

d!

d!rigenza medica

1 Editoriale

Uno sforzo sociale per cambiare la percezione che i cittadini hanno degli operatori sanitari

4 Intramoenia

L'Alpi va difesa. È una risorsa per il Sistema sanitario pubblico

6 Pronto soccorso

Indirizzi per un miglioramento delle condizioni di lavoro

14 Dirigenza sanitaria

La profilazione genomica delle neoplasie linfoidi. *Parte 2*

Il mensile dell'Anaa Assomed



GLI SPECIALI DI
d!rigenza medica

IL SETTORE
SANITARIO PRIVATO
ACCREDITATO

A PAGINA 10 LA SECONDA PARTE:

LA SPESA

Manifestazione il 20 novembre

LA PROTESTA CONTINUA

In piazza per chiedere risposte chiare sulla crisi della professione e i fondi in Manovra

SCOPRI TUTTI I
SERVIZI RISERVATI
AGLI ISCRITTI



Iscrizioni
Anaa
Assomed

Io scelgo L'ANAAO

Per difendere
la sanità pubblica.
Per tutelare
il mio lavoro.

Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

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

Ufficio Commerciale
SICS - info@sicseditore.it
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

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

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 settembre 2024

VIOLENZE

Uno sforzo sociale Per cambiare la percezione che i cittadini hanno degli operatori sanitari

L'escalation di violenza che si è manifestata sotto forma di raid a Foggia, e che sembra essere ripresa dopo l'estate, in realtà non si è mai fermata.

Assistiamo a un lento regolamento di conti tra cittadini, una parte di cittadini, e operatori della sanità visti ormai come carnefici e responsabili del mancato accesso o del ritardo di accesso alle cure.

Viviamo socialmente i risultati di decennio di disinvestimenti in sanità. Carenze di personale, carenze infrastrutturali, carenze organizzative hanno provocato un corto circuito socio-sanitario. E le violenze non avvengono solo in Pronto Soccorso, ma sono all'ordine del giorno nei reparti di psichiatria, negli studi di medicina di base, ai danni di operatori del 118. Insomma non è solo il posto di cura a determinare la violenza, ma la figura dell'operatore sanitario stesso sembra essere diventata invisibile.

Eppure non era così solo due anni fa.

Eppure non è mai stato così.

Ma cosa è successo? Come siamo arrivati a questo punto? Se lo chiedono in tanti e in pochi vogliono vedere la risposta, perché la risposta comporta una attribuzione di responsabilità generalizzata.

Accesso alle cure che fino ad un decennio fa era smisurato, incondizionato, non controllato, (ricordiamo tutti i ricoveri per check-up), gradualmente è stato sostituito da una stretta al tempo e alla quantità di prestazioni. Senza che il cittadino venisse adeguatamente formato e informato del cambio di rotta, senza che nel frattempo si riuscisse a organizzare una alternativa valida socialmente e terapeutica all'assenza di ospedale.

In questo contesto il medico è stato gradualmente relegato ad un ruolo sociale e politico

marginale. segno tangibile del mutamento profondo che le istituzioni hanno avuto della concezione del Ssn passato da l'elemento fondante dello Stato Sociale, servizio imprescindibile della popolazione e dello Stato, a mero elemento economico oggetto di prelievi continui e smisurati e risparmi suicidiari.

D'altro canto si è fatto strada in modo subdolo il dottor Google, il progresso tecnologico che ha trovato la massima espressione durante il Covid, quando tutto era chiuso ricordiamo, tranne che gli ospedali. Per non parlare della deriva antiscientifica che dilaga in certi ambienti, contagiando più del Covid, e che favorisce un clima di sfiducia nei confronti della scienza e della medicina.

Il cittadino, quindi, ha iniziato a sperimentare l'automedicazione, trovando giovamento forse psicologico nelle letture incontrollate su internet di patologie, cure della nonna, rimedi omeopatici e differenze tra farmaci fruibili come i confronti tra due cellulari.

Arriviamo ad oggi, anzi a ieri, quando il paziente è di fatto diventato un cliente e il medico è diventato un venditore (inconsapevole) di salute.

Il paziente si presenta al medico manifestando le sue preferenze per il prodotto e non più i sintomi da curare. E il medico e l'operatore sanitario è trattato proprio come un venditore: se il prodotto non piace, si obietta, e se il prodotto è sbagliato si va su tutte le furie. Piccolo dato: il prodotto in questione sarebbe la salute che vale molto più di cellulari, e la scelta non dovrebbe essere del paziente ma del medico. Ma questo non appartiene alla discussione.

Appartiene alla discussione, invece, la reazione del medico di fronte a questo stato di cose, una reazione silenziosa a parole, ma molto "rumorosa" nei fatti. Semplicemente si va via. Sono stati 5000 nel 2023 coloro che hanno abbandonato il Ssn, 3000 solo nei primi 6 mesi del 2024 in età tra 43 e 55 anni. I medici vanno via dagli ospedali e i più giovani non ci entrano neanche.

Occorre intervenire e presto. Ma la soluzione non è semplice e non è immediata.



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

[Segue a pagina 16](#)

Contro le aggressioni al personale sanitario

Il 20 novembre
tutti a Roma.
Medici, dirigenti
sanitari e infermieri!

“La manifestazione di Foggia, che ha visto la partecipazione di centinaia di colleghe e colleghi, è una forte e sincera testimonianza di solidarietà, di una intera categoria professionale, verso i colleghi aggrediti vigliaccamente al Policlinico della città, ma anche verso tutti coloro che ogni giorno, negli ospedali di tutta Italia, sono il bersaglio di una rabbia insensata”.

Con queste parole Pierino Di Silverio Segretario Nazionale Anaa Assomed, Guido Quici, Presidente Nazionale Cimo-Fesmed e Antonio De Palma, Presidente Nursing Up, hanno commentato la manifestazione sottolineando come dalla stessa sia emerso un segnale forte e chiaro: basta con le aggressioni, basta con le condizioni di lavoro ad alto rischio psico-fisico, basta con una sanità che abbandona al proprio destino pazienti e sanitari.

“Per questo motivo la nostra azione non si ferma a Foggia ma prosegue nell'immediato. Il 20 novembre – hanno annunciato Di Silverio, Quici e De Palma – scenderemo di nuovo in piazza a Roma per denunciare le condizioni in cui lavorano migliaia di professionisti sanitari, invitando tutte le forze sociali alla condivisione di idee e proposte. I medici, i dirigenti sanitari, gli infermieri le professioni sanitarie ex legge 43/2006, vogliono risposte, vogliono tornare ad essere il fulcro delle cure, vogliono continuare a curare, ma in sicurezza”.

LA PROTESTA CONTINUA



“Non possiamo restare immobili – proseguono - di fronte allo sgretolamento del sistema di cure pubbliche e alla fuga di migliaia di colleghi. La Sanità rappresenta uno dei pilastri dello stato sociale, e come tale richiede investimenti, riforme, collaborazione”.

Le richieste di Anaa Assomed, Cimo-Fesmed e Nursing Up al Governo sono precise e inderogabili:

- Depenalizzare l'atto medico
- Rendere gli ospedali luoghi sicuri
- Defiscalizzare l'indennità di specificità medica e sanitaria, raddoppiare quella infermieristica e sua estensione alle Ostetriche
- Aumentare le retribuzioni prevedendo finanziamenti adeguati per il rinnovo dei contratti, anche per i sanitari dell'ospedalità privata, riconoscendo e distinguendo le risorse destinate alle specificità sanitarie
- Riformare le cure ospedaliere e quelle territoriali
- Investire nel Ssn non solo con finanziamenti, ma anche con leggi che ne consentano il rilancio
- Rendere appetibili le professioni sanitarie, con un piano di assunzioni che limiti il disagio
- Adottare seri provvedimenti tesi ad arrestare l'escalation delle aggressioni nelle strutture sanitarie.
- Contrattualizzare gli specializzandi
- Riconoscere il carattere usurante delle professioni assistenziali.



“Se le risposte si faranno attendere proclameremo lo stato di agitazione cui seguirà l'astensione dal lavoro nei modi e nei tempi che riterremo più opportuni”.

Intramoenia in crescita

Nel 2022 guadagni per oltre
256 mln, +8,5% in un anno.
In diminuzione i medici in Alpi

Dopo la dura flessione (-28%) del 2020, anno del Covid, torna a crescere l'attività intramoenia in Italia. Lo mostra la Relazione annuale del ministero della Salute sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria per l'anno 2022 che il ministero della Salute ha trasmesso oggi al Parlamento. Se già nel 2021 il trend tornava in linea con gli anni precedenti e i ricavi totali risultano superavano il 1 milione di euro (1,087 mld di euro per la precisione), con un incremento rispetto all'anno precedente del 33%, nel 2022 si assiste a un ulteriore salto avanti dell'8% nel 2022, con ricavi che raggiungono il valore di 1.177 milioni di euro. Crescono anche i guadagni, da 235.594 milioni di euro a 256.032, pari al +8,5% circa, percentuale in linea con l'aumento dei costi. In pratica, i costi per le aziende rappresentano il 78,25% dell'Alpi.

In termini di spesa pro-capite, l'intramoenia nel 2022 vale 20 euro per ogni cittadino residente in Italia, ma la situazione è estremamente variegata sul territorio nazionale con forti discrepanze tra Nord e Sud del Paese, sia in termini di valore di spesa pro-capite sia in termini di variazione rispetto all'analogo dato riferito all'anno precedente. In particolare nel 2022, i picchi maggiori si registrano nelle Regioni Emilia-Romagna (34,8 euro/anno), Valle d'Aosta (32,2 euro/anno), Piemonte (29,9 euro/anno) e Toscana (28,6 euro/anno) mentre la spesa pro-capite per prestazioni in ALPI è minima in Molise (4,4 euro/anno), in Calabria (5,5 euro/anno) e nella P.A. di Bolzano (6,5 euro/anno), ed in generale significativamente inferiore alla media nazionale nelle Regioni meridionali. Dal sistema dei flussi di dati economici e finanziari delle AUSL e delle AO è poi possibile estrapolare alcune informazioni sulla ripartizione della spesa per tipologia di prestazioni, distinguendo quelle ospedaliere da quelle specialistiche erogate in regime di libera professione intramuraria.

A tanto ammonta la differenza tra i ricavi (1,177 miliardo di euro) e i costi sostenuti dalle aziende per erogare le prestazioni in Alpi (921 milioni circa). Continuano a diminuire i medici che esercitano l'Alpi, 44.791 vs 45.302 del 2021 (in 10 anni il decremento è stato del 15%). Un calo che si conferma in termini percentuali: se nel 2014 i medici in intramoenia erano il 44,2% del totale dei medici dipendenti del Ssn, nel 2022 la quota passa al 38,5% (42,3% se si considerano solo i medici con rapporto esclusivo). Le prestazioni più richieste sono quelle specialistiche (68,7% dei ricavi totali)



Link alla
Relazione

A livello nazionale, la parte più consistente dei ricavi per l'attività di intramoenia proviene dall'area delle prestazioni specialistiche, che si assesta nel 2022 ad oltre il 68%. La quota di attività libero professionale intramuraria afferente all'area ospedaliera rappresenta il 19,5% (il restante è "Altro": sanità pubblica, consulenze, ecc.).

Le visite più prenotate in intramoenia sono: la visita cardiologica, ginecologica e ortopedica. Per quanto riguarda le prestazioni strumentali, quelle maggiormente richieste sono l'elettrocardiogramma, poi l'eco (color) dopplergrafia cardiaca, l'ecografia all'addome inferiore, superiore e completo e l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella.

Ma quanti sono i dirigenti medici che esercitano la libera professione intramuraria? Nel corso degli ultimi anni, il numero complessivo sia in termini assoluti sia in termini percentuali è diminuito (rispetto al totale dirigenti dipendenti di Aziende del Ssn). Tuttavia, i dati relativi al 2021 così come quelli del 2022, sembrano avallare l'ipotesi di una decelerazione del trend di riduzione del fenomeno precedentemente riscontrato. Infatti, il numero di medici che esercitano Alpi passa da 53mila unità relative al 2014 a 45.434 unità del 2020, si "assesta" poi a 45.302 unità nel 2021 (solo 132 unità in meno rispetto all'anno precedente) e diminuisce di 511 unità nel 2022, valore quest'ultimo che risulta in ogni caso inferiore alla dimi-

Segue a pagina 5

TABELLA

Trend 2014-2022 numero di medici che esercitano Alpi

Fonte: Relazione annuale
sullo stato di attuazione
dell'esercizio dell'attività
libero-professionale
intramuraria - Anno 2022
Ministero della Salute



Attività libero professionale in intramoenia



Esercitata nel pieno rispetto della complessa normativa che la regola, produce ricavi per oltre un miliardo di euro l'anno per le Aziende con un saldo attivo di oltre 250 milioni di euro

L'Alpi va difesa.

La pubblicazione recente da parte del Ministero della Salute della Relazione annuale sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria - Anno 2022 -, mette ancor più in evidenza, con dovizia di dati e precisione scientifica, quanto da anni la nostra organizzazione sindacale sostiene: l'ALPI, l'attività libero professionale svolta in intramoenia dalla dirigenza sanitaria va difesa perché è esercitata nel pieno rispetto della complessa normativa che la regola, produce ricavi per oltre un miliardo di euro l'anno per le Aziende con un saldo attivo di oltre 250 milioni di euro, ha destinato, dal 2017 al 2022, oltre 350 milioni di euro all'abbattimento delle liste d'attesa, non determina l'allungamento delle liste d'attesa, rappresentando meno del 10% delle prestazioni erogate in regime istituzionale, globalmente considerate; in sostanza rappresenta una risorsa per il Ssn.

Ma andiamo con ordine.

Il Rapporto del Ministero della Salute analizza con molta attenzione l'applicazione della normativa in tema di ALPI nelle varie regioni, ed apprezza lo sforzo compiuto per rispettare quanto disposto pianificando e mettendo in atto quanto necessario. Tutte le regioni hanno individuato specifiche misure dirette ad assicurare, nel rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali, il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria, hanno prodotto ed applicato linee guida regionali per la gestione dell'ALPI, e 16 su 21 hanno costituito l'organismo paritetico con funzioni di verifica e sanzionatorie (così come stabilito dall'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra

È una risorsa per il Sistema sanitario pubblico



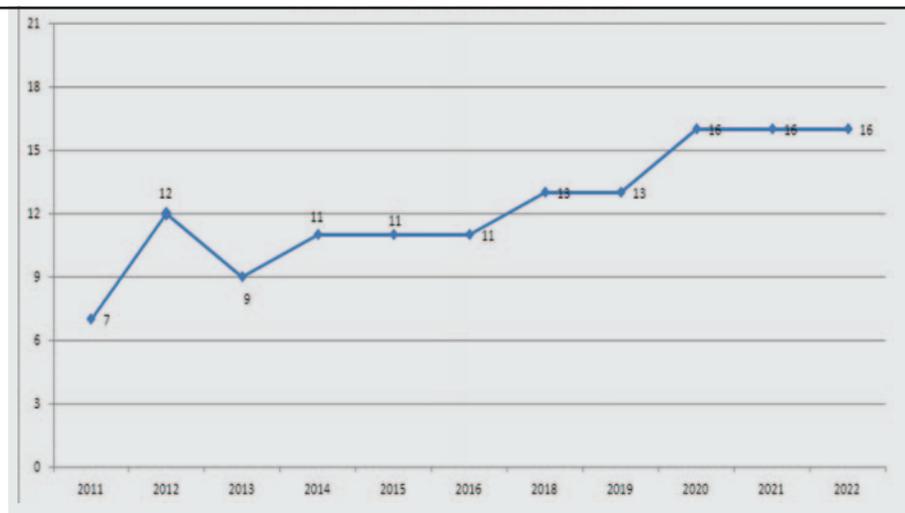
FILIPPO GIANFELICE
Coordinatore Nazionale Osservatorio Libera Professione Anao Assomed

lo Stato, le Regioni e le Province autonome in data 18 novembre 2010 – rep. Atti. N. 198/CSR) (vedi tab.1). Appare quindi assolutamente ripetitivo proporre ulteriori sistemi di verifica e controllo sull'ALPI come riproposto nell'articolo 4, comma 2 del decreto legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito in legge 29 luglio 2024, n. 107 (cosiddetto Decreto liste d'attesa) dove si ribadisce il tema del controllo sull'attività svolta in ALPI, demandandolo alle direzioni sanitarie, con le relative sanzioni in caso di messa in evidenza di irregolarità, a fronte appunto di Organismi paritetici in Regione ed Azienda già presenti e funzionanti ("2. Presso ogni azienda sanitaria e ospedaliera è in ogni caso assicurato il corretto ed equilibrato

rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale di cui all'articolo 15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. A tale fine, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa"). Altro punto sempre messo in evidenza da detrattori di questa attività è la correlazione dell'attività svolta in ALPI in

TABELLA 1
Organismi paritetici
Numero di regioni adempienti (periodo 2011-2022)

Fonte: Relazione annuale sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria - Anno 2022 Ministero della Salute





confronto a quella svolta in istituzionale: orbene, nella Relazione del ministero della salute si mette in evidenza come tutta l'attività svolta in ALPI, globalmente considerata, rappresenta l'8,3% del totale delle prestazioni ambulatoriale (4.954 milioni vs 59.682 milioni dato anno 2022) con variabili rispetto alla tipologia di prestazioni ambulatoriali (dal 3% della visita fisiologica al 33% della visita ginecologica) o strumentali (dal 1% della TAC al 36% dell'ecografia ginecologica) mentre addirittura le prestazioni in regime di ricovero sono meno dello 0,3% del totale: e questo con alcune differenze regionali (quasi il doppio in Emilia Romagna e Toscana rispetto a Campania e Calabria).

L'esiguità dei numeri sarebbe sufficiente a spiegare l'inutilità di un blocco di tale attività che nulla apporterebbe alla riduzione delle liste d'attesa. Si aggiunge a questo la rilevazione della diminuzione costante del numero dei Medici che svolgono L'ALPI.

I numeri sono significativi perché negli anni 2014-2022 si è passati da 53.000 medici che svolgevano tale attività a circa 445.000 con un rapporto percentuale fra medici in ALPI e totale dei Dirigenti medici presenti nel SSN che passa dal 44,2% al 38,5% sempre in questo arco di tempo. Le cause possono ri-

trovarsi, (come dal sondaggio svolto dall'Anao Assomed nei primi mesi dell'anno e in corso di pubblicazione), in una normativa farraginoso, dall'eccessivo carico fiscale e dalla necessità di spazi maggiori per tale attività che spingono verso l'abbandono dell'attività all'interno dell'ospedale per migrare verso strutture private

L'ALPI rappresenta inoltre un processo che si auto sostiene, producendo ricavi per le Aziende (vedi grafico 1) e rappresenta un'importante fonte di finanziamento per l'abbattimento delle liste d'attesa, essendo il 5% della tariffa destinate a tale scopo dalla legge "Balduzzi" del 2012 (articolo 2, comma 1, lettera e) del Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge 8 novembre 2012, n. 189): questo ha destinato oltre mezzo miliardo di euro negli ultimi dieci anni a tale scopo, con una crescita nell'ultimo anno di rilevanza. Altro dato che emerge e che apre molti spunti di riflessione è che la spesa procapite per le prestazioni effettuate in libera professione è pari a circa 20€ per cittadino (vedi grafico 2) e rappresenta una piccola quota (2% ca) di quanto invece viene speso per l'acquisto di prestazioni sanitarie totalmente intese "out of pocket". Il rapporto Gimbe 2023 riporta infatti una spesa procapite per prestazioni sanitarie private di ca \$920 nell'anno 2022 e in aumentata rispetto a circa 600\$ del 2020.

Appare evidente come l'attività intramuraria della dirigenza sanitaria, anche dopo la pubblicazione della Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria per l'anno 2022, rappresenti una componente attiva nell'ambito del Ssn, sia per la quota d'introiti prodotta, sia per la funzione nel contrasto e recupero della spesa sanitaria nei confronti del sistema privato. Difenderla è una scelta contro coloro che vogliono tentare di ridurla o abolirla, e non servono nuove leggi, perché già presenti e correttamente applicate.

“
L'ALPI rappresenta un processo che si auto sostiene, producendo ricavi per le Aziende e rappresenta un'importante fonte di finanziamento per l'abbattimento delle liste d'attesa

INTRAMOENIA I NUMERI



nuzione media annua di circa 1.200 unità calcolata per il periodo considerato. In ogni caso dal 2014 al 2022 il numero di medici che esercitano Alpi è diminuito di 8.209 unità di personale ossia di oltre 15 punti percentuali.

Se però si considera il rapporto tra medici che esercitano l'attività libero professionale intramuraria ed il totale medici dipendenti delle strutture sanitarie del Ssn, il rapporto così calcolato passa da un valore pari al 44,2% relativo all'anno 2014 a quota 38,5% dell'anno 2022. Se poi si considerano solo i medici con rapporto esclusivo con il Ssn, nel 2022 la quota passa al 42,3%.

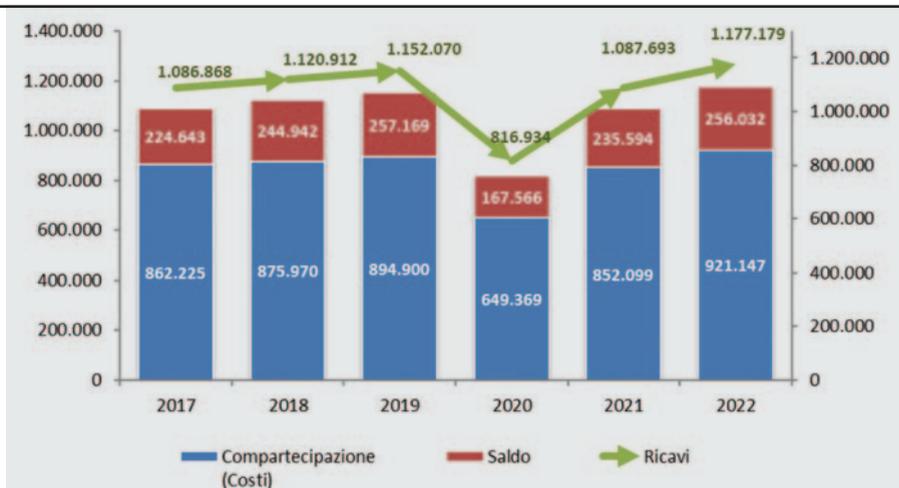
Anche in questo caso c'è un'estrema variabilità tra le Regioni, sia in termini generali di esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, con punte che superano quota 50% nelle Regioni Valle d'Aosta (66%), Veneto (53%), Piemonte (53%), Lombardia (52%) e Liguria (52%). Viceversa, il rapporto tra medici che esercitano l'Alpi sul totale dei medici in esclusività, tocca valori minimi in Regioni come Sicilia (33%), Campania (32%), Calabria (30%) Sardegna (22%), Molise (24%) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (14%). In generale, al di sotto della media nazionale si collocano gran parte delle Regioni meridionali e insulari.

Sempre in media l'83,1% dei medici nel 2022 ha esercitato l'Alpi esclusivamente all'interno degli spazi aziendali (inclusi gli spazi in locazione che, ai fini della rilevazione, erano da considerarsi propriamente spazi aziendali), l'8,0% circa esercita al di fuori della struttura ed il 8,9% svolge attività libero professionale sia all'interno che all'esterno delle mura aziendali (ad esempio attività in regime ambulatoriale svolta presso il proprio studio professionale ed attività in regime di ricovero svolta all'interno degli spazi aziendali). La quota di medici che esercita la libera professione esclusivamente all'interno degli spazi aziendali è progressivamente ed ulteriormente cresciuta negli ultimi anni (da 76% dell'anno 2014 a 83,1% dell'anno 2022) e, di contro, la percentuale di intramoenia esercitata "esclusivamente" o "anche" al di fuori dalle mura è passata dal 24% (somma di "Alpi solo esterno" e "Alpi interno ed esterno") al 16,9% nell'anno 2022. Al 31 dicembre 2022 le percentuali maggiori di attività intramoenia svolta "esclusivamente all'esterno" si registrano in Campania (31% su totale Alpi), Lazio (24%), Basilicata (24%), Piemonte (22%), Umbria (17%), Calabria (13%) e Sardegna (11%), mentre l'Alpi esercitata al di fuori delle mura è pressoché assente o nulla in Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Toscana, Veneto e nelle P.A. di Trento e Bolzano.

GRAFICO 1

Ricavi e costi Alpi In migliaia di Euro

Fonte: Relazione annuale sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria - Anno 2022 Ministero della Salute



Pronto soccorso (e non solo)

Possibili indirizzi a livello aziendale per un miglioramento delle condizioni di lavoro

L'introduzione dell'indennità di Pronto Soccorso con la legge di bilancio 234 del 30.12.2021 – fortemente voluta e proposta da Anaao Assomed – recepita per la prima volta dal nuovo Ccnl 2019-21 (art. 79 e art. 75 comma 2), ha rappresentato una piccola rivoluzione nella retribuzione dei dirigenti medici di Pronto Soccorso.

Con questa indennità i medici di Pronto Soccorso vengono formalmente considerati come categoria disagiata, a fianco di anestesisti e radiologi, che godevano già rispettivamente di otto e quindici giorni di riposo biologico annuali, oltre all'indennità di rischio mensile per i radiologi.

Se, inizialmente, il Ccnl ha previsto che l'indennità corrisponda a 1 euro/ora lordo, va precisato che tale valore è puramente indicativo, potendo essere incrementato non solo in fase di contrattazione integrativa (art. 9 co. 5 lett. m) - fatto che di per sé sottolinea ulteriormente a livello contrattuale la ratio dell'indennità quindi il disagio lavorativo stesso - ma soprattutto in base alle relative risorse regionali stanziare secondo la tab. A colonna cinque del Ccnl, ovvero distribuite fra le aziende ai sensi del confronto regionale (art. 7 co. 1 lett. j) in base alle dotazioni organiche e quindi alle ore effettivamente lavorate.

Infatti, il Ccnl consente ("tenuto conto di quanto previsto...dalla legge 197/2022", ribadito nel parere Aran ASAN 110) di accorpate tutte le risorse stanziare fino ad ora a livello nazionale, sia quelle inizialmente introdotte dalla legge 234/2021 (27 milioni di euro su cui è stato pesato l'importo di 1 euro/ora), sia le successive integrazioni con la legge di bilancio 197/2022 e il successivo "Decreto bollette" DL 34/2023 convertito nella legge 56/2023, con ulte-



MIRKO SCHIPILLITI
Coordinatore Commissione Nazionale Emergenza-Urgenza Anaao Assomed

riori 60 milioni di euro, per complessivi 87 milioni di euro annui disponibili dall'1.1.2024.

Ne risulta che il valore complessivo effettivamente erogato in busta paga può raggiungere anche 5 euro/ora (Veneto), 4,16 euro/ora (Lombardia), 4 euro/ora (Emilia Romagna), anzi di più, qualora risultino rimanenze a consuntivo che andranno redistribuite. Purtroppo nella maggior parte delle regioni la rivalutazione economica dell'indennità sta ancora vergognosamente al palo, con indennità sospese o ferme a 1 euro/ora. Tali risorse sono finalizzate, gravitano nel fondo per le condizioni di lavoro, e non possono essere destinate ad altre finalità né andare a residuo. Ma si badi bene che considerando la loro equa distribuzione da Ccnl in base alla massa salariale per regione, un maggior valore di indennità significherebbe maggiore carenza di dirigenti.

Il nostro sindacato ribadisce che l'indennità spetta ai dirigenti incardinati ovvero alle dipendenze delle UO di Pronto Soccorso, le UO 118 e i Pronto Soccorso pediatrici e che quindi svolgano l'intera attività nel servizio di emergenza-urgenza, questo al fine reale e concreto di applicare il principio della norma, nonché di riservarla per turni intesi come parte dell'orario di servizio anche a dirigenti di altre UO che affiancano i primi, che comprenda tutte le attività di gestione del paziente dall'accettazione alla dimissione ma non monospecialistiche (consulenze). In pratica spetta ai dirigenti operanti nei servizi di Pronto Soccorso e 118 espressamente inseriti nei relativi piani di lavoro. Diversamente l'indennità perderebbe la sua finalità sperequando le risorse.

In definitiva, tali valorizzazioni economiche consentono pertanto al momento – considerando ad esempio un'indennità di 5 euro/ora – un incremento stipendiale medio fino a 7260 euro annui lordi, stante l'orario ordinario su 6 giorni (per 1452 ore annue al netto delle ferie godute). Aggiungendo il già riconosciuto incremento di 20 euro di indennità di guardia notturna e festiva rispetto alle altre specialità, introdotto col precedente Ccnl 2016-2018, il complessivo incremento stipendiale può di base superare quindi gli 8mila euro annui lordi (oltre 600 euro lordi mensili medi in più per tredici mensilità) per un neoassunto in Pronto Soccorso rispetto alle altre specializzazioni (l'importo può essere ancora superiore se si considerano le indennità per maggior numero di turni notturni e festivi a carico dei medici di Pronto Soccorso e i compensi per certificazioni Inail). Un dato che non possiamo affatto nascondere se vogliamo più iscritti alle scuole di specializzazione in Medicina d'urgenza e che si riducano le dimissioni, ancora troppo poco considerato, un po' come è stato l'incremento del 27% dell'indennità di esclusività introdotto con la legge di bilancio 178/2020 e passato in sordina fra colleghi e pure voluto da Anaao Assomed. Questo incremento stipendiale non del tutto trascurabile rappresenta quindi un ristoro economico destinato, come riporta la legge 234/2021, esclusivamente "ai fini del riconoscimento delle particolari condizioni del lavoro". Ciò non toglie che la questione non può affatto chiudersi qui, poiché il ristoro economico così concepito (a ognuno la valutazione se sia adeguato) non consente di ridimensionare o appiattare il disagio sul fronte della qualità lavorativa, che continuerà a esercitare il proprio peso, non potendo ridursi tutto a un mero aspetto di mercato.



Col documento presentato dalla Commissione Emergenza Urgenza alla Direzione nazionale nel marzo 2023 erano stati analizzati accuratamente gli elementi alla base della crisi del sistema emergenza-urgenza e del disagio correlato. Il disagio lavorativo in Pronto Soccorso si articola infatti fra varie componenti sovrapposte: elevata presenza di stress lavoro correlato e burnout, superiore alle altre categorie in ambito sanitario, con lo sviluppo di malattie correlate; rischio infettivologico; orario costituito da oltre il 50% da turni notturni e festivi; frequente presenza di turni di 12 ore; elevata prevalenza di violenze e aggressioni; elevato contenzioso medico-legale; incremento dei carichi di lavoro per iperafflusso, elevato numero di prestazioni e carenza di medici anche per dimissioni; boarding; simultanea copertura PS-118 per impossibilità a garantire la rotazione tra i due servizi; lavoro in spazi inadeguati per obsolescenza, inadeguatezza, mancato ammodernamento e sovraffollamento. Si consideri del resto uno scenario generale preoccupante, con valori nazionali sulle dimissioni volontarie fra ospedalieri pari al 67% delle dimissioni totali (prevalenti nella fascia di età 44-46 anni), con i neolaureati che non vogliono ormai lavorare in Pronto Soccorso stante il 76% dei posti vacanti nelle scuole di specialità di Medicina d'Urgenza nonostante gli incrementi di posti negli ultimi anni, oltre al dato sempre più allarmante riguardo le aggressioni e violenze contro cui poco o nulla è stato fatto. Ulteriori analisi e proposte sono state presentate successivamente dal sottoscritto in rappresentanza della Commissione Emergenza Urgenza sia in Commissione Affari Sociali alla Camera (24.10.2023) che in un recente articolo su *Quotidiano Sanità* (16.5.2024).

Il nuovo Ccnl apre tuttavia possibilità di miglioramento a livello aziendale, che devono coinvolgere principalmente la parte datoriale, insistendo su più aspetti della dimensione lavorativa secondo la situazione locale, peraltro molto variegata, sia sul piano economico che organizzativo-gestionale. Ruolo del sindacato è premere sulle direzioni strategiche affinché si responsabilizzino maggiormente se non vogliono perdere ulteriori risorse umane. Le Amministrazioni sono brave a lamentarsi per non trovare specialisti, meno ad attuare autentiche strategie vantaggiose per tenersi quelli

che restano. Si entra quindi nell'alveo delle relazioni sindacali, e sarebbe opportuno che nelle delegazioni trattanti di parte sindacale sia presente un dirigente di Pronto Soccorso. Ricordiamo inoltre che sui Pronto Soccorso, che gestiscono un gigantesco volume di lavoro (poco più di 18 milioni di accessi nel 2023 rispetto ai 21 milioni del 2019, ognuno con relative prestazioni), grava un conseguente impegno economico enorme, veri e propri *stakeholder* del sistema sanitario, e spesso per la funzione meramente suppletiva rispetto ad altri servizi carenti a vario titolo, non solo territoriali ma anche intraospedalieri, se si considera la carenza posti letto e il boarding. Per questo il Pronto Soccorso rappresenta oggi anche un problema politico. Se decenni fa si trattava sostanzialmente di una sede di passaggio, ora rappresenta una fondamentale area di filtro a ogni livello – giusto o sbagliato che sia – un ruolo complessivo che deve essere pienamente riconosciuto su ogni piano.

Proviamo ad elencare e riassumere gli elementi su cui poter agire a livello aziendale per un possibile miglioramento generale delle condizioni di lavoro in Pronto Soccorso:

1. INCREMENTO DELL'INDENNITÀ DI PRONTO SOCCORSO

Considerate le risorse economiche stanziate, e le variabili delle dotazioni organiche e dei carichi di lavoro fra aziende, è possibile l'eventuale incremento dell'indennità qualora fosse necessario (contrattazione integrativa art. 9 co. 5 lett. m). Come? Il fondo per

le condizioni di lavoro a cui afferisce l'indennità è stato progressivamente implementato, sia grazie al nuovo Ccnl (art. 73 co.2 lett a) che per l'art. 1 co. 435 legge 205/2017 ("comma Gelli") già in vigore e in incremento. Inoltre, è possibile ricorrere alla quota derivata dall'introduzione nel Ccnl (art. 75 co. 4) dell'art. 1 comma 604 legge 234/2021 (184,46 euro a testa calcolati sul numero dirigenti al 31.12.2018) distribuito tra fondo risultato e fondo condizioni di lavoro, chiedendo all'Azienda di aumentare la quota sul fondo condizioni di lavoro, ad esempio portandola dal 50% all'80%, o al 100% se il fondo sia particolarmente carente. Un'azienda con 1.000 medici dispone quindi di 184.460 euro in più: per un DEA di II livello con 40 medici – ad esempio – l'incremento di 1 euro dell'indennità per l'intero anno costa circa 58mila euro (1.452 ore x 40 medici). Si ricordi bene di



pretendere un consuntivo annuo dello speso sulle indennità pagate, poiché quanto non erogato (ad esempio per malattie, dimissioni, aspettative, assenze a vario titolo) va redistribuito tra tutta l'equipe, e che esse vanno destinate solo ai dirigenti incardinati o che svolgono parte dell'orario nella turnistica insieme ai primi come da effettivi piani di lavoro, e non per l'effettuazione di consulenze. È poi palese che il ritardo tra l'introduzione della norma e il suo vincolo al rinnovo contrattuale ha di fatto impedito di poter incrementare l'indennità a livello aziendale nel 2022 e 2023 (il Ccnl è "2019-2021"), non potendo agire retroattivamente rispetto all'entrata in vigore del nuovo Ccnl nel 2024, quindi causando un danno virtuale (avremmo potuto aumentare l'indennità ma non è stato possibile). Infine, non si dimentichi che il fondo di disagio è un fondo "a consumo", ovvero con risorse "finalizzate", e che deve essere interamente speso ai sensi del Ccnl art. 73 co. 5, come gli altri due fondi. Si deve pertanto impedire la generazione di residui se non minimi, tendenti allo zero, al netto delle risorse per l'indennità di Pronto Soccorso che non può andare a residuo. L'incremento dell'indennità consente quindi anche di spendere il fondo stesso. Tuttavia, per bilanciare tale aumento, per questioni di equità è opportuno incrementare parallelamente anche l'indennità di pronta disponibilità (che invece i medici di Pronto Soccorso solitamente non svolgono), come previsto in contrattazione integrativa (art. 9 co. 5 lett. e).

2. RETRIBUZIONE DI RISULTATO

attività o accessi rispetto all'anno precedente, non essendo prestazioni di per sé programmabili. Infatti, le direzioni aziendali tendono facilmente ad attrarre a esigenze autoreferenziali quote di risorse di risultato con obiettivi studiati ad hoc, mentre il sindacato non ha un ruolo contrattualmente previsto nella definizione degli obiettivi di budget. Nell'ambito della contrattazione integrativa è tuttavia possibile proporre premialità e progettualità in corso d'anno, diversamente le amministrazioni si muoveranno in totale autonomia, ignorando le esigenze dei lavoratori. Si consideri l'importante ruolo di *stakeholder* dei Pronto Soccorso, che deve essere valorizzato.

È possibile incrementare la retribuzione di risultato per "obiettivi strategici" per il Pronto Soccorso in aggiunta agli obiettivi assegnati, considerato, ad esempio, l'incremento di talune



Va inoltre pretesa la programmazione e il pieno godimento delle ferie secondo un piano ferie previsto dal Ccnl entro il primo quadrimestre dell'anno

3. GARANZIE SUGLI INCARICHI

Pronto Soccorso. Se l'OBI o l'area critica non sempre figurano come UOS nell'atto aziendale, restano economicamente di pari valore alle relative altissime professionalità. Deve essere quindi garantito il riconoscimento di una quota minima di incarichi graduati secondo Ccnl, prevedendo anche alte specializzazioni e altissime professionalità per i medici di Pronto Soccorso come per le altre UO. Generalmente il medico di Pronto Soccorso è stato abitualmente parcheggiato con l'incarico più basso fino alla pensione.

L'art.5 del Ccnl sull'Informativa prevede che sia obbligatorio fornire le voci di spesa del fondo incarichi. È necessario quindi pretendere una mappatura degli incarichi affidati in Azienda, verificando un'equa distribuzione anche per il

4. PIANI DI LAVORO, ORARIO E PIANI FERIE

giorno in servizio, ma effettuare l'orario dovuto solo secondo l'articolazione delle turnistica. Purtroppo è stato riscontrato che fino all'entrata in vigore del nuovo Ccnl in alcune Aziende non veniva accettata una reale organizzazione da "turnisti" senza considerare che il Pronto Soccorso è un servizio che copre ogni emergenza nelle ventiquattr'ore, ciononostante chiedendo a tutti di essere sempre presenti, salvo i riposi. Il valore di 7h36m o 6h20m giornaliero è finalizzato solo ai fini amministrativi per il computo delle assenze e non sancisce l'effettiva durata della presenza in servizio né la sua obbligatorietà se le ore da piano di lavoro coprono già quanto dovuto. Inoltre, non si può continuare a pretendere orario senza garanzie, che non possono essere derubricate per interessi gestionali. Attenzione infatti a non cadere nel trabocchetto teso dall'Azienda sul limite dell'orario eccedente secondo l'art. 27 co.3: il Pronto Soccorso lavora in urgenza sempre e comunque, e per prestazioni non programmabili, pertanto l'orario timbrato fuori piano di lavoro andrebbe riprogrammato di mese in mese in multiperiodalità, ovvero entro i quattro mesi successivi (art. 31 co. 1 "lavoro straordinario") e non considerato genericamente come "utile al raggiungimento della retribuzione di risultato" non recuperabile a consuntivo annuale se entro il limite dell'algoritmo. Sta ovviamente al singolo medico sapersi organizzare la gestione delle prestazioni all'interno dell'orario programmato per non sfiorare e ai direttori una programmazione saggia e non sottomessa a interessi amministrativi, fermo restando che le urgenze e l'overlap di problematiche improvvise sono continui. Va inoltre pretesa la programmazione e il pieno godimento delle ferie secondo un piano ferie previsto dal Ccnl entro il primo quadrimestre dell'anno (art. 32 co. 16) che si deve armonizzare con l'organizzazione senza esserne soverchiato, ovvero i servizi devono riorganizzarsi specie se l'80% almeno degli accessi sono rappresentati da codici minori. È necessario non sacrificare il recupero psicofisico alla pressione degli accessi: anche la nostra salute ha un prezzo, che prima o poi pagheremo fino in fondo.

Il nuovo Ccnl fissa definitivamente che l'orario di lavoro è definito dai piani di lavoro, secondo cui vale il principio della multiperiodalità, ovvero l'esaurimento del monte ore a prescindere dalla sua distribuzione: in pratica non è necessario essere presenti ogni

5. ORARIO AGGIUNTIVO

Se l'equipe è disponibile, assicurarsi che vi siano sempre risorse stanziare per il Pronto Soccorso per la libera professione d'azienda. È più opportuno svolgere turni diurni aggiuntivi – più remunerativi – che notturni (e su cui si perde anche la relativa indennità). Ma si consideri che le risorse disponibili non cambiano: più turni diurni effettuati significa meno turni da poter pagare.

6. PERCORSI PER BASSE PRIORITÀ E ORGANIZZAZIONE DEI RICOVERI

Si tratta di due elementi fondamentali per abbattere i carichi di lavoro decongestionando il Pronto Soccorso e migliorare la qualità evitando dispersione di energie e concentrazione, riducendo errori ed eventi avversi. È un punto su cui la Commissione Emergenza Urgenza insiste particolarmente. Il miglioramento degli aspetti organizzativi è compreso fra le materie affrontate dall'Organismo paritetico, ma anche il confronto aziendale verte col nuovo Ccnl su due nuovi temi, le Linee di indirizzo per l'adozione delle misure concernenti la salute e sicurezza sul lavoro anche con riferimento alle aggressioni sul lavoro (art. 6 co. 3 lett. h) e i criteri generali per la definizione delle azioni finalizzate alla prevenzione e riduzione del rischio clinico (art. 6 co. 3 lett. j). Poiché la disorganizzazione condiziona lo stress lavoro-correlato (tutelato fra l'altro dalla legge 81/2008, punto da evidenziare ai tavoli sindacali) agire su quanto sia ad essa concatenato è essenziale: spingere le Direzioni per adottare specifici percorsi in grado di delocalizzare codici minori soprattutto per problematiche monospecialistiche e pretendere l'efficienza applicativa sui fast-track, agire contro il boarding (ad esempio adottando modelli di calcolo basati sui dati storici dei ricoveri per procedere a ricovero diretto secondo trend storico sul flusso dimissioni e all'assegnazione prestabilita di posti letto, o il "Visual hospital", la possibilità di "vedere" a schermo la disponibilità di posti letto; si veda a tale proposito la relazione della Commissione Emergenza Urgenza di marzo 2023).

7. FORMAZIONE

Il confronto aziendale (art. 6 co. 3 lett k) consente di agire sulla formazione continua, i cui fondi devono essere esplicitati ai sensi dell'art. 5 co. 4 lett. d. È necessario garantire le risorse effettive per la formazione spettanti ai dirigenti medici di Pronto Soccorso, il tempo per la formazione e l'aggiornamento professionale, inclusa la formazione sulle non-technical skills (prendere decisioni, comunicazione, leadership, consapevolezza situazionale, controllo dello stress, gestione situazioni di aggressività).

Se l'equipe è disponibile, assicurarsi che vi siano sempre risorse stanziare per il Pronto Soccorso per la libera professione d'azienda. È più opportuno svolgere turni diurni aggiuntivi – più remunerativi – che notturni (e su cui si perde anche la relativa indennità). Ma si consideri che le risorse disponibili non cambiano: più turni diurni effettuati significa meno turni da poter pagare.

Si tratta di due elementi fondamentali per abbattere i carichi di lavoro decongestionando il Pronto Soccorso e migliorare la qualità evitando dispersione di energie e concentrazione, riducendo errori ed eventi avversi. È un punto su cui la Commissione Emergenza Urgenza insiste particolarmente. Il miglioramento degli aspetti organizzativi è compreso fra le materie affrontate dall'Organismo paritetico, ma anche il confronto aziendale verte col nuovo Ccnl su due nuovi temi, le Linee di indirizzo per l'adozione delle misure concernenti la salute e sicurezza sul lavoro anche con riferimento alle aggressioni sul lavoro (art. 6 co. 3 lett. h) e i criteri generali per la definizione delle azioni finalizzate alla prevenzione e riduzione del rischio clinico (art. 6 co. 3 lett. j). Poiché la disorganizzazione condiziona lo stress lavoro-correlato (tutelato fra l'altro dalla legge 81/2008, punto da evidenziare ai tavoli sindacali) agire su quanto sia ad essa concatenato è essenziale: spingere le Direzioni per adottare specifici percorsi in grado di delocalizzare codici minori soprattutto per problematiche monospecialistiche e pretendere l'efficienza applicativa sui fast-track, agire contro il boarding (ad esempio adottando modelli di calcolo basati sui dati storici dei ricoveri per procedere a ricovero diretto secondo trend storico sul flusso dimissioni e all'assegnazione prestabilita di posti letto, o il "Visual hospital", la possibilità di "vedere" a schermo la disponibilità di posti letto; si veda a tale proposito la relazione della Commissione Emergenza Urgenza di marzo 2023).

Il confronto aziendale (art. 6 co. 3 lett k) consente di agire sulla formazione continua, i cui fondi devono essere esplicitati ai sensi dell'art. 5 co. 4 lett. d. È necessario garantire le risorse effettive per la formazione spettanti ai dirigenti medici di Pronto Soccorso, il tempo per la formazione e l'aggiornamento professionale, inclusa la formazione sulle non-technical skills (prendere decisioni, comunicazione, leadership, consapevolezza situazionale, controllo dello stress, gestione situazioni di aggressività).



Agire da parte nostra contro il disagio lavorativo consente di attrarre maggiore partecipazione e fiducia da tutti

8. ACCORDI INAIL

È bene ricordare che la nuova disciplina legislativa introdotta dalla legge di bilancio 30 dicembre 2018 n. 145 ha di fatto ridotto le risorse per i compensi Inail, rimodulandone l'erogazione, non più pagati come attività libero-professionale. Tale decremento si compensa in parte, e solo algebricamente, con l'indennità di Pronto Soccorso, abbattendone quindi il reale godimento economico. Soprattutto in assenza di un incremento delle risorse Inail a livello nazionale è opportuno vigilare sugli accordi aziendali, sulla loro tempestiva applicazione ed efficacia.

9. BURN-OUT E STRESS LAVORO CORRELATO

Il confronto aziendale e l'Organismo paritetico consentono col nuovo Ccnl di affrontare questi temi, incluso il gravoso problema delle aggressioni e quindi quali contromisure intenda adottare l'Azienda. Si vedano anche le proposte ANA-AO sul tema delle aggressioni.

10. BURN-OUT E STRESS LAVORO CORRELATO

Prevedere un dirigente di Pronto Soccorso nella delegazione trattante; pretendere il consuntivo a livello regionale delle risorse per l'indennità di Pronto Soccorso fra varie aziende attraverso le segreterie regionali (confronto regionale).

È evidente che alcune delle azioni proposte possono valere in generale per ogni tipologia di UO. Per quanto questo elenco possa rappresentare una sorta di vademecum per i segretari aziendali per indirizzi e strategie da attuare, ruolo determinante restano le reali priorità aziendali e quindi l'impegno e le tempistiche che le direzioni strategiche e le loro delegazioni trattanti vorranno dedicare a tutti questi aspetti. Diversamente aumenteranno le dimissioni e si ridurranno i nuovi specialisti disponibili, che sceglieranno altri lidi. È quindi fondamentale agire verso le Amministrazioni considerando l'equilibrio fra tutte le istanze e richieste sindacali nell'ambito generale della contrattazione integrativa e del confronto aziendale specifici per ogni Azienda, quindi agendo su tutti i piani in modo integrato per coordinarne i risultati ma senza ridurre le proprie aspirazioni a meri aspetti economici, intervenendo invece anche sulle necessità di miglioramento organizzativo. Non è facile.

Incombe una considerazione finale: la forza di un sindacato sono i suoi iscritti, minori gli iscritti nei Pronto Soccorso, minore sarà la nostra efficacia di azione. Le società scientifiche non sono attori in questo scenario. Si tratta di concetti ancora "difficili" da trasmettere a molti colleghi: se il disagio è alto deve aumentare il nostro ruolo pubblicitario ma anche la voglia di cambiare nei destinatari, poiché l'individualismo in cui molti credono non risolve i problemi, diventa parte del problema. Se non c'è coscienza partecipativa iscrivendosi a un sindacato, allora va tutto bene, significherebbe che il Pronto Soccorso non sarà una priorità per il segretario aziendale. Ma è vero anche il contrario: agire da parte nostra contro il disagio lavorativo consente di attrarre maggiore partecipazione e fiducia da tutti. Non dimentichiamoci del Pronto Soccorso.

FABIO FLORIANELLO
Responsabile Sezione Sanità
Privata Accreditata Centro
Studi e Formazione
Anaa Assomed

ROSSANA CARON
Consigliere Nazionale
Anaa Assomed

COSTANTINO TROISE
Responsabile Nazionale
Centro Studi e Formazine
Anaa Assomed

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

GLI SPECIALI DI
d!rigenza medica

IL SETTORE SANITARIO PRIVATO ACCREDITATO

PARTE SECONDA

LA SPESA

UN CONFRONTO
CON LA SPESA PRIVATA PURA

La spesa sanitaria va inquadrata nell'ambito delle dinamiche demografiche e socio-sanitarie che stanno contribuendo a determinare un profondo cambiamento della domanda e dei relativi bisogni di assistenza sanitaria, le cui traiettorie seguono un andamento ad U, secondo l'efficace descrizione della letteratura internazionale: necessità particolarmente accentuate nei primissimi anni della vita e poi nella fase di vecchiaia con accentuata concentrazione di richieste nel periodo terminale.

E l'incremento della popolazione *silver-age* (Tab. 1) merita particolare attenzione con dati che pongono il nostro Paese tra quelli ad aspettativa di vita più accentuata con inevitabili richieste di risorse.

Il Servizio Sanitario Nazionale è chiamato a dare risposte secondo un modello di sanità pubblica ispirato a principi di equità, universalità e solidarietà con finanziamento a carico della fiscalità generale attribuendo l'assistenza sanitaria non solo alle strutture pubbliche ma anche alle private accreditate così come indicato dalla stessa legge istitutiva del Ssn.

Diversamente la sanità privata pura è sostenuta dalla spesa diretta del cittadino (Out Of Pocket) o dalla cosiddetta spesa intermediata che si avvale di Fondi sanitari, Assicurazioni e Società di Mutuo Soccorso

1 IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il **finanziamento** del Ssn¹ è stato disegnato dal D.lgs. 56/2000 che ha previsto un sistema di finanziamento del Ssn basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative, stabilendo che al finanziamento del Ssn concorrono l'Irap, l'addizionale regionale all'Irpef e la compartecipazione all'Iva.

Il fabbisogno sanitario nazionale standard è pertanto finanziato dalle seguenti fonti:

■ **fiscalità generale delle regioni:** Irap (nella componente di gettito destinata alla sanità) e addizionale regionale all'Irpef. La fiscalità generale, nelle sue componenti distinte Irap ed addizionale Irpef, transita nei conti di Tesoreria. Poiché i valori di gettito dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef considerati per l'anno di riferimento costituiscono valori stimati, qualora i gettiti effettivi risultino inferiori, il differenziale è assicurato dal fondo di garanzia di

cui all'articolo 13 del D.lgs. 56/2000. Le risorse relative alle due imposte sono erogate alle regioni ogni mese integralmente (D.L. 112/2008, art. 77-quater)

■ **entrate proprie degli enti del Ssn** (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti);

Le risorse complessivamente disponibili per il Ssn² in merito alla destinazione sono:

- A** finanziamento LEA 95,6%
- B** finanziamento a Regioni e Prov. Aut. per progetti finalizzati 3,2%
- C** finanziamento a Regioni e Prov. Aut. per interventi di per emergenza sanitaria 0,02%
- D** finanziamento vincolato per altri enti 0,8% (CRI, CDP, Università, Ist. Zooprof.)
- E** accantonamenti 0,38 %

I trasferimenti statali provengono soprattutto dal gettito Iva a completamento dello scoperto degli introiti regionali attraverso l'Irap, l'addizionale Irpef e i ricavi delle Asl.

Alle Regioni spetta quindi un ruolo fondamentale nella gestione della spesa sanitaria e dunque nell'erogazione delle prestazioni a carico del Ssn da parte delle strutture pubbliche. Per quanto riguarda le strutture private il trasferimento delle spese a carico del Ssn è subordinato ai requisiti di accreditamen-



to e ai contratti di budget con le Asl come previsto dalla D.lgs. 502/1992 che ha avviato un regime concorrenziale fra strutture pubbliche e private nell'offerta dei servizi sanitari.

1 In sintesi:

A Il finanziamento del Ssn è affidato alla fiscalità generale, salvo il contributo richiesto in taluni casi per l'acquisto di medicinali, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche (ticket).

B Il Fondo sanitario nazionale assegna le risorse alle Regioni e Province Autonome che a loro volta trasferiscono le risorse alle Asl e alle strutture private accreditate per fornire servizi ai cittadini.

2 Le Regioni stabiliscono per il Privato Accreditato un limite di spesa massima per prestazioni che ogni singola struttura potrà svolgere durante l'anno. Ogni singola prestazione erogata verso il paziente viene sottoposta a verifica amministrativa, di appropriatezza di compatibilità della committenza e pagata dopo 60 giorni. Le prestazioni che non superano le verifiche o che sono oltre la committenza non sono pagate.

3 In conclusione il Privato Accreditato è pagato ex post con i limiti di una committenza mentre il Sistema Pubblico è pagato ex ante e le verifiche non hanno ricadute economiche.

1 "Le fonti del finanziamento del Ssn" (Camera dei Deputati)

2 Elaborazione su dati Min. Salute

3 Da non confondere la "spesa" con le "prestazioni": queste negli ultimi tre anni sono passate dal 27,9% al 34,9%. In particolare Nord-Ovest da 22,6% a 29,9%; Nord-Est da 20,7% a 26,5%; Centro da 31,6% a 39,3%; Sud-Isole da 33,2% a 40,7% (Fonte Censis/Aiop 21° Rapporto Annuale 2023)

2 LA SPESA SANITARIA³

Premessa

In merito alla spesa sanitaria corrente, vengono prese come riferimento due definizioni: quella di Contabilità Nazionale (CN) e quella di Conto Economico (CE). La prima è adottata dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e contabilizza i costi per la produzione dei servizi sanitari da parte di un qualsiasi ente facente parte della Pubblica Amministrazione. La seconda definizione si riferisce ai dati rilevati mediante il modello di Conto Economico degli Enti del Ssn individuati dall'articolo 19, lettere b) e c) del decreto legislativo n. 118/2011, ed è presa a riferimento dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali.

I due aggregati di spesa sono in larga parte sovrapponibili, ma presentano alcuni elementi di differenziazione in merito alle modalità di contabilizzazione e di registrazione di alcune poste. Ne sono un esempio i costi sostenuti dagli enti sanitari locali per l'acquisto di beni e servizi da altre Amministrazioni Pubbliche, presi in considerazione dalla Spesa Sanitaria di CE ma non da quella di CN.

Una sostanziale diversità tra i due aggregati di spesa riguarda i criteri conta-

bili di registrazione cui fa riferimento anche il Ministero della Salute. Il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali considera i costi per la produzione dei servizi sanitari sostenuti nell'anno corrente secondo il principio della competenza economica, consolidando i valori a livello regionale. L'Istat, invece, registra i suddetti costi secondo specifici criteri definiti dal SEC/Sistema Europeo dei Costi (da Banca Dati Amministrazioni Pubbliche). Le diverse impostazioni e le diverse date di rilevazione giustificano alcune variabilità nei report di spesa corrente che vengono pubblicati in valori assoluti e percentuali. Il periodo analizzato riguarda il decennio 2010-2021 con estensione al 2022, laddove i dati pubblicati lo consentono, per un utile approfondimento sull'andamento tendenziale della spesa. Riportiamo inoltre alcuni dati di spesa relativi alla sanità privata pura o privata-privata per un completamento della analisi sulla spesa sanitaria nel nostro Paese.

La **Spesa Sanitaria complessiva** del Paese comprende la spesa del Ssn e la spesa sanitaria privata pura o privata-privata: nel 2010 ammontava a 143.759 mln.; nel 2021 è stata di 171.500 mln.; nel 2022 è stata di 174.400 mln.

A. SPESA SANITARIA/SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Comprende la quota relativa alle strutture pubbliche e alle strutture private accreditate. Nel 2010 la spesa totale Ssn è stata di 113.168 mln. di cui 23.453 mln per le prestazioni erogate dal privato accreditato; nel 2021 è stata di 130.600 con 27.426 mln agli accreditati e nel 2022 su un totale Ssn di 132.900 mln agli accreditati sono andati 27.643 mln. (Grafico 1 e 2).

SPESA OSPEDALIERA/SSN:

Strutture pubbliche e private accreditate (Grafico 3 - 4)

La spesa ospedaliera totale sommando le diverse tipologie di ricovero (acuti, riabilitativa, lungodegenza), ammonta nel 2010 a € 30.946.771.234 di cui € 22.601.120.847 (73,0 %) nel pubblico e € 7.903.897.736 (27,0 %) nel privato.

Nel 2021 la spesa ammonta a € 26.317.151.541 di cui € 18.413.253.805 (70,0 %) nel pubblico e € 7.903.897.736 nel privato (30,0 %). Nel 2022 la spesa è di € 27.004.397.025 di cui € 18.824.977.079 (69,7 %) nel pubblico e € 8.179.419.946 (30,3 %) nel privato.

In particolare la spesa relativa alle strutture pubbliche diminuisce notevolmente in tutte le tipologie di ricovero

Il settore sanitario privato accreditato. La spesa

Spesa/Acuti (compresi DH)	Spesa/Post Acuti Riabilitativa	Spesa/Post Acuti Lungodegenza
2010 € 28.165.265.246 <ul style="list-style-type: none">• 21.770.265.753 (77,3 %) strutture pubbliche• 6.394.999.493 (22,7 %) strutture private (Equiparate 2.621.526.110 e 3.773.473.383 in Case di Cura)	2010: € 2.309.694.095 <ul style="list-style-type: none">• 601.753.692 (26,1 %) strutture pubbliche• 1.707.940.403 (73,9 %) strutture private (Equiparate 611.612.171 e 1.096.328.232 in Case di Cura)	2010: € 471.881.893 <ul style="list-style-type: none">• 229.101.401 (48,6 %) strutture pubbliche• 242.710.492 (51,4 %) strutture private (Equiparate 6.837.484 e 235.873.008 in Case di Cura)
2021 € 24.478.541.453 <ul style="list-style-type: none">• 18.000.224.793 (73,5 %) strutture pubbliche• 6.478.316.660 (26,5 %) strutture private (Equiparate 2.538.885.273 e 3.939.431.387 in Case di Cura)	2021 € 1.601.432.778 <ul style="list-style-type: none">• 325.208.140 (20,3 %) strutture pubbliche• 1.276.224.638 (79,7 %) strutture private (Equiparate 393.795.574 e 882.429.064 in Case di Cura)	2021: € 237.167.311 <ul style="list-style-type: none">• 87.820.872 (37,0 %) strutture pubbliche• 149.356.438 (63,0 %) strutture private (Equiparate 6.300.017 e 143.056.421 in Case di Cura)
2022 € 25.031.798.383 <ul style="list-style-type: none">• 18.378.900.344 (73,4 %) strutture pubbliche• 6.652.898.039 (26,6 %) strutture private (Equiparate 2.648.916.324 e 4.003.981.715 in Case di Cura)	2022 € 1.722.080.405 <ul style="list-style-type: none">• 356.230.086 (20,7%) strutture pubbliche• 1.365.850.319 (79,3%) strutture private (Equiparate 413.997.753 e 951.852.566 Case di Cura)	2022: € 250.518.237 <ul style="list-style-type: none">• 89.846.649 (35,9 %) strutture pubbliche• 160.671.588 (64,1 %) strutture private (Equiparate 6.834.027 e 153.837.561 in Case di Cura)

fino al 2021 e registra un lieve incremento nel 2022. Per gli accreditati la spesa è incrementata nei ricoveri per acuti fino al 2021 con diminuzione dei post acuti, mentre si va ad incrementare per tutte le tipologie di ricovero nel 2022.

In sintesi dal 2010 al 2022 la spesa ospedaliera del Ssn diminuisce in complesso di oltre 3.900 mln. quasi tutti a carico delle strutture pubbliche (-3.776 mln.) mentre la spesa per il privato accreditato diminuisce di circa 167 mln. Nei dati sotto riportati manteniamo la distinzione delle strutture private in Equiparate e Case di Cura secondo quanto previsto dalla Classificazione del Ministero della Salute.

■ SPESA PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE

La spesa totale Ssn per la Specialistica Ambulatoriale (Attività Clinica, Laboratorio, Diagnostica, ecc.) registra un'ampia variabilità tra Regioni: definizione delle prestazioni incluse nei nomenclatori, livelli tariffari, logiche di revisione tariffaria correlate ai costi e alle scelte di politica sanitaria quali, ad esempio, l'erogazione di alcune procedure che passano dall'assistenza ospedaliera a quella ambulatoriale, risorse disponibili, contratti con i diversi operatori. L'incidenza % della spesa totale SSN per la specialistica ambulatoriale del privato accreditato è del 12,7% nel 2010, del 13,8% nel 2021 e 13,9 nel 2022.

In valore assoluto dai 14.461 mln del 2010 si passa ai 18.153 mld del 2021 e ai 18.473 del 2022.

CONCLUSIONI

La spesa totale Ssn per l'assistenza erogata dalla sanità privata accreditata comprendente l'attività ospedaliera e quella ambulatoriale (Grafico 5) passa dal 22.807 mln del 2010 a 26.057 mln. del 2021 a 26.653 del 2022 mln. (Grafico 6) Ampia la variabilità regionale ben evidenziata in termini percentuali e di spesa pro capite sia nell'assistenza ospedaliera che specialistica ambulatoriale. (Tab. 2 - 3 - 4)

B. SPESA SANITARIA PRIVATA PURA O PRIVATA-PRIVATA

A completamento della analisi sulla spesa sanitaria è utile riportare i dati riguardanti la **spesa sanitaria privata pura** (Grafico 7 e 8) che comprende la spesa sanitaria intermediata (Fondi Sanitari Assicurazioni, Società di Mutuo Soccorso) e la spesa sanitaria out-of-pocket (OOP) a carico dei cittadini. Quest'ultima comprende visite specialistiche, servizi diagnostici, servizi odontoiatrici, infermieristici, farmaci extra Ssn, ticket sanitari, prodotti medicali, attrezzature quali protesi auditive, occhiali, e quote non rimborsate dalle assicurazioni. (Tab. 5 - Grafico 9)

■ **Nel 2010** la spesa sanitaria privata è stata di 30,5 mld pari al 21,3% della spesa sanitaria totale che ammontava a 143.759 mld di cui 113,168 di spesa a carico del Ssn. In particolare la OOP è stata di 28,5 mld e l'intermediata di 2,0 mld.

■ **Nel 2021** la spesa privata è salita a 40,9 mld, ossia il 23,8% della spesa sanitaria totale di 171,5 mld di cui 130,600 di spesa SSN, mentre la spesa sanitaria OOP è stata di 40,500 mld di cui 36,5 mld e 4,4 mld di spesa intermediata.

Estendendo l'analisi al **2022**, ultimo anno di dati attualmente disponibili, la spesa privata ha raggiunto quota 41,500 mld (24 %) con 36,832 mld OOP e 4,700 mld intermediata su una spesa sanitaria complessiva di 174,400 mld, di cui 132,900 mld a carico del Ssn. Da tenere in considerazione la spesa per compartecipazioni o ticket sanitari che dai 2,2 mld del 2010 passano a 2,9 mld del 2022. (Tab. 6)

PER GRAFICI E TABELLE CONSULTARE IL QR CODE



La prima parte è stata pubblicata sul numero 7/2024 di *Dirigenza Medica*

È illecito estendere la pronta disponibilità anche per turni diversi da quelli notturni e festivi

L'ANAAO A TUTELA DEI DIRITTI DEI PROPRI ISCRITTI

La diffida contro il parere Aran

L'estensione della pronta disponibilità a turni diversi da quelli notturni e festivi, condizione non prevista dal CCNL vigente, non deve diventare oggetto di Confronto Aziendale e, più in generale, non deve essere attuata perché illecita.

Questo in sintesi il principio della diffida che l'Anaa Assomed ha inviato alle Aziende sanitarie segnalando la palese difformità degli indirizzi attuativi contenuti nel parere ARAN (ASAN n. 116 del 2024) rispetto al contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari.

L'Anaa Assomed, a tutela dei diritti dei propri iscritti, è pronta a mettere in campo tutte le azioni sindacali e legali necessarie nei riguardi delle Aziende e dei singoli Dirigenti Aziendali firmatari di provvedimenti illeciti, nel caso venissero violati i principi contrattuali.

ECCO LE MOTIVAZIONI DELLA DIFFIDA

ERRORE INTERPRETATIVO PER ASSENZA DELLA DISPOSIZIONE

L'interpretazione attuativa presente in tale nota è in totale difformità con il dettato letterale delle norme contenute nel comma 3 dell'art. 30 del CCNL 23.01.2024 dell'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario.

Motivazione

Il sopra citato comma 3 dell'art. 30 del CCNL vigente sancisce in modo esplicito che: "Il servizio di pronta disponibilità va limitato ai turni notturni ed ai giorni festivi garantendo il riposo settimanale. Tale servizio può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia di cui al presente CCNL..." La perentorietà di tale norma viene avallata in modo ineludibile dal dettato del comma 10 dello stesso art. 30 del CCNL vigente (citato nel parere ARAN) che disapplica l'art. 27 del CCNL 19.12.2019 fra cui in particolare il comma 3 che stabiliva che: "... il servizio di pronta disponibilità va limitato ai turni notturni e ai giorni festivi garantendo il riposo settimanale, fatto salvo quanto previsto al comma 2 dell'art. 6 bis (Organismo Paritetico)...". In conseguenza di tale disapplicazione, mentre nel precedente CCNL il testo nazionale ammetteva una possibilità di deroga da parte dell'Organismo Paritetico Aziendale alla limitazione dell'organizzazione della pronta disponibilità, in nessun articolo del testo contrattuale vigente è presente la possibilità di deroga a tale disposizione. Tale regola, innovativa nella sua perentorietà rispetto al precedente CCNL, deve essere considerata l'asse portante dell'organizzazione del lavoro in pronta disponibilità e pertanto costituisce un limite invalicabile nell'applicazione del CCNL.

ILLOGICITÀ DELL'IPOTESI DI TRASFERIMENTO AL CONFRONTO AZIENDALE DELLA DEROGA

La logica esplicitata nel suddetto parere ARAN a giustificazione della possibilità di trasferimento al livello Aziendale della deroga a quanto sancito dal comma 3 dell'art. 30 del CCNL vigente è infondata.

Motivazione

Il testo del parere ARAN (ASAN 116/2024) asserisce che: "...la estensibilità del servizio di pronta disponibilità a turni diversi da quelli notturni e festivi è confluita, nel nuovo CCNL 2019-2021, nella più ampia materia di confronto aziendale di cui all'art. 6 comma 3 lett. l) che fa riferimento ai criteri generali sulla programmazione dei servizi di pronta disponibilità e di guardia, fermo restando l'onere a carico del relativo fondo". Il fatto che i firmatari del vigente CCNL abbiano ritenuto che la micro organizzazione del lavoro nelle Aziende e soprattutto i criteri generali sulla programmazione dei servizi di pronta disponibilità e di guardia, oggetto di possibile discussione e di eventuali deroghe alle norme nazionali nel precedente CCNL, siano state trasferite nel nuovo CCNL fra le materie oggetto di Confronto Aziendale (comma 3, lett. L dell'art. 6) esclude l'automatico trasferimento in tale sede anche della possibilità di eventuale deroga al dettato del comma 3 dell'art. 30 del CCNL vigente e comunque non li rende esenti dal rispetto delle norme contrattuali nazionali vigenti. La differenza fondamentale su tale materia fra i due CCNL è che nel CCNL del 19.12.2019 la possibilità di deroga al livello aziendale alla norma nazionale che sanciva che: "Il servizio di pronta disponibilità va limitato ai turni notturni ed ai giorni festivi" era già prevista nel testo del CCNL, mentre nel CCNL vigente non è prevista alcuna possibilità di deroga al livello aziendale a tale norma.

CONSEGUENZE ATTUATIVE DEL PARERE ARAN

Il CCNL 2019-2021 dell'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario ha perseguito soprattutto i seguenti due obiettivi:

- Riduzione del disagio lavorativo;
- Incremento della certezza e correttezza attuativa delle norme contrattuali.

In conseguenza di ciò, è stata ridotta o addirittura annullata la discrezionalità attuativa aziendale di buona parte delle norme contrattuali nazionali foriere di possibile disagio lavorativo, che pertanto sono diventate perentorie nei limiti attuativi senza alcuna possibilità di deroga al livello aziendale. L'interpretazione palesemente errata proposta dall'ARAN nell'ASAN 116/2024 è in assoluta controtendenza rispetto ai due obiettivi perseguiti dalle parti nella Contrattazione Nazionale.

Il suggerimento fornito alle Aziende di trasferire in sede di Confronto Aziendale la possibilità di deroga di una norma pattizia nazionale che prevede un limite perentorio organizzativo in assenza di una norma nazionale che preveda tale deroga, le espone alle seguenti attuazioni illecite:

- Palese violazione del comma 3 dell'art. 40 del D. Lgs 165/2001 che sancisce che: "Le pubbliche amministrazioni non possono sottoscrivere in sede decentrata contratti collettivi integrativi in contrasto con vincoli risultanti dai contratti collettivi nazionali o che comportino oneri non previsti negli strumenti di programmazione annuale e pluriennale di ciascuna amministrazione. Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate."
- Violazione dei principi e delle norme nazionali che stanno alla base delle relazioni sindacali. Infatti viene ipotizzato che una norma pattizia nazionale, in assenza di esplicito permesso

nel CCNL, possa essere modificata al livello aziendale da parte di un organismo solamente consultivo e non pattizio in cui l'azienda può fare prevalere la propria volontà anche in assenza di accordo.

- Grave perdita di valore del principio della "Correttezza attuativa", base fondamentale su cui si fonda la credibilità dei Contratti Nazionali nel Pubblico Impiego e i rapporti fra Parte Pubblica e Parte Sindacale.
- Violazione di quanto disposto dal comma 11 dell'art. 27 del CCNL vigente che sancisce che: "... Con l'articolazione del normale orario di lavoro nell'arco delle dodici ore di servizio diurne la presenza è destinata a far fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza che avvengono nel medesimo periodo orario ...".
- Possibile violazione dei limiti numerici di Pronte disponibilità eseguibili previsti dal comma 6 dell'art. 30 del CCNL vigente, con conseguente accentuazione del "disagio lavorativo".

In considerazione di quanto sopra espresso

SI DIFFIDANO

le direzioni generali dal far diventare l'estensibilità del servizio di pronta disponibilità a turni diversi da quelli notturni e festivi, condizione non prevista dal CCNL vigente, oggetto di Confronto Aziendale e comunque dalla sua attuazione illecita. In caso di voluta violazione malgrado diffida, la suddetta Associazione, firmataria del CCNL vigente, si riserva di attuare tutte le azioni sindacali e legali possibili nei riguardi delle Aziende e dei singoli Dirigenti Aziendali firmatari di provvedimenti in merito illeciti a tutela dei propri diritti come Organizzazione Sindacale e dei propri iscritti.

La profilazione genomica delle neoplasie linfoidi (Parte 2)

Uno strumento potente per il clinico nella diagnosi, prognosi e terapia



MARINA TARSITANO
Responsabile
Dirigenza
Sanitaria Anaao
Campania

IL LINFOMA FOLLICOLARE

È una neoplasia derivata dai linfociti B centro germinali ed è il linfoma a cellule B indolente più comune. Rimane una neoplasia non curabile, ma la sopravvivenza complessiva è fino a 20 anni. Una caratteristica chiave del FL è la traslocazione t(14;18) (q32;q21) che produce un gene di fusione IGH::BCL2. Recentemente, la classificazione WHO ha riconosciuto entità uniche di FL, come il neoplasma follicolare a cellule B in situ, il FL di tipo duodenale, il linfoma follicolare delle cellule cutanee primarie, il FL di tipo pediatrico e il FL testicolare. Una variante distintiva di linfoma follicolare diffuso (FLd) priva di traslocazione t(14;18) è stata descritta per la prima volta nel 2009. In uno studio recente, l'analisi NGS ha identificato due cluster molecolari: uno era caratterizzato da mutazioni di *TNFRSF14*, e l'altro mostrava poche alterazioni genetiche, un sottogruppo con mutazioni di *STAT6* e di *CREBBP* senza *TNFRSF14* e mutazioni di *EZH2*. Questi risultati suggeriscono che il FLd potrebbe rappresentare un sottotipo di FL negativo per la traslocazione t(14;18). Il FL gastrointestinale, specialmente il FL di tipo duodenale (DTFL), si verifica frequentemente come FL extranodale. Questo linfoma è comunemente trovato nella seconda parte del duodeno e mostra un comportamento clinico indolente. È morfologicamente e immunofenotipicamente indistinguibile dal FL tipico. L'uso della NGS ha permesso di dimostrare che le frequenze di mutazione dei geni ricorrentemente mutati, inclusi *TNFRSF14*, *CREBBP* ed

EZH2, non erano significativamente diverse dal FL tipico, ma *KMT2D* era meno comunemente mutato nel DTFL. Il LF di tipo pediatrico (PTFL) si verifica in pazienti più giovani e mostra una preferenza per la testa e il collo. Alcuni studi hanno utilizzato tecnologie NGS per descrivere un profilo genomico specifico in PTFL distinto da quelli di altri linfomi. *TNFRSF14* e *MAP2K1* sono i geni più frequentemente riportati come mutati in PTFL. Uno o l'altro è presente in circa l'80% dei casi, ma di solito non si presentano contemporaneamente. Questo risultato indica che entrambi i geni sono essenziali per la patogenesi di PTFL.

La caratteristica che distingue il LF da altri linfomi a cellule B è l'alta frequenza di mutazioni nei geni che modificano la cromatina, come il gene *KMT2D* più frequentemente mutato (72%), seguito da *CREBBP* (65%) ed *EP300* (15%). Le varianti geniche di *EZH2* si trovano nel 25% dei casi di FL ed avendo una rilevanza prognostica, attualmente vengono studiate come un potenziale bersaglio terapeutico. Le mutazioni nel gene *EZH2* determinano l'interruzione del differenziamento dei linfociti B in plasmacellule. I ricercatori stanno sviluppando farmaci inibitori per *EZH2*. In uno studio di fase II recente, tazemetostat, un inibitore orale di *EZH2*, ha mostrato attività antitumorale nei pazienti con FL recidivo o refrattario.

Il linfoma del mantello (MCL) rappresenta circa il 6% dei casi di NHL. La malattia presenta due presentazioni cliniche: il MCL convenzionale (cMCL) (90% dei pazienti), che di solito ha un

corso clinico aggressivo (cellule SOX-11 positive e una sequenza non mutata di *IGHV*), e una presentazione clinica indolente (10% dei pazienti), che generalmente si presenta come fase leucemica non nodale (nnMCL) (SOX-11 negativo, mutazioni di *CCND1* e *TLR2* e ipermutazione somatica di *IGHV*). Il MCL è tipicamente una neoplasia linfocitaria B aggressiva e incurabile, ma alcuni pazienti possono seguire un corso clinico indolente. Il MCL è caratterizzato dalla traslocazione t(11;14) (q13;q32), che porta alla sovra-espressione di Ciclina D1 (*CCND1*), che viene rilevata in quasi il 95% dei casi. I pochi casi senza questo riarrangiamento di *CCND1* sono caratterizzati da traslocazioni che coinvolgono i geni *CCND2* o *CCND3*. Alcuni studi hanno identificato in tumori aggressivi con una prognosi infausta varianti geniche in *ATM*, nel soppressore tumorale *TP53*, ed in *NOTCH2*. Il "MIPI" (Indice Prognostico Internazionale del MCL) si basa su indicatori dello stato di salute, dell'età, dei livelli di lattato deidrogenasi (LDH) e del conteggio dei globuli bianchi. Recentemente per affinare questo punteggio si considera anche il "MIPI genetico" (MIPIg). Il MIPIg è associato a un aumento del rischio di progressione e morte quando sono presenti mutazioni di *KMT2D* e delezione o mutazione di *TP53*. Alla diagnosi, la frequenza delle mutazioni di *TP53* è di circa il 11-25%, ma aumenta al 45% alla ricaduta. La delezione di *TP53* (determinata dalla ibridazione in situ mediante fluorescenza, FISH) e le mutazioni di *TP53* sono state associate ad una peggiore sopravvivenza. Alcuni ricercatori hanno studiato il profilo genomico di un sottoinsieme di pazienti che hanno sviluppato progressione della malattia o trasformazione della malattia durante il trattamento con ibrutinib. Utilizzando la tecnologia NGS mirata, i ricercatori hanno rilevato alterazioni di *TP53* e di *NSD2* (gene modificatore della cromatina) nel 75% dei pazienti che determinano una resistenza al trattamento con ibrutinib e ad una progressione della malattia.

Il linfoma di Burkitt (BL) è un NHL delle cellule B mature altamente aggressivo caratterizzato da una rapida proliferazione. Costituisce l'1-2% dei linfomi negli adulti, mentre è una neoplasia pediatrica comune. Storicamente, sono stati descritti tre varianti cliniche di BL e sono attualmente riconosciute dalla classificazione dell'Oms: endemica, non endemica o sporadica e associata all'immunodeficienza. I tre

sottotipi presentano caratteristiche morfologiche e immunofenotipiche identiche, ma sono clinicamente ed epidemiologicamente differenti. Una caratteristica distintiva del BL è la sovraespressione costitutiva di *MYC* dovuta a una traslocazione di questo oncogene insieme a uno dei tre geni immunoglobulinici situati sui cromosomi 14, 2 e 22, rappresentando rispettivamente circa l'80%, il 15% e il 5% dei casi. Tuttavia, la deregolazione di *MYC* non è sufficiente per la linfomagenesi. Pertanto, altre alterazioni genetiche sono state rilevate tramite tecniche di NGS. Distinguere il linfoma di Burkitt dagli altri linfomi a grandi cellule B ad alto grado (HGBCLs) è una sfida importante nella pratica clinica che deve essere affrontata. Gli studi sul profilo dell'espressione genica hanno rivelato una firma distintiva del linfoma di Burkitt. Esaminando il profilo genomico del linfoma di Burkitt, si riconoscono mutazioni inattivanti nei geni soppressori tumorali, come *TP53*, *CDKN2A* e *DDX3X*. Gli effetti della migrazione e disseminazione cellulare sono in parte dovuti all'inattivazione di *P2RY8* e *GNAI3*, mentre i livelli elevati di proliferazione sono dovuti non solo all'attivazione di *CCND3*, ma anche all'inattivazione di *CDKN2A*. Sebbene vari geni regolatori della cromatina siano ricorrentemente mutati nel linfoma di Burkitt, mutazioni in *EZH2*, *CREBBP* e *KMT2D* sono raramente osservate, a differenza del DLBCL del centro germinale a grandi cellule B. La nuova classificazione dell'Oms raccomanda che il linfoma di Burkitt positivo e negativo per il virus di Epstein-Barr (EBV) siano riconosciuti come entità distinte. Il linfoma di Burkitt positivo per EBV mostra livelli significativamente più elevati di mutazioni aberranti durante la progressione della malattia, in particolare nei geni coinvolti nei processi apoptotici.

LEUCEMIA LINFATICA CRONICA

La leucemia linfocitica cronica (CLL) è un disturbo linfoproliferativo caratterizzato dalla proliferazione clonale e dall'accumulo di linfociti B maturi, tipicamente CD5+, nel sangue, midollo osseo, linfonodi e milza. Più dell'80% dei casi di CLL presenta qualche anomalia citogenetica e la loro rilevazione mediante FISH stratifica i pazienti in diversi gruppi di rischio: la delezione sul braccio lungo del cromosoma 13 (del(13q)) si verifica in circa il 55% dei

casi; la trisomia 12 è la seconda aberrazione cromosomica ricorrente più frequente (10-20% dei casi); le delezioni sul braccio lungo del cromosoma 11 (del(11q)) sono presenti in circa il 25% dei pazienti non trattati con chemioterapia con malattia avanzata e nel 10% dei pazienti ad esordio di malattia; e la delezione sul braccio corto del cromosoma 17 (del(17p)) si verifica nel 5-8% dei pazienti non trattati con chemioterapia. Solo quest'ultima anomalia è considerata un fattore prognostico significativamente negativo. Altre anomalie ricorrenti frequenti nella CLL includono la delezione del 6q (5%) e il guadagno del 2p (5-16%). L'ipermutazione somatica della regione variabile della catena pesante dell'immunoglobulina (IGHV; < 98% di similarità della sequenza IGHV, CLL mutata, M-CLL) conferisce una prognosi migliore rispetto all'assenza di mutazione (CLL non mutata, U-CLL). Recentemente, la mutazione IGLV3-21R110 riscontrata nel 5-15% della CLL, può conferire una prognosi sfavorevole, indipendentemente dallo stato mutazionale di IGHV. Le mutazioni TP53 si trovano nel 4-37% dei casi di CLL. Possono verificarsi da sole o, più frequentemente, in combinazione con del(17p). Sono state associate a chemio-resistenza e ridotta sopravvivenza complessiva (OS). Gli studi di NGS hanno contribuito a identificare mutazioni in altri geni con rilevanza prognostica, come *BIRC3*, *NOTCH1*, *SF3B1*, *MYD88*, *ATM*, *FBXW7*, *POT1*, *NF-BIE*, *CHD2*, *RPS15*, *IKZF3*, *ZNF292*, *ZMYM3*, *ARID1A* e *PTPN11*. La trasformazione di Richter è definita come una trasformazione della CLL in un linfoma aggressivo, più comunemente linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL). Questi pazienti tipicamente hanno una risposta scarsa alla chemioterapia tradizionale rispetto al DLBCL de novo. Inoltre, il loro pattern di mutazioni è diverso da quello del DLBCL non altrimenti specificato (NOS). Il rischio di trasformazione di Richter è stato associato alla terapia precedente, alla CLL non mutata (U-CLL), alle mutazioni *NOTCH1*, *del(17p)* e *del(11q)*. Le mutazioni in *BTK*, *PLCG2* e *CARD11* sono state associate alla resistenza agli inibitori di *BTK*, mentre le mutazioni in *BCL2* sono state collegate alla resistenza al venetoclax. Pertanto, la scelta tra immunochimioterapia e terapie mirate per la CLL dipende fortemente dallo stato di *17p/TP53* e *IGHV*. Anche se la scelta del trattamento non richiede necessariamente dati di sequenziamento, questi dati dovrebbero essere integrati nella decisione e nel follow-up. Dunque, di-

verse aberrazioni genetiche influenzano negativamente la prognosi, sembrano conferire una risposta peggiore alla chemioterapia convenzionale e potrebbero essere utili quando si considerano altre opzioni di trattamento basate sull'inibizione di *BTK* o *BCL2*. Un pannello ideale di NGS per la CLL dovrebbe integrare la rilevazione dell'ipermutazione somatica di *IGHV*, mutazioni geniche e variazione di numero di copie (CNV).

CONCLUSIONI

Appare evidente, che grazie alla profilazione genomica in campo onco-ematologico, i dati molecolari hanno permesso una migliore diagnosi delle neoplasie linfoidi e fanno ora parte dei criteri diagnostici. La tecnologia NGS consente la rilevazione simultanea di molteplici alterazioni, mutazioni, alterazioni del numero di copie e aberrazioni strutturali, e questa profilazione genomica può essere combinata con la morfologia e l'immunofenotipizzazione a fini non solo della diagnosi, ma anche della prognosi e terapia delle neoplasie linfoidi. La capacità di sequenziare l'intero esoma o genoma sta crescendo costantemente. Tuttavia, attualmente un pannello personalizzato è l'opzione più accessibile per ampliare l'applicabilità di questo approccio. Pannelli mirati consentono l'analisi di un piccolo numero di geni in maggiore profondità, con maggiore sensibilità ed a un costo inferiore. Dunque la standardizzazione della gestione dei campioni, della composizione dei pannelli in NGS, delle procedure di sequenziamento, dell'analisi bioinformatica e dell'interpretazione delle varianti per produrre sono prerequisiti per l'implementazione della NGS nei laboratori ospedalieri e che diventa uno strumento clinico utile. A differenza infatti delle tecniche di sequenziamento tradizionali, come il metodo Sanger, l'NGS può analizzare milioni di frammenti di acidi nucleici contemporaneamente e la sua capacità di fornire dati dettagliati e completi in tempi rapidi lo rende uno strumento indispensabile per la ricerca biomedica e la medicina personalizzata che si potrà realizzare solo grazie alla stretta collaborazione tra i Dirigenti Sanitari ed i Dirigenti Medici.

“
L'NGS può analizzare milioni di frammenti di acidi nucleici contemporaneamente e la sua capacità di fornire dati dettagliati e completi in tempi rapidi lo rende uno strumento indispensabile per la ricerca biomedica e la medicina personalizzata

Uno sforzo sociale per cambiare la percezione che i cittadini hanno degli operatori sanitari

Occorre intervenire su tre direttrici principali:

1. La sicurezza dei luoghi di cura

È inammissibile che in luoghi definiti 'sensibili' perfino da alcuni questori, quali ospedali, reparti di psichiatria, guardie mediche, non esista un filtro per l'accesso controllato, che eviti quantomeno l'affollarsi di pazienti e familiari. Occorre pertanto investire le Direzioni Generali di responsabilità e strumenti perché assicurino il rispetto del dgl 81/2008, legge che regolamenta la sicurezza sui luoghi di lavoro, affinché venga ripristinato un accesso controllato e venga garantita, con tutti i mezzi possibili, la sicurezza ambientale, personale e strutturale.

2. Investire sul personale

L'annoso problema della carenza di personale inevitabilmente provoca un ritardo nell'erogazione di cure e che di certo esacerba il sentiment di cittadini compressi e alla ricerca di cure talvolta disperata o esasperata.

Investire sul personale vuol dire rendere appetibile la professione e ricostruirne l'immagine agli occhi dei cittadini e delle istituzioni non solo con aumenti di stipendi, ma rendendo la professione più sicura attraverso la **depenalizzazione dell'atto medico** (ricordiamo che siamo l'unico Paese al mondo in cui ancora chi cura è giudicato alla stregua di un assassino) e facendo rientrare il **lavoro del medico e del dirigente sanitario nei lavori usuranti**. Ma soprattutto vuol dire cambiare il paradigma del medico come dipendete della Pubblica Amministrazione. Occorre subito la **dirigenza speciale** che permetterebbe al medico e al dirigente sanitario di liberarsi dalle catene della pubblica amministrazione.

3. Riformare il sistema di cure

Terzo problema, forse il *primum movens* delle sabbie mobili in cui ci ritroviamo, la riforma organizzativa del sistema di cure.

Garantire le cure al paziente oggi vuol dire garantire le giuste cure nei posti giusti. Ma occorre una vera riforma del Ssn in cui venga ripristinato il rapporto virtuoso e non più vizioso tra medicina territoriale e medicina ospedaliera.

Il nostro sistema di cure è tarato oggi sulla cura dell'acuzie (siamo infatti ai primi posti in Europa per le cure di ictus e infarto), ma è totalmente insufficiente e non preparato alle cure croniche. Le leggi regolatorie di sistema hanno ormai compiuto 46 anni e in 46 anni la sanità è profondamente cambiata, il mondo è cambiato ed è cambiata anche la popolazione. Una popolazione invecchiata, che però grazie al progresso farmacologico oggi vive di più anche se affetta da patologie che solo fino a un decennio fa erano mortali. Il sistema deve orientarsi verso la cura delle cronicità investendo nella medicina del territorio dotandola di strumenti diagnostici di primo livello e terapeutici, arrivando a curare fino al domicilio del paziente, il tutto per rendere gli ospedali luoghi di cura e non di diagnosi, anche attraverso la coraggiosa scelta di convertire i piccoli presidi ospedalieri, malfunzionanti e non efficienti, in presidi territoriali.

Siamo insomma arrivati al punto di non ritorno, punto in cui il senso di autopreservazione del personale sta superando il senso etico e professionale, punto in cui purtroppo anche il senso di autopreservazione di una popolazione lentamente sta sostituendo il rispetto per istituzioni e professionisti, per welfare state.

Non serve una sola azione, deterrente o organizzativa, ma servono tutte. Soprattutto serve uno sforzo sociale per cambiare la percezione che i cittadini hanno dei medici e degli operatori sanitari.

Serve uno sforzo istituzionale e politico perché si ritorni a considerare come elemento fondante della nostra democrazia il welfare state, lo stato sociale, abbandonato nella foresta paludosa di un individualismo orientato alla salvaguardia del proprio essere e benessere.

Occorre ritornare al rapporto umano medico paziente, che non potrà mai essere sostituito da robot o IA.

Occorre ritornare al principio sancito dall'articolo 32 della nostra Carta Costituzionale.

Occorre una volontà politica libera da ideologie e strumentalizzazioni, coesa, condivisa, partecipata.

Il problema della sanità riguarda tutti, perché tutti, indipendentemente dal proprio ruolo sociale o professionale siamo stati, siamo o saremo pazienti.

Tutti abbiamo bisogno di cure e non vorremmo mai arrivare al punto di non trovare più chi sia disposto a curare.

Il piacere di esser nessuno



VINICIO RIZZA

“
Sindacati, politica, ordini professionali e non per ultime, le società scientifiche dovrebbero trovare il modo affinché nessuno sia nessuno e che nessuno sia ultimo”

Il nostro Ssn è praticamente al collasso perché gestito da una politica non valorizzante né l'attività degli esercenti le professioni sanitarie né la tutela della salute per i pazienti. Tra politici perbenisti esaltati, manager e direttori alla ricerca del super eroismo e del sensazionalismo si nascondono persone dai nomi nessuno/a e ultimo/a che danno l'anima e combattono giornalmente contro la tentazione di mollare, cercando di dare al proprio lavoro dignità e professionalità. Queste sono anche quelle persone troppo spesso attaccate da una popolazione stremata sia dal punto di vista psichico che fisico che materiale.

Ho avuto modo in questo anno di ricoprire, per vicende personali, i ruoli di medico, di paziente e caregiver frequentando ospedali del nord, del centro e del sud Italia; beh cosa ho notato e rilevato? Ho notato, in modo indistinto, che in ogni ospedale è presente

una costante insoddisfazione di fondo sia degli utenti che degli esercenti le professioni sanitarie proprio per le modalità con cui la politica attuale gestisce il presente e il futuro di ogni persona che abbia necessità di entrare nel mondo della sanità italiana sia per motivi lavorativi che di salute. In un mondo in cui l'arrivismo la fa da padrone, in cui i figli del sensazionalismo portano ad un successo indefinito, esistono professionisti e pazienti che si muovono in stretta collaborazione nella semplice ricerca della soddisfazione del bisogno della tutela della salute. Proprio questi cercano il piacere dell'essere nessuno tra gli ultimi scappando da quel successo sensazionale indefinito tanto cercato e apprezzato dalla nostra attualità: sì, fanno proprio così, si accontentano dell'insuccesso mediatico ed arrivistico cercando il successo puro della loro intima quotidianità lavorativa. Proprio loro sanno che il Medico e, in generale, l'esercente le professioni sanitarie ha il dovere di fare bene, il diritto di sbagliare e il dovere/diritto di poter rimediare dedicandosi a chi è in difficoltà. Sindacati, politica, ordini professionali e non per ultime, le società scientifiche dovrebbero trovare il modo affinché nessuno sia nessuno e che nessuno sia ultimo. Una soluzione questa che può essere solo figlia di condivisione e rispetto e non del solito becero sistema piramidale la cui base tende alla punta solo in larghezza.

**QUINTA
CONFERENZA
NAZIONALE**

**DONNE
ANAAO
ASSOMED**

SAVE THE DATE > SAVE THE DATE > SAVE THE DATE > SAVE THE DATE

**FIRENZE 8_9
NOVEMBRE
2024**

8 NOVEMBRE

Palazzo Medici Riccardi
Sala Luca Giordano, Via Cavour 9

9 NOVEMBRE

AC Hotel
Via Luciano Bausi, 5

ANAAO  **ASSOMED**

Campagna
iscrizioni 2024



Io scelgo L'ANAAO

SCOPRI
TUTTI I SERVIZI
RISERVATI
AGLI ISCRITTI



Per difendere
la sanità pubblica.
Per tutelare
il mio lavoro.

Qui tutti i nostri contatti
per trovare la risposta
sindacale di cui hai
bisogno!



www.anaao.it

