regioni che, invece di garantire la convivenza tra SSN e Facoltà mediche, mostrano difficoltà nella mediazione contrassegnata da ricorsi, latenza nei rinnovi, inapplicabilità nella gestione corrente, risultati costosi e scarsamente produttivi in termini assistenziali. Soprattutto, spicca la assenza di norme, o il loro mancato rispetto, che stabiliscano, in maniera trasparente e cogente, la dotazione strutturale e la articolazione organizzativa necessaria all'esplicazione della funzione didattica e di ricerca. Il che rende indefiniti i confini della presenza universitaria entro le strutture del Servizio sanitario, avvertita dal personale ospedaliero come minacciosa mina vagante all'interno delle Aziende Integrate.

Alla vaghezza dei limiti, fissati, e spostati, di volta in volta, in sede di convenzione regionale, ove le richieste del mondo accademico trovano sempre buon ascolto, si deve la frequente immissione nell'assistenza di professori di seconda fascia con attribuzioni primariali, in strutture in cui il per-



“

*Oggi, la scelta dei direttori di strutture complesse avviene, per quanto concerne i medici che appartengono al mondo universitario, a chiamata diretta, anche senza la specializzazione richiesta per l'accesso al SSN, con il metodo della stretta di mano tra Direttore generale e Rettore, con la benedizione dell'Assessore di turno*

sonale medico subordinato è in prevalenza ospedaliero, e la creazione, in non pochi casi, di microstrutture complesse in cui l'unica presenza universitaria è costituita dal primario. Anche la previsione normativa di dover rispondere alle esigenze della formazione post-laurea in strutture del SSN è sostanzialmente disattesa, perchè gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorchè occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza.

Il processo di "clinicizzazione" oggi sembra non conoscere ostacoli, pronto al superamento delle mura, e del concetto, dell'Ospedale di riferimento, per abbracciare altri ospedali e lo stesso territorio, nella passiva acquiescenza, se non complicità, delle Regioni. È appena il caso di notare che una tale configurazione, organizzativa e giuridica, è consentita dalla legge solo alle regioni a statuto speciale.

L'espansione numerica delle Facoltà di medicina, oggi 48, pubbliche e private, distribuite in 84 sedi in tutte le regioni (meno la Val d'Aosta e il Trentino-Alto Adige) le ha costrette a fare a meno del modello dei Policlinici a gestione diretta per utilizzare le strutture e il personale del Servizio sanitario nazionale. In un modello di integrazione fallimentare, perchè l'Università si sente, ed è autorizzata da tutti i governi, regionali e nazionali, di qualunque colore politico, a sentirsi "altro" rispetto all'interesse nazionale, quasi una variabile indipendente.

Tenuta al riparo da riorganizzazioni e ristrutturazioni, spending review e tagli di strutture complesse e semplici, oggi viene esonerata anche dalla spesa. In una dissociazione tra potere e responsabilità, pur concorrendo a determinare obiettivi e strategie nella gestione delle risorse, non contribuisce al pareggio di bilancio in proporzione ai fattori di produzione assorbiti ed al rapporto tra Strutture Complesse a direzione ospedaliera e universitaria. I costi aggiuntivi indotti dalla didattica sull'assistenza sono a carico del FSR, nel

trionfo della logica di privatizzare gli utili e socializzare le perdite.

Creare dipartimenti universitari in aziende ospedaliere, come previsto dalla legge 517/93, è certo legale ma appare discutibile, anche ai fini della qualità delle cure, il criterio di scelta di chi dirige i reparti. Oggi, la scelta dei direttori di strutture complesse avviene, per quanto concerne i medici che appartengono al mondo universitario, a chiamata diretta, anche senza la specializzazione richiesta per l'accesso al SSN, con il metodo della stretta di mano tra Direttore generale e Rettore, con la benedizione dell'Assessore di turno. Mentre, per chi ha scelto la strada della assistenza pura, per il medico che lavora in ospedale, è prevista una selezione concorsuale con tanto di commissione, colloquio, punteggio e graduatoria.

In assenza di una tenuta delle Regioni, le Facoltà di Medicina si espandono senza freni nella area assistenziale dei servizi sanitari. Il che porta a inevitabile collisione con i legittimi diritti dei Medici Ospedalieri, alla subordinazione delle necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, alla cessione di sovranità da parte delle rappresentanze elette alla Università, un'istituzione terza la cui mission è formazione e ricerca. Fermi restando per il SSR tutti gli obblighi connessi al finanziamento.

L'Anaa Assomed rifiuta la teoria del "destino manifesto" che condanna i medici ospedalieri a cedere spazi e competenze all'espansionismo universitario per rifugiarsi nella riserva di un SSN povero e per i poveri, lasciando ad altri le magnifiche e progressive sorti della formazione, della didattica e dell'assistenza nei settori ad alta specializzazione. Tocca alle Regioni intervenire per rendere i rapporti Università-SSN meno conflittuali e più rispettosi dei reciproci fini istituzionali. Anche per costruire il livello di integrazione necessario a superare il vissuto da "separati in casa" che caratterizza la situazione attuale.

# Il sovraffollamento in Pronto Soccorso non è (solo) un problema del Pronto Soccorso

“La mission del Pronto Soccorso appare complessa: garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali, attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita.

(..) Le funzioni di Medicina e Chirurgia di Accettazione-Urgenza (MeCaU), di Pronto Soccorso e di Osservazione Breve Intensiva (OBI) costituiscono strumenti indispensabili per la corretta operatività del percorso in emergenza-urgenza.”

**Così recitano le Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso pubblicate dal Ministero della Salute nel 2019**

**Le stesse linee di indirizzo** definiscono il sovraffollamento come “la situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso è limitato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili logistiche, strumentali e professionali.” La convergenza di diversi fattori (pandemia, taglio dei posti letto ospedalieri, mancanza di cure intermedie e strutture di post-acuzie, carenza di organico, cronicizzazione delle malattie e aumento delle comorbidità, invecchiamento della popolazione) ha determinato negli ultimi anni un ulteriore peggioramento della situazione di sovraffollamento delle strutture di Pronto Soccorso.

Il modello comunemente usato per analizzare le cause del sovraffollamento in Pronto Soccorso prende in considerazione tre fattori: input (ingresso), throughput (processamento) e output (uscita, intesa come ricovero o dimissione). L'input è legato al numero di pazienti

che si presentano in Pronto Soccorso, che dipende dal numero di urgenze e dalla capacità della sanità territoriale di dare risposta alle problematiche percepite come urgenti da parte della popolazione. Il throughput e l'output sono elementi dipendenti dall'organizzazione della singola struttura ospedaliera e dalla rete tra ospedali.

Le soluzioni che prendono in considerazione solo i fattori di input e throughput (ad esempio iniziative di gestione dei flussi e strategie di deviazione dall'utilizzo dei DEA) non sono da sole efficaci nel ridurre il sovraffollamento. Il fattore più determinante per il sovraffollamento in Pronto Soccorso risulta infatti essere il “boarding”, cioè la quota di pazienti che sono già stati valutati dallo specialista in medicina d'urgenza e per cui è stata data l'indicazione al ricovero ospedaliero ma che, per mancanza di posti letto nei reparti, rimangono bloccati all'interno della struttura del Pronto Soccorso.

Il boarding riguarda quindi i pazienti che hanno concluso il proprio iter in urgenza ma, per un problema legato al funzionamento dell'intera struttura ospedaliera, rimangono in carico al solo personale del Pronto Soccorso, che non può quindi dedicarsi alla valutazione, stabilizzazione e cura dei “nuo-



**ANDREA DUCA**  
Responsabile  
Anaaio Giovani  
Lombardia



**MATTEO TRAVERSA**  
Responsabile  
Anaaio Giovani  
Piemonte



**GIAMMARIA LIUZZI**  
Responsabile  
Nazionale Anaaio  
Giovani



sodi di violenza nei confronti del personale e ad una ridotta aderenza alle linee guida. Queste condizioni si associano in Italia ad una riduzione dell'attrattività della specializzazione in medicina d'emergenza-urgenza e ad un costante abbandono da parte dei medici assunti in Pronto Soccorso, con conseguente peggioramento della carenza di personale.

Tra le soluzioni che sono state documentate come efficaci per ridurre il sovraccollimento vanno citate:

**Input:** lo sviluppo di una sanità ed assistenza sociale territoriale che intercetti i bisogni non urgenti della popolazione e una ottimizzazione della rete dei Pronto Soccorso che permetta un rapporto continuo tra ospedali Hub e Spoke

**Throughput:** il miglioramento dei processi interni al Pronto Soccorso con un adeguamento della dotazione di personale sanitario e assistenziale

**Output:** l'aumento di posti letto intraospedalieri, l'ottimizzazione del bed management e la presa in carico del paziente in attesa di ricovero da parte del personale del reparto dove il paziente verrà ricoverato.

Concludendo, il problema del sovraccollimento e, in particolare, del boarding, mette in serio pericolo sia la sicurezza dei pazienti che si presentano in Pronto Soccorso sia l'esistenza stessa di un servizio di Emergenza-Urgenza di elevata qualità.

Diventa fondamentale nel breve tempo garantire un aumento dei posti letto per pazienti acuti e una riorganizzazione della sanità territoriale che possa dare una risposta ai bisogni non urgenti della popolazione.

Nel frattempo, a livello dei singoli ospedali, per evitare che il sistema collassi definitivamente, è urgente che il fenomeno del boarding venga condiviso con tutta la struttura ospedaliera. Sono necessarie azioni urgenti che permettano ai pazienti in attesa di ricovero di essere presi in carico e assistiti fin da subito dai team sanitari che continueranno a gestirli una volta in reparto, garantendo così fin da subito una qualità di cura adeguata e permettendo agli specialisti in medicina d'urgenza di dedicarsi alla gestione dei nuovi pazienti che si presentano in Pronto Soccorso.

**eventi avversi**, documentato da numerosi studi. In particolare il sovraccollimento causato dal boarding è associato a:

- Aumento del tempo di attesa per la prima valutazione medica, con conseguente aumento del numero di pazienti che abbandonano il Pronto Soccorso prima di essere valutati
- Aumento del numero di errori nella gestione clinica del paziente
- Aumento del tempo di permanenza in Pronto Soccorso prima della dimissione, con conseguente aumento del numero di pazienti che abbandonano il Pronto Soccorso prima del completamento del percorso clinico
- Aumento della lunghezza del successivo ricovero ospedaliero
- **Aumento della mortalità** intraospedaliera del paziente

L'aumento degli effetti avversi dovuti al sovraccollimento del pronto soccorso si osserva in pazienti di età diverse, con condizioni variabili e in ogni periodo dell'anno. La sicurezza dei pazienti nella situazione attuale è quindi già compromessa.

Oltre agli effetti negativi sugli esiti dei pazienti, il sovraccollimento è anche associato ad aumentato stress nel personale sanitario, ad un aumento degli epi-

vi" pazienti in arrivo. Per la natura stessa di questo fenomeno, sommandosi i pazienti in attesa di ricovero a quelli che si presentano per essere valutati, non esiste quindi un numero massimo di pazienti che vengono gestiti in contemporanea dal personale del Pronto Soccorso; personale il quale invece rimane in numero invariato. I pazienti in attesa di ricovero sono dunque gestiti:

- da personale insufficiente, a causa dell'elevato numero di pazienti che stazionano in attesa di ricovero associato a quelli nuovi che si presentano in Pronto Soccorso per essere valutati
- da personale che ha competenze specialistiche legate all'urgenza e non all'iter intraospedaliero del paziente
- in ambienti che non sono adeguati alla permanenza se non per poche ore (materassi non adeguati per pazienti allettati, assenza di campanelli ai letti, ridotto numero di servizi igienici, mancanza di privacy,...)

La conseguenza è un **aumento degli**

## Bibliografia

- *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraccollimento in pronto soccorso*, Ministero della Salute 1/08/2019.
- Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. *A conceptual model of emergency department crowding*. *Ann Emerg Med* 2003; 42: 173-180.
- Ramanujam R, Rousseau D. *The challenges are organizational not just clinical*. *J Organiz Behav* 2006; 27: 811-827.
- Francesco Rocco Pugliese, Claudia Cicchini, *The Ptolemaic theory and the Copernican theory: which is the right one in the overcrowding?* *ITJEM* 2019.035
- Morley C, Unwin M, Peterson GM, et al. *Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions*. *PLoS ONE* 13(8): e0203316.
- Hsuan C, Segel JE, Hsia RY, et al. *Association of emergency department crowding with inpatient outcomes* *Health Serv Res*. Published online September 26, 2022. doi: 10.1111/1475-6773.14076

# Malattie rare e “orfane” di diagnosi.

## L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma

Il termine “malattie rare” si riferisce a un gruppo eterogeneo di condizioni cliniche con una incidenza definita in Europa come inferiore a 5 individui ogni 10.000. Si tratta di patologie molto diverse tra loro che richiedono, nella maggior parte dei casi, una presa in carico multi specialistica ad elevata complessità che prevede follow-up periodici da disegnare sul singolo paziente. Tra queste, oltre l'85% può essere annoverata nel gruppo delle patologie “ultra-rare” (meno di 1 caso per milione di individui). A oggi sono note oltre 8.000 malattie rare (<https://www.omim.org/statistics/geneMap>) con un numero in rapido aumento anche grazie all'applicazione nella pratica clinica delle tecnologie di sequenziamento del DNA di ultima generazione (*Next Generation Sequencing*) che consentono di riconoscere il difetto genetico alla base della malattia in una quota considerevole di pazienti (variabile tra il 30 e il 60% in base alla malattia in analisi).

**Pur nella peculiarità** che caratterizza ciascuna malattia rara e, a volte, il singolo individuo, i pazienti affetti e le loro famiglie condividono spesso bisogni assistenziali e sociali. Proprio per questo, la rarità delle singole condizioni si ribalta in un problema sanitario importante sia dal punto di vista organizzativo che per le specifiche ricadute sociali. In base alle stime disponibili, in Italia si riconoscono oltre 1.000.000 di individui affetti da malattie rare o tumori rari i cui percorsi di diagnosi e presa in carico possono variare considerevolmente nelle singole Regioni o nelle singole strutture avviando un meccanismo noto come odissea diagnostica per la quale i pazienti e le loro famiglie, al fine di ottenere le risposte ricercate, richiedono assistenza contemporaneamente o in sequenza a numerose strutture disseminate sul territorio con im-



FRANCESCA  
CLEMENTINA RADIO



PAOLA  
GRAMMATICO  
*U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica, Sapienza Università di Roma, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma*

portante impatto economico sia sulle famiglie stesse che sul sistema sanitario nazionale che si ritrova ad avviare più volte analisi ad alta complessità. Non deve infatti essere dimenticato che il raggiungimento della diagnosi è requisito essenziale per acquisire il riconoscimento stesso della condizione di malato, permettendo di avviare procedure di certificazione, assistenza e supporto che solo in parte sono disponibili per i pazienti “orfani di diagnosi”. Inoltre, la conoscenza del meccanismo di malattia consente, nei rari casi in cui questo è possibile (circa il 5% delle condizioni a base genetica), di avviare percorsi di medicina personalizzata diretti al trattamento del danno molecolare/cellulare alla base della patologia. Infine, anche se nella maggior parte dei pazienti la presa in carico rimane esclusivamente sintomatica, avere a disposizione una diagnosi consente di organizzare protocolli di follow-up diretti a prevenire/interferire con l'insorgenza o la progressione delle complicanze della malattia.

**Anche mettendo** in atto tutte le possibilità diagnostiche, cliniche e molecolari, accessibili allo stato attuale, la diagnosi non viene raggiunta in circa la metà dei pazienti affetti da quadri clinici complessi senza che questo debba essere considerato un fallimento del centro curante o un errore nel processo diagnostico. Ciononostante, la difficoltà nel raggiungimento della diagnosi clinica innesca meccanismi di sfiducia nel rapporto medico-paziente con ripercussioni anche terapeutiche financo per quelle terapie che potrebbero essere efficaci anche in assenza di una diagnosi specifica. È quindi importante che il paziente affetto da malattie “orfane di diagnosi” venga preso in carico presso aziende ospedaliere dotate di centri dedicati alle malattie rare con esperienza nel settore tale da consentire l'in-

staurarsi di una corretta alleanza medico-paziente volta alla presa in carico olistica della famiglia anche laddove una diagnosi di certezza non sia ad oggi raggiungibile. A tale scopo sarà opportuno assicurare il paziente e la sua famiglia sulla continuità delle cure, sulla disponibilità di processi di rianalisi/integrazione delle indagini effettuate nel tempo, grazie al costante aggiornamento delle piattaforme tecnologiche e dei processi bioinformatici che permettono di offrire in tempo reale al paziente nuove indagini genetiche/genomiche al fine di migliorare il tasso di successo diagnostico, e sulla possibilità di fare rete con strutture complementari in ambito sia clinico che di ricerca, nazionali e internazionali che consentano di condividere saperi ed esperienze senza la necessità di spostamento per i pazienti e le famiglie con ricadute immediate sulla presa in carico.

**La Rete Malattie Rare** dell'A.O. San Camillo-Forlanini, ha messo in atto protocolli e procedure tali da consentire ai pazienti l'accesso ad un team multi specialistico di professionisti con esperienza nel campo delle diverse malattie rare e “orfane di diagnosi” sia pediatriche che a insorgenza nell'età adulta. In particolare la UOC Laboratorio di Genetica Medica, dotata delle più recenti tecnologie nel campo della genomica, effettua ogni anno oltre 5.000 visite genetiche e oltre 15.000 test genetici. La doppia natura sanitaria e universitaria della struttura ha permesso inoltre l'instaurarsi di numerose collaborazioni nazionali ed internazionali di alto profilo oggetto di progetti di ricerca dai quali scaturiscono numerose pubblicazioni scientifiche.

**Per facilitare l'accesso** del paziente alle strutture di tale rete è stata inoltre potenziata l'attività dello Sportello Malattie Rare della UOC Laboratorio di Genetica Medica (raggiungibile via telefono con segreteria telefonica attiva 24/7 al numero 0658705500 e via email: [malattierare@scamilloforlanini.rm.it](mailto:malattierare@scamilloforlanini.rm.it)). Per svolgere la sua attività a servizio dei pazienti, lo Sportello Malattie Rare si avvale della costante collaborazione con le Associazioni dei pazienti con le quali lo scambio di informazioni ed esperienze è momento fondamentale per avvicinare il percorso clinico alle necessità dei pazienti. Tale servizio si offre anche come punto di contatto per i colleghi del territorio che abbiano necessità di informazioni o supporto per i propri assistiti.



La nuova rubrica on line  
dell'Anaa Assomed per essere  
sempre aggiornato sulla trattativa  
per il rinnovo del contratto.

“Restiamo  
in contratto”

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



**MEDICI, VETERINARI E DIRIGENTI SANITARI**

# ALL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA IN SANITÀ

---

**NO** A LIVELLI DI ASSISTENZA DIVERSI  
IN REGIONI DIVERSE

---

**NO** ALLA FRAMMENTAZIONE DEL SISTEMA  
DI CURE E DI TUTELA DELLA SALUTE

**SOSTENIAMO LA PROPOSTA  
DI LEGGE COSTITUZIONALE  
DI INIZIATIVA POPOLARE**

FIRMA ANCHE TU



---

ANAAO ASSOMED – CIMO-FESMED (ANPO-ASCOTI – CIMO - CIMOP - FESMED) – AAROI-EMAC – FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR) – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM FEDERAZIONE VETERINARI E MEDICI – UIL FPL COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA, VETERINARIA SANITARIA - CISL MEDICI



**INTERSINDACALE  
UNITI  
PER LA SANITÀ**