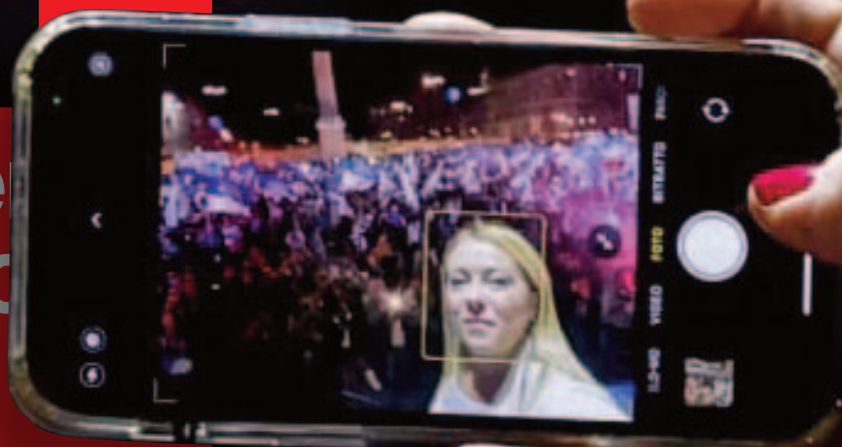


di dirige medici



- 1 **Editoriale**
Aprire subito le trattative per rinnovare il Contratto
- 4 **Studio Anaa**
Così gli ospedali diventano un deserto
- 7 **Intersindacale uniti per la sanità**
Manifesto per la nuova sanità
- 13 **Anaa Giovani**
Assumere specializzandi mediante il DL Calabria

Il mensile dell'Anaa Assomed



LA SANITÀ SECONDO

Giornata

Basta vaccini obbligatori per il Covid, Authority contro la "malasanità" e corsia preferenziale di accesso alle cure per chi fa gli screening con regolarità



Le disuguaglianze di genere e le sfide di Anaa

A PAGINA 8

Il bilancio di genere e la tutela del lavoro nelle aziende sanitarie della Toscana e il monitoraggio degli indicatori di genere in sanità

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



Edizioni Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 320.7411937
0331.074259

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002. Anno XXI

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di settembre 2022

Contratto di lavoro 2019-2021: aprire subito la trattativa

Il contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari è scaduto da tre anni, rinnovato nel 2019 dopo ben 10 anni di latitanza. E la sua applicazione è lacunosa per volontà di una parte pubblica che la ostacola e la rallenta. Un CCNL quello del 2019-2021 scaduto prima ancora che si siano aperte le trattative per il suo rinnovo.

Il danno per categorie professionali stremate da tre anni di pandemia è notevole. Non solo economico, per salari congelati al 2018 a fronte di una inflazione galoppante, e previdenziale. La scomparsa del CCNL dall'agenda e dal radar della politica priva medici e dirigenti sanitari dipendenti anche di un fondamentale strumento di governo e di innovazione del sistema, oltre che di miglioramento di condizioni di lavoro, oggi insopportabili, che restituiscano dignità e sicurezza ai professionisti.

Il silenzio e il disinteresse dei Governi passati, che speriamo non venga imitato da quello che verrà, sono inaccettabili come il tentativo delle Regioni di sottrarsi ai loro obblighi di datori di lavoro condannando i medici e i dirigenti sanitari del Ssn, a essere pagati sempre meno e trattati sempre peggio, rispetto ad altre categorie. La qualità e quantità dell'impegno per sostenere un diritto costituzionale sono diventati inconciliabili con livelli retributivi insostenibili a fronte della gravosità e della rischiosità del lavoro svolto. Se si vuole valorizzare i professionisti della sanità, occorre stanziare risorse congrue per il rinnovo del CCNL che dovrà essere alla altezza delle loro aspettative e necessità, anche garantendo ulteriori spazi ed esigibilità alla contrattazione integrativa.

Il livello di finanziamento oggi disponibile lascia, invece, sul campo la metà del tasso di inflazione, di fatto pagando meno proprio quel personale che tiene in piedi quello che resta della sanità pubblica, favorendo, anche per questa via, la privatizzazione avviata con i tagli lineari, il defianziamento, la svalorizzazione del capitale umano, cui si nega anche la fiscalità di vantaggio concessa alla sanità privata. Il dato che sfugge a chi Governa il sistema è che il lavoro medico negli ospedali è ormai incapace di reggere la concorrenza con il

settore privato e quello a cottimo, che godono di migliori retribuzioni e trattamenti fiscali che, a parità di ore lavorate, raddoppiano il reddito di autonomi e liberi professionisti. E senza il peso di una organizzazione da caserma che nega la autonomia professionale e la stessa dignità del lavoro di cura.

Da tempo chiediamo al Comitato di settore per la sanità di emanare l'atto di indirizzo, anello mancante per consentire all'Aran di aprire le trattative per il CCNL. La firma dell'accordo quadro sulle aree di contrattazione ha eliminato, infatti, qualsiasi alibi per continuare a temporeggiare nel silenzio più assordante del Governo e delle Regioni. I meccanismi burocratici oggi richiesti per arrivare alla semplice apertura delle trattative hanno come unico scopo ritardare ogni forma di riconoscimento economico e professionale agli operatori e di confronto per migliorare le loro condizioni di lavoro. Evidentemente, il rinnovo del CCNL della dirigenza sanitaria non interessa chi non vuole vedere che le intollerabili condizioni di lavoro ormai costituiscono un fattore limitante lo stesso accesso dei cittadini alle cure, come dimostra la crescita dei tempi di attesa, il tilt delle strutture di Pronto Soccorso, gli episodi crescenti di aggressività verbale e fisica. A fare le spese di questo gioco al rinvio sono prima di tutto i cittadini.

Anche per questo l'Anaa Assomed chiede che si proceda, a breve, alla apertura del tavolo per il rinnovo del CCNL dei medici e dei dirigenti sanitari dipendenti. Che rappresenta lo strumento più importante per valorizzare e tutelare chi opera dentro la sanità pubblica: non averlo è grave e rinnovarlo sempre dopo la sua scadenza, senza nemmeno garantirne la applicazione, è oramai inaccettabile. Non staremo a guardare ancora a lungo.



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

Applicazione del contratto: gravi ritardi e ostacoli nelle trattative decentrate

È necessario introdurre norme di tipo ordinatorio più chiare ed esplicite per costringere la parte pubblica ad accelerare i tempi di applicazione

Premessa

Con l'approssimarsi della nuova stagione contrattuale, per il rinnovo del CCNL 2019/2021 dell'area Sanità per la dirigenza sanitaria, l'Anaa Assomed ha deciso di fare il punto della situazione per un aggiornamento sulla contrattazione integrativa nelle Aziende ospedaliere o Enti del SSN.

La crisi che sta interessando la sanità pubblica, la carenza sempre più critica di personale e la perdita del potere di acquisto delle retribuzioni, rappresentano delle pessime premesse su cui si pesa una diffusa mancata applicazione del contratto soprattutto nelle declinazioni integrative.

La limitata progressione di carriera e l'impovertimento delle risorse economiche sono, tra l'altro, una delle cause della fuga dagli ospedali di tanti dirigenti sanitari del nostro paese.

Analisi

Al sondaggio concluso a settembre 2022 hanno risposto i segretari aziendali di 220 Aziende o Enti del SSN (vedi nota pagina 4).

Il primo dato che emerge è che il confronto regionale, così come previsto dall'art. 6 del CCNL 2016/2018, non si è concluso in oltre il 42% delle regioni cui si aggiunge circa il 6% di regioni ove non è stato proprio avviato.

Questo significa che circa il 50% delle regioni italiane è inadempiente rispetto a una prerogativa fondamentale delle relazioni sindacali, in quanto propeudica a diversi aspetti dell'applica-

zione del contratto per i dirigenti sanitari. Va meglio la costituzione e formalizzazione della delegazione della parte trattante pubblica con circa il 75% di risposte affermative. Ovviamente, tenendo conto che il CCNL 2016/2018 è stato firmato nel lontano dicembre 2019, ci sembra un dato più che scontato, con una riflessione invece sul dato negativo del restante circa 25% che non ha ancora provveduto alla sua costituzione alle porte del rinnovo del prossimo contratto nazionale.

Proseguendo nell'analisi emerge che i tempi previsti dall'art. 8 del CCNL 2016/2018 (tempi e procedure) non sono rispettati in oltre il 60% delle Aziende o Enti del SSN, quindi a testimoniare un atteggiamento "dilatatorio" della maggior parte delle realtà sanitarie pubbliche del nostro paese che non fanno altro che confermare una scarsa o assente attenzione all'importanza delle politiche contrattuali per i nostri dirigenti sanitari.

Dal sondaggio si evince invece che l'organismo paritetico, così come previsto dall'art. 6 bis del CCNL 2016/2018, è stato costituito in quasi il 64% delle Aziende o Enti.

Un dato, questo, non completamente soddisfacente, ma che rappresenta in ogni caso un risultato di partenza utile, anche nel prossimo rinnovo contrattuale vista l'importanza strategica di questo organismo nell'attivare relazioni stabili aperte e collaborative su progetti di organizzazione, innovazione e miglioramento sia dei servizi aziendali che della qualità del lavoro.

Gli intervistati hanno risposto che circa il 50% delle Aziende o Enti in realtà non ha definito un regolamento per l'informazione, così come previsto dall'art. 4 del CCNL 2016/2018, prerequisito e presupposto per un corretto esercizio delle relazioni sindacali.

Si ritiene, tale inadempimento, una grave mancanza e conferma della marginalità con cui la parte pubblica tratta e



**MAURIZIO
CAPPIELLO**
Responsabile
Scuola Quadri
Anaa Assomed

considera l'importanza dei contratti integrativi. Infine si conclude il sondaggio chiedendo se è stato effettuato dalle parti l'esame delle materie attribuite alla contrattazione collettiva integrativa, così come previsto dall'art. 7 del CCNL 2016/2018, con una risposta affermativa di appena il 34% degli intervistati. Il risultato sicuramente, in linea con i dati di risposta delle precedenti valutazioni, rappresenta un elemento di notevole preoccupazione perché indica una "approssimazione" da parte pubblica con una chiara volontà di limitare il "campo di azione" e quindi di contrattazione con le Organizzazioni Sindacali.

Conclusioni

Dal sondaggio i dati che emergono sono chiari: la mancanza della certezza e della correttezza attuativa sembra la "strada maestra" adottata dalla parte pubblica per rallentare e ostacolare l'applicazione dei contratti.

La spiegazione di rallentamenti amministrativi dovuti alla pandemia da Sars Cov -2 non giustificano la mancata applicazione del CCNL, anzi ne aggravano le colpe, sia perché i dirigenti sanitari che hanno sacrificato la loro vita per combattere l'epidemia come minimo meritano un rispetto nell'applicazione contrattuale, sia perché i mezzi tecnologici, che si sono implementati in questi ultimi due anni per i collegamenti in remoto, potevano compensare la necessità di riunioni in presenza. Resta chiara la necessità di correggere quanto è emerso dal sondaggio con un'azione a livello di testo contrattuale con l'introduzione di norme di tipo ordinarie più chiare ed esplicite.

La sanità pubblica si difende anche con il rispetto e l'applicazione dei contratti, la difesa del lavoro di tanti professionisti della Sanità non può più prescindere dalla esigibilità di questo diritto.

“
La mancanza della certezza e della correttezza attuativa sembra la "strada maestra" adottata dalla parte pubblica per rallentare e ostacolare l'applicazione dei contratti

La sanità secondo

GIORGIA MELONI

Il Centro Destra ha vinto le elezioni e Fratelli d'Italia si è affermato come primo partito nazionale al cui leader il Capo dello Stato dovrebbe affidare presto l'incarico di formare il nuovo Governo. Il programma sanità della coalizione, come è noto, è molto stringato e quindi per capire meglio cosa potrà cambiare per il Ssn siamo andati a rileggere quello più ampio della Meloni. E, accanto a proposte in linea con le politiche sanitarie degli ultimi anni, ci sono però alcuni chiari segnali di svolta e una grande attenzione al benessere psicologico

Il Centro Destra ha vinto le elezioni. E tra le tre principali componenti dello schieramento a prevalere nettamente è Fratelli d'Italia, guidata da **Giorgia Meloni** ora candidata a diventare la prima donna premier in Italia nonché la prima leader di un partito decisamente di destra a Governare il Paese dal dopoguerra.

Per questo, per cercare di capire se e come cambierà qualcosa nelle politiche nazionali della sanità, penso sia corretto andarsi a rileggere non solo lo stringatissimo programma unitario della coalizione ma soprattutto quello più ampio di Fratelli d'Italia, primo partito italiano ed espressione del prossimo presidente del Consiglio.

Basta vaccini obbligatori per il Covid, Authority contro la "malasanità" e corsia preferenziale di accesso alle cure per chi fa gli screening con regolarità

Partiamo comunque dai sette punti del programma unitario:

- Sviluppo della sanità di prossimità e della medicina territoriale, rafforzamento della medicina predittiva e incremento dell'organico di medici e operatori sanitari.
- Aggiornamento dei piani pandemici e di emergenza e revisione del Piano sanitario nazionale.
- Oltre la pandemia: ripristino delle prestazioni ordinarie e delle procedure di screening, abbattimento dei tempi delle liste di attesa.
- Estensione prestazioni medico sanitarie esenti da ticket.
- Contrasto alla pandemia da Covid-19 attraverso la promozione di comportamenti virtuosi e adeguamenti strutturali - come la ventilazione meccanica controllata e il potenziamento dei trasporti - senza compressione delle libertà individuali.
- Riordino delle scuole di specializzazione dell'area medica.
- Visione del piano oncologico nazionale.

Cosa dedurre da questi sette punti? Prima di tutto una conferma delle politiche sin qui auspicate un po' da tutti i governi degli ultimi anni e cioè la necessità di dare un nuovo assetto alla medicina territoriale alla quale, non di-

mentichiamolo, il Pnrr dedica circa la metà dei fondi per la sanità.

Poi la voglia esplicita di voltare pagina sulla pandemia sia ripristinando l'ordinarietà nelle modalità assistenziali e recuperando le liste d'attesa ma anche, questo lo si intuisce chiaramente, abbandonando definitivamente qualsiasi ipotesi di nuove limitazione delle libertà personali che, del resto, nessuno ha auspicato, neanche dalla parte opposta. C'è poi un punto che, stranamente, non mi sembra sia stato mai ripreso in campagna elettorale nonostante il suo potenziale appeal, che è quello dell'ampliamento delle prestazioni medico sanitarie esenti da ticket.

E infine alcuni grandi annunci: revisione del piano oncologico nazionale e del piano pandemico e riordino delle scuole di specializzazione dell'area medica. Insomma, se vogliamo attenerci alle parole e non alle supposizioni, da questi sette punti, abbiamo impegni e parole d'ordine molto generici per i quali bisognerà attendere le prime reali mosse del governo che verrà per capire se per la sanità cambierà o meno qualcosa.

Passiamo quindi al programma del partito della futura premier Giorgia Meloni.

L'incipit scelto da Meloni per introdurre

Segue a pagina 16

COVID / STRESS / FERIE

Così gli ospedali diventano un deserto

Introduzione

L'emergenza dovuta alla pandemia da Covid-19 ha stravolto il paradigma dell'assistenza sanitaria, con un sovraccarico di lavoro e di prestazioni, diagnostiche e terapeutiche, che ha stressato il SSN, e il suo personale, fino allo stremo. Il quadro di una tempesta perfetta, descritta con largo anticipo dall'Anaa, si è venuto configurando attraverso l'impatto della pandemia, e le sue tragiche conseguenze, sui vizi storici del nostro sistema sanitario.

Reparti sovraffollati di pazienti, e vuoti di personale, figli di uno storico definanziamento del SSN, hanno creato "scenari da guerra", in cui medici, dirigenti sanitari ed infermieri si sono trovati esposti in prima linea, tra orari lavorativi massacranti, spesso in barba alla legge, assenza di gratificazioni e discutibile sicurezza per pazienti ed operatori.

Il sopravvenire dello stress post-traumatico e della ormai nota "sindrome da long-Covid" ha letteralmente falcidiato il personale medico, anche per le reinfezioni da Covid-19, esacerbando problemi di organico strutturali, diretta conseguenza delle politiche di spending review che hanno caratterizzato gli ultimi 10 anni delle attività governative.

Il periodo estivo, in un contesto siffatto, rischia di assestare il colpo di grazia, in virtù di un ulteriore aumento della domanda e di un ulteriore calo della offerta, per la necessità di assicurare un minimo di ferie e permessi al personale.

L'appello degli ospedali pubblici italiani è, ormai, ai minimi storici. Il sogno di un lavoro tra le corsie ospedaliere, comune a diverse generazioni di giovani medici, è diventato oggi un incubo dal quale scappare al più presto. Non cogliere il malessere, la frustrazione, la crisi del personale sanitario, vero motore e architrave del sistema sanitario è una delle colpe, e non la minore, che ci sentiamo di attribuire ai Governi che si sono succeduti nel tempo.



Dati

Un fenomeno relativamente nuovo è quello della "great resignation", la fuga prima della pensione, che ha investito la sanità ospedaliera negli ultimi tempi, con dati allarmanti che delineano in maniera inequivocabile un futuro sempre più incerto del SSN. Il Covid ha accelerato un processo già avviato da tempo, aggravandolo.

Uno studio Anaa Assomed del maggio 2022, ha dimostrato che, nel periodo 2019-2024, escono dal mondo ospedaliero, tra pensionamenti e fughe, circa 40.000 medici, non sostituibili nell'immediato, con gravi rischi per la sostenibilità dell'intero sistema sanitario. In questo scenario anche il Covid gioca la sua parte, flagellando piante organiche già martorate dal blocco della spesa, dalle dimissioni volontarie per le

condizioni lavorative inaccettabili, dalla corsa al pensionamento e dalla carenza nazionale di specialisti, soprattutto in alcune discipline, per la errata programmazione della formazione post laurea nel decennio scorso.

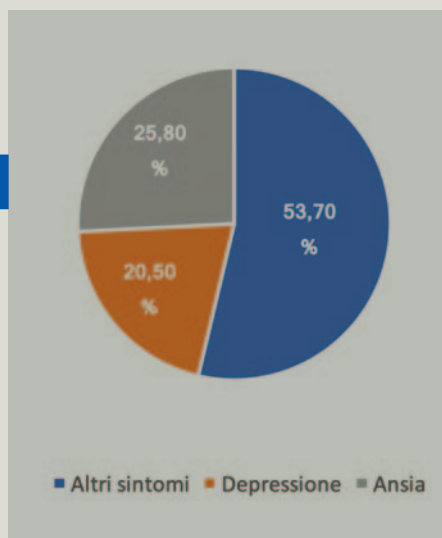
Non solo con i caduti durante la pandemia, quando i medici erano costretti, soprattutto nel corso della prima ondata, a lavorare in condizioni inadeguate, senza dispositivi di protezione individuale e senza obbligo di quarantena. Secondo i dati forniti dalla Fnomceco, aggiornati a maggio 2022, tra i 374 medici deceduti per covid si contano 105 specialisti in attività nel Servizio Sanitario Nazionale. Ma anche attraverso le conseguenze dei contagi.

Nella settimana 21-28 luglio 2022, i medici dipendenti del SSN malati di Covid possono essere stimati in 2.605 unità, obbligati a tenersi lontano dal lavoro



Medici con diagnosi certa di burn-out

Istituto Piepoli, aprile 2022

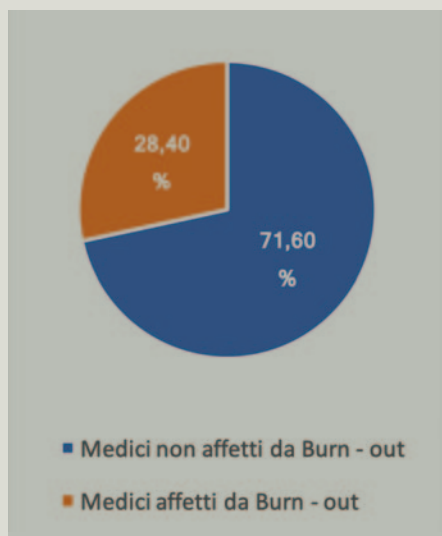


“

Un lavoro condotto dall'Università Milano-Bicocca per Anaa Assomed Lombardia ha dimostrato che circa il 28,4% dei medici indagati soffre di burn-out con i sintomi correlati. Un lavoro condotto dall'Università Milano-Bicocca per Anaa Assomed Lombardia ha dimostrato che circa il 28,4% dei medici indagati soffre di burn-out con i sintomi correlati.

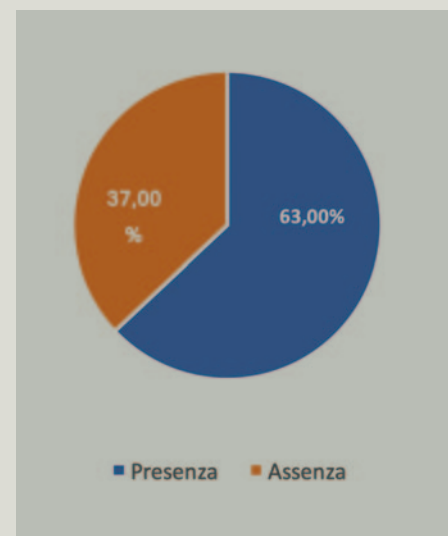
Medici con burn-out e sintomi correlati

Studio universitario Bocconi per Anaa Assomed, Lombardia



Medici con esperienze stressanti o traumatiche covid-relate

studio Università di Verona



per almeno una settimana dalla diagnosi. Se proiettiamo questo dato su di un range di tempo mensile, arriviamo a una stima di 11.536 medici in malattia a luglio per almeno 7 giorni (durata minima dell'isolamento). Considerando che i medici dipendenti dal SSN sono 11.4142 (fonte: CAT 2020), significa che più di uno su 10 ha contratto il Covid durante questo periodo, mettendo in ginocchio, per la conseguente astensione dal lavoro, interi reparti già sotto organico, costringendo a richiamare dalle ferie estive centinaia di colleghi per garantire ai cittadini i servizi essenziali, specie nel settore della emergenza-urgenza, producendo un turbinio di ordini di servizio per dirottare personale a coprire i buchi da un reparto all'altro.

Nessuna meraviglia che i medici non riescano, in tali condizioni, nemmeno

a usufruire delle ferie contrattualmente previste per trovare il necessario ristoro. Già a maggio 2021, secondo una survey Anaa, i dottori del SSN avevano accumulato un totale di ben 5 milioni di giorni di ferie arretrate. Il 42% dei responders al sondaggio dichiarava di avere accantonato più di 50 giorni di ferie e quasi un medico su 4 ne aveva più di 80. Sono numeri che parlano da soli e non hanno bisogno di ulteriori commenti.

Burn-out e depressione da stress post traumatico

Il recente caso di cronaca del medico deceduto in servizio nell'ospedale di Manduria, in provincia di Taranto, dopo un turno lavorativo di 24 ore, è l'esempio lampante di quanto allo stremo delle forze sia arrivata la categoria.

Il Covid ha pesato e pesa anche per le ripercussioni sulla salute fisica e mentale degli operatori. Uno studio del 2021 dell'Università di Verona evidenzia come il 63% del personale sanitario, sia medico che non, abbia vissuto esperienze fortemente stressanti o traumatiche legate alla gestione dei pazienti Covid-19.

Un lavoro condotto dall'Università Milano-Bicocca per Anaa Assomed Lombardia ha dimostrato che circa il 28,4% dei medici indagati soffre di burn-out con i sintomi correlati.

Una indagine dell'Istituto Piepoli, riportata alla Conferenza Nazionale sulla Questione Medica nel mese di aprile 2022, registra oltre 15.000 medici con diagnosi certa di burn-out, con una prevalenza di depressione nel 20,5% e di ansia nel 25,8% del campione esaminato.

Così gli ospedali diventano un deserto

Questi sono dati sicuramente inquietanti: riparare le ferite psichiche richiede enorme sforzo e solo il tempo e il riposo psicofisico possono aiutare in questo lungo “percorso di guarigione”.

Impatto sull'assistenza

L'improvviso e imprevedibile aumento della domanda di assistenza sanitaria dovuto alla pandemia, con l'inevitabile re-distribuzione di risorse umane per garantire ai pazienti una efficace assistenza, ha sottoposto i medici dipendenti, ospedalieri e non, ad un notevole stress fisico e ad una enorme pressione psicologica, con conseguenti ricadute sulla quantità e sulla qualità dell'offerta erogata dai medici dipendenti.

L'impatto sull'assistenza, vista la carenza di personale, risente anche delle dovute ferie per il recupero psico-fisico. Dei circa 115.000 dirigenti sanitari che hanno diritto, da contratto, a 15 giorni minimo di ferie estive si creano 1.725.000 giorni di congedo.

Ad aggravare la criticità per la carenza di personale vi è poi il tasso di positività, che è mediamente del 20% circa nei mesi estivi, compresa una residuale quota di sanitari ricoverati, quindi circa 23.000 dirigenti sanitari fuori servizio per malattia Covid (mediamente e complessivamente intesi) a cui si dovrebbero aggiungere le malattie per altra causa, sia di natura generale che legate allo stress post traumatico.

I conti sono presto fatti: tenendo conto di una media di 14 giorni di malattia (range 7 - 21) si hanno 322.000 giorni di assenza che si aggiungono ai congedi per ferie ossia 1.725.000 per un totale di 2.047.000 giornate di lavoro non effettuate nel trimestre giugno-agosto. Secondo una nostra stima, durante l'estate il calo delle prestazioni sanitarie raggiunge picchi del 50%, a causa di carenza cronica di medici, malattie da COVID e diritto alle ferie.

Il maggiore impatto sull'assistenza riguarda il percorso di diagnosi e cura delle patologie cardiovascolari ed oncologiche, per riconversione di reparti

adibiti al ricovero dei pazienti da covid-19, per la sospensione delle attività ambulatoriali su prenotazione e con il pressoché azzeramento dell'offerta clinica – chirurgica ordinaria.

Inoltre, il totale utilizzo del personale sanitario afferente ai servizi di igiene e sanità pubblica nel monitoraggio e gestione delle quarantene, ha azzerato l'organizzazione ed esecuzione degli screening oncologici per la diagnosi tumorale precoce. Secondo l'European Cancer Organisation, il nostro Paese subirà la cosiddetta “pandemia tumorale post-covid” a causa di decine di migliaia mancate diagnosi precoci e della procrastinazione del management chirurgico e chemioterapico dei pazienti con diagnosi oncologica effettuata in periodo pre-pandemico, corredata infine con il forte rallentamento dei trials clinici per nuovi farmaci oncologici. Affrontare questa “seconda pandemia” con un personale medico ospedaliero in preda a burn-out, ansia e depressione rappresenta un rischio non solo per l'esacerbarsi delle loro condizioni psicofisiche ma anche per la qualità delle cure erogate ai pazienti.

Infine, il necessario recupero dell'attività diagnostica messa in seconda fila per il susseguirsi delle ondate epidemiche (“la pandemia sommersa”) avrà come prima conseguenza un ulteriore aumento delle liste d'attesa, con importanti ripercussioni non solo sulla diagnosi e follow-up di malattie metaboliche, prime tra tutte il diabete mellito, ma soprattutto sulla gestione e monitoraggio dei pazienti geriatrici. I quali rappresentano la coorte di pazienti più sensibili ad un ricovero, a causa di una gestione non tempestiva delle loro condizioni cliniche, con aumento della occupazione dei posti letto ospedalieri. La necessità di ridurre le liste d'attesa non può che aumentare il carico di lavoro, fisico ed emotivo, di un personale medico ospedaliero già gravato dalla riduzione delle unità in servizio, creando un circolo vizioso di difficile soluzione.

Conclusioni

La pandemia covid-19 rappresenta l'ultimo stress test per i medici ed i dirigenti sanitari dipendenti, forse quello mediaticamente più impattante, ma certo più determinante nel configurare una situazione ormai insostenibile. Una categoria allo stremo in questa torrida estate.

La stessa definizione di “eroi” ha dimostrato, poi, quanto sia effimera la considerazione della opinione pubblica nei nostri confronti. I cittadini, come i politici, non avvertono le difficoltà che stiamo vivendo e quanto incidano sulla capacità di risposta alla loro domanda di salute. Non siamo eroi ma sopravvissuti. Sopravvissuti a una serie di avversità: alla pandemia covid, al burn-out da grave carenza di personale, alle aggressioni verbali, fisiche e giudiziarie, alla burocrazia della medicina di carta, all'aziendalizzazione degli ospedali che ha svilito il nostro ruolo professionale, alla rarefazione delle prospettive di carriera, alla sottrazione di tempo libero a noi stessi ed alle nostre famiglie.

È arrivato il momento del riscatto di una categoria professionale alla riconquista dei propri diritti. Serve un segnale politico forte, chiaro e tempestivo per dimostrare che qualunque investimento sulla salute pubblica, pilastro fondamentale di una società civile che mira alla esigibilità dei diritti costituzionali ed alla coesione sociale, non può che passare attraverso la valorizzazione di chi la salute pubblica garantisce. Perché parlare di sanità significa parlare di lavoro in sanità e parlare di lavoro significa parlare di capitale umano. È questa la rivoluzione necessaria per chiunque abbia a cuore il presente ed il futuro della più grande infrastruttura civile e sociale che questo Paese abbia costruito.



INTERSINDACALE UNITI PER LA SANITÀ

ANAAO ASSOMED – FEDERAZIONE 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

Il **ridimensionamento** dell'intervento pubblico, la china avviata verso la privatizzazione, la carenza strutturale di medici specialisti, il peggioramento delle loro condizioni di lavoro, le fughe verso la quiescenza e lidi professionali diversi dalla dipendenza pubblica, mettono a rischio la sopravvivenza del servizio sanitario a 45 anni dalla sua nascita.

Esiste un'emergenza ospedali – con Pronto soccorso allo stremo, liste d'attesa infinite ed un continuo ricorso alle soluzioni estemporanee più fantasiose per tappare le falle di una nave che sta affondando -, ed esiste un'emergenza territoriale, che la riforma finanziata con i fondi del PNRR rischia di non riuscire a risolvere, in assenza di ulteriori investimenti a regime. Emergenze che tuttavia stentano a comparire tra gli interventi prioritari promessi dai partiti politici nella campagna elettorale in corso.

Eppure, la tempesta della pandemia Covid-19 è stata perfetta, non risparmiando nessuna delle fragilità del nostro SSN e del nostro sistema Paese. Ha retto, almeno in una prima fase, la cultura civile delle comunità ed il lavoro di quanti sono rimasti, in primis medici e professionisti sanitari, in quelle trincee che non potevano essere abbandonate, pagando prezzi durissimi.

Il virus ha funzionato da acceleratore di fenomeni esistenti cambiando radicalmente, e forse definitivamente, lo scenario in cui ci muoviamo.

Oggi emerge la necessità di ricostruire un ambiente politico, sociale e culturale nel quale la tutela della salute come di tutto il sistema di welfare siano considerati fattori di produzione di ricchezza collettiva, nella misura in cui lo stato di salute e di benessere fisico e psichico di una popolazione correlano direttamente con lo sviluppo sociale e culturale di un Paese. Senza tacere gli effetti sull'economia, per la mole di Pil che tutto ciò che ruota intorno al mondo della salute muove in settori strategici e avanzati del nostro sistema produttivo (farmaci, device, ricerca, biotecnologie, robotica, digitalizzazione, etc). Possiamo dire, senza timore di essere smentiti, che la cattiva tutela della salute di una comunità ne pregiudica lo sviluppo, in termini civili ed economici.

La sanità pubblica, equa, solidale e universalistica produce e non consuma ricchezza. La ricostruzione economica e sociale post Covid-19, tra crisi energetica e conseguenze della guerra in Europa, non deve farla slittare in basso nell'agenda delle priorità, considerandola un oneroso capitolo di spesa del bilancio pubblico, a dispetto della sua mission di presidio di diritti fondamentali di ciascuno e di tutti.

I dati dimostrano che l'Italia è fanalino di coda per quanto riguarda la spesa sanitaria in Europa, per valori pro-capite a parità di potere

Manifesto per la nuova sanità

Le Organizzazioni sindacali, in rappresentanza di 120.000 medici, veterinari e sanitari dipendenti chiedono alle forze politiche di impegnarsi in difesa del Servizio Sanitario pubblico e nazionale, del ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari al suo interno, del valore del suo capitale umano

d'acquisto (nel 2019 pari a 2.473 euro, a fronte di una media Ocse di 2.572 euro) con un gap vertiginoso rispetto a Paesi di riferimento come Francia e Germania. Per quanto riguarda la percentuale sul Pil, l'Italia si pone invece leggermente sopra la media Ocse con una percentuale complessiva di 6,6%, lontana mille miglia da Germania (11,7% del suo Pil) e Francia (11,2%).

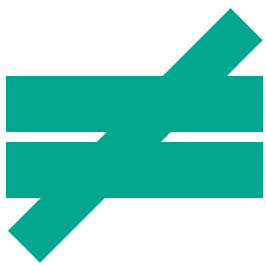
Dopo la pandemia niente è cambiato. Continua la fuga dei medici dagli ospedali, continua la sofferenza del personale medico e sanitario, continua la sofferenza dei pazienti che non trovano risposte alle richieste di cure in un sistema vicino al collasso, senza differenze di latitudine.

Le Organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria ritengono che siamo di fronte a un processo di consunzione della sanità pubblica, certificata dalla crisi del Pronto Soccorso affollati di pazienti e deserti di medici, alla quale serve un approccio di sistema che riconosca la medicina di prossimità e quella ospedaliera come due facce della stessa medaglia e un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e organizzativo per invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale.

La sostenibilità del servizio sanitario passa per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti. Perché parlare di sanità significa parlare di lavoro in sanità e parlare di lavoro significa parlare di capitale umano. È questo il passaggio necessario per chiunque abbia a cuore il presente e il futuro della più grande infrastruttura civile e sociale che questo Paese abbia costruito.

Per i medici, i veterinari e i dirigenti sanitari del SSN, tramontata la retorica, occorrono nuove risorse a loro dedicate, a partire dalla prossima Legge di Bilancio, e interventi legislativi che valorizzino il loro ruolo, finalizzati a:

- 1. superare** la politica dei tetti di spesa al personale; attuare forti politiche di assunzioni che recuperino i tagli del passato, escludendo il precariato, eterno e non contrattualizzato, come ci chiede la stessa UE;
- 2. migliorare** le condizioni del lavoro nel SSN in un sistema che privilegi i valori professionali rispetto a quelli economicistici e aziendali;
- 3. riportare** all'interno dell'inquadramento professionale del CCNL della Dirigenza del SSN il reclutamento di personale medico e sanitario, che negli ultimi anni sta subendo una inaccettabile e regressiva sostituzione con prestazioni privatistiche acquistate a cottimo, con una distorsione evidente del mercato del lavoro;
- 4. riformare** lo stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria, nel segno della dirigenza "speciale" delineato dall'articolo 15 del D.lgs 229/99 rafforzandone l'autonomia sia sotto il profilo professionale che gestionale, valorizzando la peculiarità della funzione svolta a tutela di un diritto costituzionale, anche attraverso forme di partecipazione ai modelli operativi;
- 5. aumentare** le retribuzioni, detassando gli incrementi contrattuali e il salario accessorio, come già avviene nella sanità privata e in alcune categorie del pubblico impiego come gli insegnanti; prevedere per il rischio contagio una apposita indennità; abrogare il famigerato art. 23, comma 2 del decreto 75/2017, cosiddetto "Mafia", che pone un tetto al salario accessorio;
- 6. introdurre** il contratto di formazione lavoro per i medici specializzandi (che si ricorda essere medici e sanitari già abilitati ad un esercizio professionale inquadrabile in un ruolo lavorativo dirigenziale e non studenti) e avviare un processo di riforma della formazione post-laurea, divenuta vera emergenza nazionale;
- 7. completare** la legge sulla responsabilità professionale con il passaggio ad un sistema "no fault" sul modello europeo, superando l'eccezionalità dello "scudo Covid";
- 8. rispettare** la tempistica e la esigibilità a livello periferico del CCNL cambiando l'impianto della indennità di vacanza contrattuale.



Le disuguaglianze di genere e le sfide di Anaa

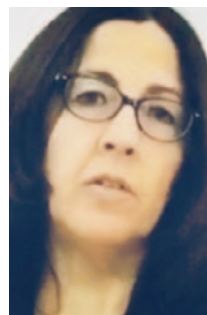
Il bilancio di genere e la tutela del lavoro nelle aziende sanitarie della Toscana

Il tema della tutela del lavoro medico e sanitario del personale nelle organizzazioni sanitarie, in un'ottica di genere, rappresenta una delle sfide cruciali che le Istituzioni e il nostro Sindacato dovranno perseguire nei prossimi anni perché si superino le attuali discriminazioni di genere che persistono nonostante il chiaro dettato costituzionale dell'art. 37 secondo il quale: "La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni, che spettano al lavoratore".

Secondo l'ultimo rapporto sulla parità di genere (dimensioni economia, istruzione, salute e politica) del World Economic Forum (WEF, 2021) nessun Paese ha colmato i gap e in questa classifica globale, che copre 156 Paesi, l'Italia, come si dirà anche più avanti si posiziona al 63esimo posto. Senza entrar nello specifico, il dato più emergente nel nostro Paese è il divario occupazionale che esiste a tutti i livelli d'istruzione, anzi il gap retributivo cresce tanto più elevato è il titolo di studio e il livello professionale. In Sanità, in particolare, il periodo post pandemico ha acuito questi aspetti ed evidenziato un quadro complesso dell'occupazione femminile, accentuato le criticità esistenti nell'organizzazione del lavoro nelle aziende pubbliche, accresciuto i divari in quei servizi e settori che vedono pre-

valere sempre di più il genere femminile, come elemento dominante che spesso vede le madri lavoratrici lasciate sole dal sistema ad affrontare un percorso che, specie per chi lavora in strutture con turnazione h24, diventa molto difficile da conciliare, in assenza di specifici interventi di sostegno. Si sta puntando il dito su una diffusa scarsa capacità di pianificazione e gestione delle risorse umane, unita ad una mal definita individuazione delle scale di priorità, sull'assenza, nonostante gli sforzi, di politiche aziendali bilanciate e coerenti, soprattutto nel welfare, che non consentono una crescita professionale all'altezza delle moderni sfide che attendono i sistemi sanitari del futuro.

La questione poi dell'imbutto formativo nell'accesso alle scuole di specializzazione, il fenomeno dello svuotamento degli ospedali per la fuga dei medici verso il privato, l'esistenza di un soffitto di cristallo nei percorsi di sviluppo di carriera, l'innovazione tecnologica e digitale, la crescente burocratizzazione del sistema e, non ultimo, la questione delle disuguaglianze legate al genere hanno finito per mettere in crisi un sistema sanitario mettendo a nudo temi di giustizia sociale e di equità di genere, dove le disuguaglianze socio-economiche affondano le loro radici in un sistema fragile in cui le difficoltà lavorative finiscono per essere ampliate e amplificate dall'organizzazione sociale, ormai del tutto superata. In particolare, se da un lato, l'inversione del rapporto tra uomini e donne nella professione medica e sanitaria viene sempre più richiama-



CONCETTA LIBERATORE
Delegata Politiche di Genere e Affari Legali Anaa Toscana



PAOLA ROSIGNOLI
Consulente Legale Anaa Toscana

to nei documenti di pianificazione aziendali, dall'altro ne vengono di fatto ignorate le ricadute e l'effettivo impatto in ogni scelta adottata. Oggi lavorare e conciliare i tempi di vita è divenuto difficile ed il sistema pubblico, sinora modello di riferimento, sembra cedere il passo a realtà private più moderne ed in linea con le esigenze attuali. Un diritto non tutelato e non garantito dalle Istituzioni, significa perdita di posti di lavoro, disaffezioni, abbandono del sistema sanitario nazionale. Difficoltà e ostacoli spingono le donne a percorsi lavorativi poco qualificati, con retribuzioni scarse e con limitate prospettive di carriera; l'assenza di flessibilità (per tipologia, modalità, orari e prossimità al luogo di abituale dimora) unita ad una gestione monolaterale delle responsabilità familiari e del lavoro domestico sono punti di forte criticità di cui il SSN si deve fare carico adesso per non perdere la propria autorevolezza e centralità nel sistema di cura.

Parlare quindi di parità di genere sta molto a cuore al nostro Sindacato. Una indagine condotta nel Sistema sanitario toscano dal gruppo donne della dirigenza medica e sanitaria Anaa Assomed Toscana, su *Il disagio del lavoro delle donne medico* nel marzo 2018, ha portato in evidenza come la crescente presenza delle donne nella sanità toscana ed il disagio lavorativo rilevato in termini di ricadute sociali, familiari, professionali e personali e conseguentemente, sul piano dell'efficacia delle tutele, dei carichi, della formazione, della progressione di carriera, delle molestie e del mobbing, ha dato segnali di grande criticità non avendo prodotto un contestuale miglioramento della qualità e delle condizioni di lavoro viste anche le dimensioni assunte dall'impatto delle differenze di genere nel mercato del lavoro sanitario regionale sia in termini quantitativi, vale a dire retributivi, sia qualitativi in rapporto al carattere, alla tipologia e alla qualità delle posizioni occupate dalle donne medico nell'attuale assetto organizzativo sanitario locale.

Temi emergenti che coinvolgono trasversalmente anche molte altre categorie sanitarie dove sta assumendo la dimensione di un fenomeno consolidato, strutturale in crescente espansione rispetto alle mutevoli esigenze e necessità una forza lavoro in trasformazione, rappresentata dal oltre il 60% dalle donne

Quindi, poter misurare e gestire il valore delle differenze di cui le donne sono vere portatrici rappresenta il passo decisivo per realizzare l'uguaglianza tra uomini e donne nelle organizzazioni del lavoro nelle aziende sanitarie.

Senza dubbio, quanto evidenziato, ha



imposto al Sindacato una seria riflessione sulle azioni da adottare, finalizzate da un lato alla valorizzazione del ruolo delle donne in sanità, dall'altra attraverso interventi miranti alla promozione della parità, alla messa in campo di strumenti che migliorino le condizioni del lavoro e garantiscano la possibilità di adattare flessibilmente i ruoli e le mansioni in funzione delle specifiche esigenze e preferenze. Il contrasto alle discriminazioni e alla violenza di genere, fino alla destrutturazione degli stereotipi di genere rappresentano un punto cruciale perché sono alla base delle disuguaglianze.

Il rafforzamento della prospettiva di genere con l'utilizzo diffuso del bilancio di genere rappresenta oggi l'approccio strategico e globale da introdurre nelle politiche aziendali della sanità pubblica per rendere evidente l'importanza dell'impatto del genere in tutte le decisioni assunte: dalla pianificazione, progettazione, all'attuazione sino alla valutazione, facilitando le scelte e rendendo al contempo più trasparente e sostenibile la politica sanitaria adottata. La sperimentazione condotta nelle aziende sanitarie toscane nel 2020 sul Bilancio di genere, da Anaa Toscana in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) dell'Istituto di Management, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, una delle poche ad essere realizzata nelle aziende sanitarie del nostro paese, va in questa direzione ed ha consentito, attraverso l'identificazione di un CRUSCOTTO di otto dimensioni *gender specifici* (Inquadramento contrattuale, Opportunità di

carriera, Età, Specialità medica, Giornate di Assenza, Vertenze, Formazione, Clima organizzativo) per i medici e sanitari di tutte le aziende sanitarie toscane, di analizzare l'impatto delle differenze di genere sull'organizzazione del lavoro e mappare e condividere le azioni aziendali finalizzate a valorizzare e tutelare tali differenze.

Una sintesi che aspira a bilanciare la quantità delle informazioni disponibili con la rilevanza delle stesse per finalità gestionali dell'Azienda e il primo passo verso la costruzione di un modello di bilancio di genere che, per definizione, deve rendere conto dei risultati ottenuti in termini di (riduzione) delle differenze di genere nei confronti di tutti i portatori di interesse.

I risultati emersi dalla ricerca hanno rappresentato un punto di riferimento storico sul fronte dei diritti delle donne lavoratrici nelle aziende sanitarie toscane e un passo concreto in avanti in tema di raggiungimento degli obiettivi di parità di genere e di pari opportunità rispetto al riconoscimento di principi ampiamente riconosciuti dalla UE come valori fondamentali richiamati come principio trasversale del PNRR.

Nel merito, due indicatori del cruscotto sono entrati a pieno titolo fra gli indicatori monitorati dal sistema di valutazione della performance della sanità toscana nel 2020 e del network delle 11 regioni nel 2021, entrambi coordinati dal Laboratorio MeS. Oggi il modello di bilancio di genere elaborato nella ricerca, fortemente ispirato a principi di pari opportunità, di innovazione, di uguaglianza, universale e adattabile ad

“

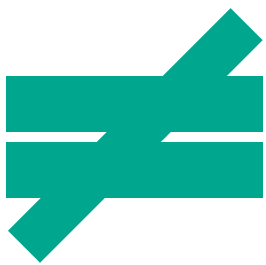
I tempi sono maturi e non più rinviabili perché la “questione di genere” in sanità diventi il faro anche di altre situazioni meno evidenti o ancora insabbiate, che andrebbero misurate e valutate, come fenomeno di massa e non di costume

ogni contesto, per ambiti di policy selezionate e per amministrazioni pre-scelte, rappresenta lo strumento idoneo per analizzare l'impatto dei gender gap sull'organizzazione del lavoro delle aziende sanitarie. Ciò che adesso manca è la verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati, dell'efficacia delle azioni di welfare adottate e il loro monitoraggio nel tempo.

Un'impostazione di questo tipo all'interno delle organizzazioni aziendali diventa funzionale a una logica di creazione di valore, divicolandosi dalla funzione di semplice reportistica e di adempimento ed elevandosi a strumento di misura e di governo del valore delle aziende. L'argomento trattato, se a una prima valutazione può sembrare di nicchia e rinviare a marginali o stereotipati dibattiti sulla condizione femminile, ad una più profonda analisi rappresenta per il nostro Sindacato una tematica “necessaria” e di grande interesse per le aziende sanitarie e le Istituzioni, da inserire nei sistemi di gestione delle politiche del personale e del welfare aziendali. I tempi sono maturi e non più rinviabili perché la “questione di genere” in sanità diventi il faro anche di altre situazioni di discriminazione meno evidenti o ancora insabbiate, che andrebbero, ora, misurate e valutate, come fenomeno di massa e non di costume, perché si innalzino i livelli di attenzione delle Istituzioni al pari delle altre questioni affrontate in sanità. Una grande opportunità, quindi, per migliorare la vita lavorativa non solo delle donne ma anche degli uomini e dei bambini che vivono in quelle famiglie. In termini generali lavorare per ridurre la ‘questione di genere’ vuol significare lavorare per ridurre e le discriminazioni e le disparità e, indirettamente migliorare il welfare aziendale. In questo contesto si inseriscono le recenti novità introdotte grazie alle modifiche (art. 3 legge 162/2021) al Codice delle Pari Opportunità attraverso l'obbligo di redazione, per aziende pubbliche e private, del **rapporto periodico** (Report) sulla situazione del personale maschile e femminile (art. 46 D.Lgs. n. 198/06) che confermano la giusta direzione del lavoro Anaa Toscana – MeS, svolto sinora e le sfide che ci attendono.

Il Report dovrà infatti necessariamente contenere:

- a. i riferimenti relativi al numero de* lavorator* occupati in base al sesso, il numero delle lavoratrici in gravidanza, le assunzioni annuali in base al sesso, l'inquadramento contrattuale, le funzioni svolte con i necessari riferimenti al tempo pieno e ridotto nonché la retribuzione complessiva;



Le disuguaglianze di genere e le sfide di Anaa

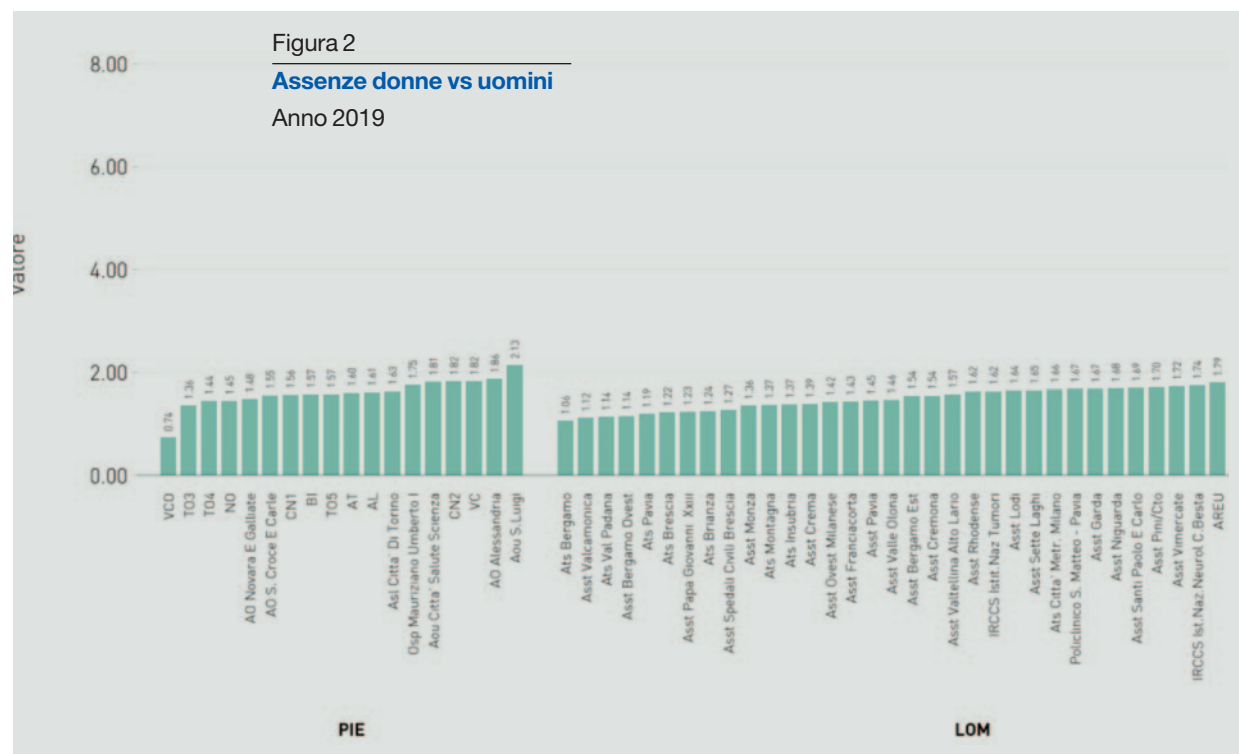
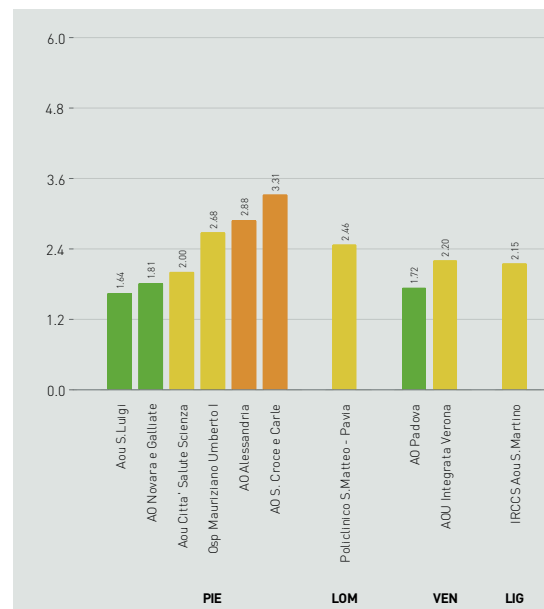
- b. informazioni sulla selezione in fase di assunzione, sulle procedure di reclutamento, di qualificazione professionale e manageriale, sugli strumenti e sulle misure di promozione della conciliazione dei tempi di vita e di lavoro;
- c. le modalità di accesso al rapporto da parte de* dipendent* e delle rappresentanze sindacali dell'azienda interessata.

In questo contesto il lavoro del Sindacato sarà essenziale in punto di confronto, suggerimento e non in ultimo di controllo. Non solo, l'art. 4 della legge 162/2021 ha introdotto per le aziende pubbliche e private, la **certificazione della parità di genere**, ed istituito il Comitato Tecnico permanente sulla certificazione di genere per le imprese (nuovo art. 46 bis D.Lgs. n. 198/06). La Gazzetta Ufficiale del luglio 2022 contiene il decreto attuativo in materia di modalità di certificazione richiamando la Prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022, pubblicata il 16 marzo 2022, contenente «Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici KPI (*Key Performance Indicator* - indicatori chiave di prestazione) inerenti alle politiche di parità di genere nelle organizzazioni. In altro momento saranno esaminati i riferimenti o c.d. KPI da utilizzare ai fini della certificazione. In questa sede è importante segnalare come gli spazi di intervento del nostro Sindacato siano da valorizzare e implementare non solo in chiave di controllo (così come previsto dall'art. 3¹ del decreto attuativo) e successive modifiche o integrazioni, ma in chiave propositiva attraverso la richiesta di introduzione di Regolamenti *ad hoc*, tramite Accordi, Prassi e/o Intese che calino nelle singole realtà i lettori di Performance individuati a livello nazionale. Non va poi dimenticato che il sistema premiale (sgravi contributivi) è previsto solo per il settore privato e forse si dovrebbe riflettere sulla necessità di introdurlo anche nel settore pubblico. Di certo la strada intrapresa attraverso il lavoro Anaa Toscana – MeS si pone nel solco delle Buone Pratiche e con modalità antesignana introduce quelli che poi saranno i temi della Reportistica e della Certificazione della legge 162/2021. Si tratta ora di proseguire nel lavoro intrapreso che a livello regionale vedrà im-

pegnato il Sindacato in Toscana a portare avanti il Progetto “Osservatorio Regionale su Genere Salute e Lavoro – Linee di indirizzo sulle pari opportunità l'uguaglianza nelle Aziende ed Enti del Sistema sanitario toscano”, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) dell'Istituto di Management, della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, la Consigliera Parità e l'InterCUG della Regione Toscana. Uno strumento di misurazione, lettura, valutazione e, monitoraggio nelle aziende pubbliche e private che attraverso la valorizzazione e la tutela delle diversità e delle pari opportunità nelle organizzazioni del lavoro, suggeriscano linee di azioni positive per la loro attuazione e attraverso la predisposizione di un modello di nuovi indicatori gender specifici misurino l'impatto dei gender gap nel lavoro sanitario, gli stati di avanzamento dei risultati e la verifica delle azioni pianificate per la riduzione degli stessi. La certificazione successiva dei risultati raggiunti, secondo criteri di qualità e trasparenza di *gender equality*, diventerà il punto di partenza per una organizzazione che si impegna a recepirne i principi affinché le lavoratrici in sanità, nelle varie fasi del percorso professionale e di vita, dal momento dell'assunzione al pensiona-

1. Art. 3.
L'informativa annuale sulla parità di genere 1. Ai fini del coinvolgimento delle rappresentanze sindacali aziendali e delle consigliere e consiglieri territoriali e regionali di parità e per consentire loro di esercitare il controllo e la verifica del rispetto dei requisiti necessari al mantenimento dei parametri minimi per il conseguimento della certificazione della parità di genere alle imprese, il datore di lavoro fornisce annualmente, anche sulla base delle risultanze dell'audit interno, un'informativa aziendale sulla parità di genere, che rifletta il grado di adeguamento ad UNI/PdR 125:2022.

mento, abbiano chiari e garantiti le opportunità di carriera, le parità retributive, le condizioni di *work-life balance* adeguate alle diverse fasi di vita, in un clima lavorativo che contrasti stereotipi, discriminazioni e ogni forma di violenza e le trattenga “in una cultura della diversità e dell'inclusione”. Questa è la strada da percorrere se vogliamo lavorare per i cambiamenti e non subirli.



Il monitoraggio degli indicatori di genere in sanità

La parità di genere è l'obiettivo strategico internazionale numero 5 dello sviluppo sostenibile. Obiettivo monitorato da diversi organismi internazionali. Ad esempio, l'EIGE, istituto europeo per l'uguaglianza di genere, rappresenta la situazione della parità di trattamento nel genere in diversi paesi rispetto a sei domini: lavoro, denaro, conoscenza, tempo, potere e salute. A loro volta, questi domini sono compo-

sti da due o tre sotto-domini descritti da 31 indicatori (per approfondimenti si rimanda a <http://eige.europa.eu/gender-equality-index>). Un altro organismo che pubblica periodicamente informazioni sulla parità di genere è l'OCSE, l'organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, che ha indagato aspetti dell'uguaglianza di genere in vari ambiti come immigrazione, formazione e settori occupazionali

attraverso rapporti specifici, oltre a fornire periodicamente indicatori di sviluppo economico con il dettaglio per genere.

Nelle rilevazioni dell'EIGE e dell'OCSE l'Italia ottiene, complessivamente, risultati inferiori alla media dei paesi OCSE, tanto che il contrasto alle disuguaglianze di genere è stato inserito come una priorità trasversale a tutte le missioni assieme alle altre due priorità trasversali quali la riduzione delle disparità generazionali e dei divari territoriali.

A questo proposito il sito Openpolis commenta il rapporto del Ministero dell'Economia e Finanza (MEF) "Le disuguaglianze di genere in Italia e il potenziale contributo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per ridurle" citando gli ambiti in cui sono stati indirizzati i finanziamenti per migliorare l'equili-

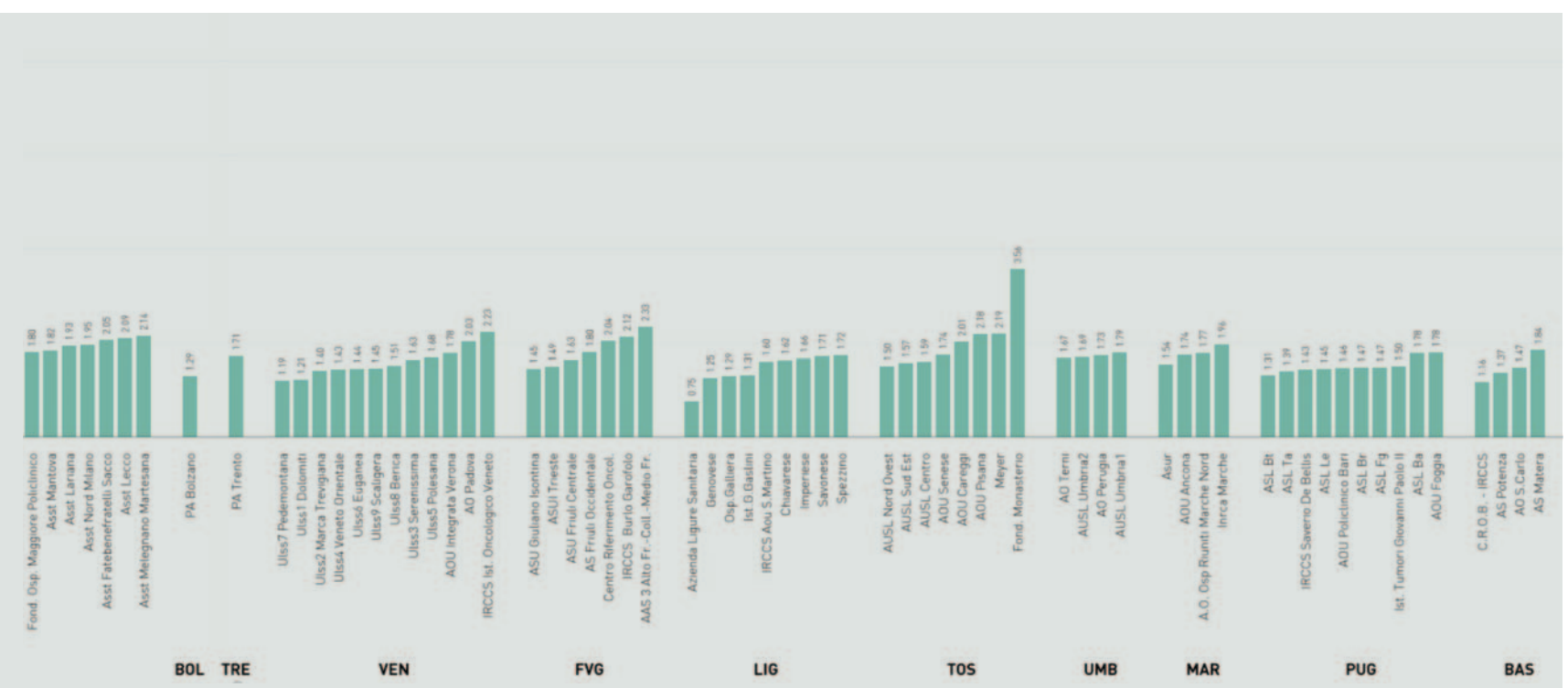
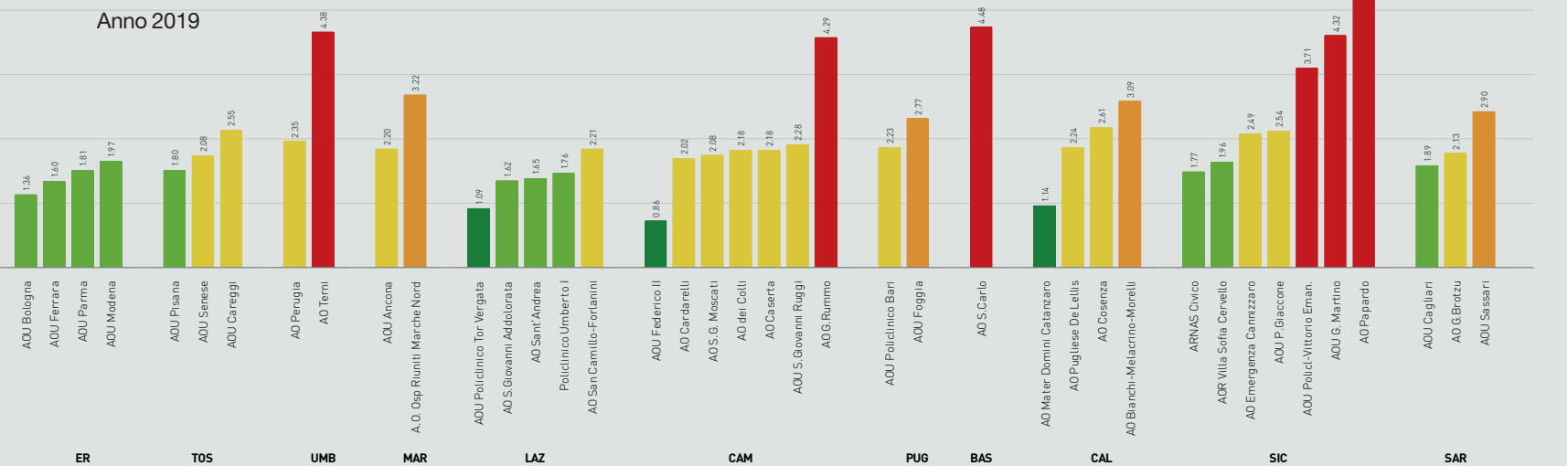


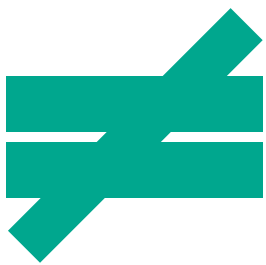
MILENA VAINIERI
Responsabile del Laboratorio Management e Sanità, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Figura 1

SC Soffitto di cristallo

Anno 2019





Le disuguaglianze di genere e le sfide di Anaao

brio di genere. I principali ambiti riguardano il tasso di mancata partecipazione femminile al lavoro (26,3 miliardi) e l'asimmetria nel lavoro familiare nelle coppie con donna di 25-44 (17,2 miliardi)

(per approfondimenti si rimanda <https://www.openpolis.it/le-misure-del-pnrr-che-potrebbero-favorire-la-parita-di-genere/>). Nella missione 6, dedicata alla salute, non sono presenti azioni specifiche volte a ridurre le disuguaglianze di genere tuttavia gli obiettivi presenti nel piano possono avere ricadute indirette come il rafforzamento dell'assistenza domiciliare che potrebbe avere un impatto sulla partecipazione femminile al lavoro.

In modo complementare, la ricerca sul bilancio di genere in sanità condotta dal Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e da Anaao Toscana, partendo da indicatori già presenti a livello internazionale (si vedano ad esempio le sezioni relative al personale degli ultimi rapporti OCSE di Health at Glance), si è focalizzata sulla misurazione della parità di genere all'interno dell'aziende sanitarie. La sanità, infatti, è fra i settori lavorativi (come l'istruzione e i servizi alla persona) a prevalenza femminile.

Dall'analisi svolta con tutte le aziende sanitarie toscane sono emerse due raccomandazioni volte a supportare lo sviluppo di politiche del personale lungimiranti. La prima raccomandazione ha riguardato l'inserimento di un paio di indicatori di genere all'interno del più ampio sistema di valutazione della performance della sanità toscana. La seconda raccomandazione ha riguardato l'avvio di un osservatorio sulle politiche di welfare del personale, con particolare attenzione per il genere, che mettesse a fattor comune le esperienze delle aziende sanitarie (successi e insuccessi) attraverso il confronto periodico dei CUG (comitati unici di garanzia) aziendali e degli altri soggetti istituzionali interessati al tema come il centro di criticità relazionale della Regione Toscana e il centro della medicina di genere. Queste due raccomandazioni sono state recepite dalla Regione Toscana. Nell'edizione del 2020 del sistema di valutazione della performance della sanità toscana erano già presenti gli indicatori relativi alla "percentuale di assenze per genere" e all' "indice del

soffitto di cristallo". I due indicatori, non più focalizzati solo su medici e dirigenti sanitari (come nell'analisi pilota svolta con Anaao Toscana), monitorano due ambiti complementari delle politiche e gestione del personale. Nel 2021 questi due indicatori sono stati inseriti anche nel sistema di valutazione del network delle 12 regioni coordinate dal laboratorio MeS e, nel 2022, sono entrati a far parte del gruppo di indicatori sperimentali per la misurazione della performance delle aziende ospedaliere-universitarie di Agenas. Il rapporto, pubblicato sul sito di Agenas, si riferisce a 52 strutture in tutta Italia (https://www.agenas.gov.it/images/headers/1_REPORT_AOU_Agenas_2019_Completo.pdf) Qual è il messaggio di questi due indicatori e qual è la situazione nelle aziende sanitarie italiane?

La percentuale di assenza per genere può essere interpretata come la capacità delle aziende orientare le proprie politiche del personale a supporto del benessere e del bilanciamento famiglia-lavoro.

Nella figura 2 (pag. 11) si riporta l'ultimo anno a disposizione da parte del network delle regioni del rapporto fra le assenze delle donne rispetto alle assenze degli uomini. Un valore superiore ad 1 indica che le donne si assentano più degli uomini.

È un indicatore che va letto accanto all'indicatore complessivo di percentuale di ore di assenza del personale, già presente nel sistema di valutazione. Come si può notare dall'esempio, il rapporto ottimale, pari a uno, è raggiunto in poche realtà, con una tendenza generale ad avere una probabilità di assenza doppia delle donne rispetto agli uomini. È un indicatore ancora grezzo che include anche le assenze per maternità e non è standardizzato per età, pertanto, nel confronto fra aziende, può risultare più elevato nelle aziende in cui lavorano più donne in età fertile. Tuttavia, se monitorato nel tempo, può aiutare a comprendere se alcune azioni e alcuni investimenti o politiche del personale, hanno avuto effetto.

Il secondo indicatore analizza le opportunità nei percorsi di carriera attraverso l'Indicatore del soffitto di cristallo (glass ceiling index). L'indice soffitto di cristallo è un rapporto che confronta la proporzione di donne che la-

“

Le donne risultano maggiormente impiegate nei settori del commercio, della sanità e dell'istruzione ma, a prescindere dal settore di attività, la presenza femminile tende a diminuire quando si considerano le posizioni di vertice

vorano nell'organizzazione con la percentuale di donne con responsabilità di struttura. È monitorato da The Economist per confrontare i paesi ed è utilizzato da alcune università italiane per misurare la differenza nel raggiungere le posizioni di vertice da parte delle donne. Il rapporto del MEF segnala che "Le donne risultano maggiormente impiegate nei settori del commercio, della sanità e dell'istruzione ma, a prescindere dal settore di attività, la presenza femminile tende a diminuire quando si considerano le posizioni di vertice".

Come per l'indicatore precedente, un valore pari a 1 indica che non c'è differenza tra donne e uomini in termini di possibilità di carriera. Un punteggio inferiore a 1 significa che le donne sono più rappresentate tra coloro che hanno incarichi di struttura e un punteggio superiore a 1 indica la presenza di un soffitto di cristallo, il che significa che le donne sono meno rappresentate nelle posizioni apicali. Più l'indice assume un valore alto, più forte è l'effetto del soffitto di cristallo e più difficile è per le donne fare carriera.

La figura 1 (pag. 11) mostra l'indicatore del soffitto di cristallo presente nel rapporto di Agenas relativo alla sperimentazione sull'anno 2019 come indicatore di valutazione.

Questo indicatore mostra una maggiore variabilità rispetto all'indicatore precedente fra le aziende nei processi di attribuzione degli incarichi di vertice alle donne all'interno delle aziende ospedaliere.

Se da un lato il numero di indicatori calcolati per migliorare la parità di genere è limitato rispetto ai rapporti specifici o ai modelli sul bilancio di genere, dall'altro lato uno dei punti di forza di questo percorso è quello di aver inserito questi indicatori in un sistema di valutazione multidimensionale. Un passo importante per includere le politiche di genere in sistemi già in uso.



Assumere specializzandi mediante il DL Calabria “è una proposta intelligente”

Il virgolettato del titolo si riferisce ad una dichiarazione del Governatore della Regione Calabria e commissario straordinario alla sanità calabrese Roberto Occhiuto il giorno successivo all'incontro con Settore Anaaio Giovani (Nazionale e regionale).

Nella riunione, il Governatore ha chiesto a noi giovani rappresentanti se avessimo qualche proposta per contrastare l'enorme carenza di specialisti in Calabria, che ha portato a firmare un accordo internazionale per il reclutamento di medici cubani. La nostra risposta è stata la totale condanna dell'utilizzo di medici stranieri perché in Italia, ivi inclusa la Calabria, la carenza di personale è cronica, può e deve essere risolta anche e soprattutto con il reclutamento dei medici specializzandi calabresi degli ultimi anni di corso attraverso il cosiddetto “DL Calabria”, che è in vigore in tutto il territorio nazionale da oltre due anni.

Il Governatore Occhiuto, davanti alle nostre argomentazioni, ha immediatamente accolto la nostra proposta ed ha avviato una manifestazione d'interesse regionale rivolta ai medici specializzandi, prima nel suo genere in Italia, per il reclutamento di medici specializzandi mediante il DL Calabria con un contratto di 30 ore settimanali che è stato, dopo la nostra attività sindacale, aumentata a 32 come stabilito dalla legge.

Da una recente survey di Anaaio Giova-



GIAMMARIA LIUZZI
Responsabile
Nazionale Anaaio
Giovani

ni, oltre il 90% degli specializzandi è favorevole al DL Calabria e sarebbe disposto ad essere assunto a tempo determinato con automatica trasformazione a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialità. Difatti, la manifestazione d'interesse è stata accolta in maniera positiva dagli specializzandi calabresi che in queste settimane stanno aderendo con convinzione e soddisfazione, segno che il medico in formazione specialistica non si sente uno “studente” vincitore di borsa di studio ministeriale ma un professionista medico che vuole usare il proprio know-how per compiere il prima possibile atti medici come dirigente medico nel servizio sanitario nazionale. Peccato però che in troppe realtà italiane, a qualunque latitudine, troppi direttori di scuola di specializzazione non vedono di buon occhio una legge dello Stato e addirittura ostacolano l'assunzione degli specializzandi.

Di seguito è riportata una lettera di un medico in formazione che racconta il ritardo del proprio direttore di scuola a inviare il piano formativo all'azienda sanitaria che intendeva assumere lo specializzando, nonostante l'accordo quadro della Conferenza Stato Regioni disponga un tempo massimo di 15 giorni. La situazione specifica dello specializzando è stata prontamente risolta, ma ci dà un estratto chiaro e limpido dello stato dell'arte in Italia riguardo l'assunzione degli specializzandi e co-

me Anaaio non possiamo che continuare ad attuare tutte le attività sindacali per potenziare e soprattutto far attuare la legge.

Il testo della lettera è il seguente: “Gentile Associazione, sono un medico di medicina interna di una scuola di specializzazione del Nord Italia e non me ne vogliate, ma preferisco restare anonimo. Sono iscritto al 4° anno e ho partecipato ad un concorso a tempo indeterminato su diversi posti a bando, l'80% eravamo Specializzandi. L'azienda sanitaria che ha bandito il concorso, facente parte della rete formativa di un'altra scuola di specializzazione, mi ha inviato la PEC di assunzione a tempo determinato (il cosiddetto DL Calabria) per svolgere i 18 mesi come stabilito dalla legge. Purtroppo però il mio Direttore si è impuntato nel non concedermi il piano formativo e da tre mesi blocca la mia assunzione e non mi ha nemmeno degnato del motivo per cui va contro una legge dello stato, motivo che è facilmente intuibile: perdere una forza lavoro in un reparto universitario che si regge prevalentemente sul lavoro degli specializzandi. La mia compagna e mia figlia di tre anni vivono a 70km dalla sede di specialità e sono costretti a pagare l'affitto di un monolocale dove svolgo la mia formazione per evitare di fare 140km al giorno, lavoro oltre l'orario stabilito per legge e faccio il tutor agli specializzandi più piccoli. L'ospedale dove ho vinto il concorso è proprio dove vive la mia famiglia, che è anche la mia città natale, ma nonostante sia un diritto sancito dalla legge sono mesi che mi tengono ostaggio in specializzazione. Sono schifato da questa nonchalance nel non rispettare un mio diritto sacrosanto, e sto iniziando a pensare di firmare il contratto indipendentemente dal direttore e non mi interessa nulla se mi mette un voto pessimo o mi bocchia all'esame di passaggio, perché se si azzarda vado dritto in procura. Sono addirittura malvisto dagli altri Specializzandi perché, se vado via io, ci sono più turni per loro e sono stati loro a spifferare al direttore che avevo svolto il concorso. Questo è un sistema marcio e non nascondo di andarmene nella vicina Svizzera appena ne avrò occasione”.

La tregua che la pandemia sembra concederci consente un ritorno alla normalità delle attività ospedaliere siano esse di ricovero che ambulatoriali e diagnostiche

I laboratori di Microbiologia e le unità operative di Medicina di Laboratorio, nella malaugurata ipotesi di una ripresa del numero di casi e contagi, sono comunque preparate a riproporre l'attività diagnostica che consisteva nella processazione di migliaia di campioni al giorno per Sars-CoV2.

Se dovessimo citare cosa la pandemia Covid-19 ci ha insegnato dovremmo sicuramente rispondere valutando due campi di interesse per una corretta risposta, uno di natura scientifica ed uno di natura organizzativa - gestionale.

Molto abbiamo imparato sul piano scientifico e culturale partendo dal nulla perché dobbiamo sottolinearlo e mai dimenticarlo, eravamo tutti, nessuno escluso, ignoranti su quanto stava accadendo. La comunità scientifica, in tutte le sue discipline, ha applicato da subito quello che dovrebbe essere un principio universale tra professionisti in caso di eventi straordinari come una pandemia ovvero l'immediata condivisione di tutti i dati e le esperienze che ciascuno poteva esprimere in quei momenti.

Il successo scientifico è documentato dalla rapidità dell'approntamento dei sistemi diagnostici ormai affinati in tutte le loro possibilità (tamponi con rilevazione molecolare del virus e tamponi con rilevazione antigenica); dagli studi che hanno portato alla preparazione dei vaccini ed alla loro somministrazione che sono l'unica arma, e deve essere costantemente ribadito, per contrastare in modo preventivo e sicuro l'insorgere di una malattia da infezione e, non per ultimo, l'approntamento di antivirali specifici e di anticorpi monoclonali per i trattamenti terapeutici.

Purtroppo non possiamo registrare gli stessi successi ottenuti sul versante scientifico, anche sul versante gestionale-organizzativo, soprattutto per i servizi di Medicina di Laboratorio ed in particolare di Microbiologia e Virologia.

Abbiamo assistito, sin dall'inizio della pandemia, alla dimostrazione di come l'assenza di una rete per la diagnostica Microbiologica, più volte richiesta, generasse gravi problemi nel rispondere alle continue richieste che il particolare momento richiedeva.

Si sono sprecati tempo e denari nell'implementare piccoli laboratori quando la

Si è imparato qualcosa dalla Pandemia?



PIERANGELO CLERICI

Direttivo Nazionale Anaao Assomed Dirigenza Sanitaria – Presidente FISMeLab



concentrazione in *hub* dedicati avrebbe consentito una migliore gestione delle decine di migliaia di tamponi che dovevano essere processati quotidianamente in ogni regione. Abbiamo vissuto trasmissioni di tamponi da una regione all'altra senza nessun costrutto logico, abbiamo assistito all'acquisizione di decine di strumenti per l'analisi molecolare senza una logica di sistema, solo alcune regioni (ad es. la Lombardia) hanno concentrato un'attività di acquisto al fine di distribuire razionalmente strumenti e reagenti ove le necessità reali lo richiedevano evitando la caccia all'accaparramento delle singole Aziende ospedaliere.

Tutto questo ha anche avuto un costo economico che al momento non è stato ancora quantificato ma che rivelerà spiacevoli sorprese. La carenza di personale, ormai cronica negli ultimi anni, con il 25% in meno di dirigenti e tecnici di laboratorio ha avuto una parziale soluzione con il primo decreto dello stato di emergenza che ha consentito alle singole amministrazioni di poter assumere, solo per il periodo emergenziale, personale adeguato a mantenere un servizio diagnostico H 24. Non dobbiamo inoltre dimenticare che sui laboratori di Microbiologia oltre all'attività diagnostica per Covid è stato riversato un immane lavoro burocratico finalizzato alla raccolta dati ed al tracciamento dei casi, attività questa che in un qualsiasi paese civile sarebbe stata svolta da personale amministrativo e non sanitario, personale amministrativo che si è preferito porre in *smartworking* distogliendo così preziose risorse. Certo è che la realizzazione di un sistema di rete delle Microbiologie resta fondamentale nel nostro Paese e lo sforzo che le singole Regioni stanno approntando ognuna a suo modo, grazie al titolo V° della Costituzione, non sarà mai sinergico ad attività di controllo nazionale poiché verrà parcellizzato nelle singole realtà di cui si pagheranno le conseguenze in casi di emergenze epidemiche. Con il decreto Ristori Bis del maggio 2021 sono stati messi a disposizione 46 milioni di Euro (portati poi a 61 con diversa distribuzione alle Regioni) per il riordino della rete dei laboratori, sarebbe interessante comprendere come e quando questa attività di riordino andrà a completamento anche perché se è pur vero

che riorganizzando il sistema qualcosa si può migliorare è pur vero che la mancanza di personale non consente di mantenere standard di operatività e di qualità ottimali.

L'assunzione in regime di emergenza del personale dirigente e tecnico aveva consentito ai laboratori di Microbiologia di poter attivare il 90% dei laboratori in modalità H24 garantendo così anche attività su diagnostiche non Covid importanti come ad esempio la diagnostica della Sepsis che ricordiamo è una patologia tempo dipendente.

Questa situazione che consentiva di soddisfare le esigenze cliniche e interventi terapeutici immediati (si pensi alle terapie antibiotiche mirate oggetto del Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza) è venuta meno con il mese di maggio 2022 e la cessazione dello stato di emergenza per cui tutti coloro assunti per il contrasto al Covid sono stati licenziati riportando così le lancette dell'orologio al 2019 dimenticandosi che in questi 3 anni molti hanno raggiunto il tempo della pensione.

È pur vero che la lungimiranza non appartiene ad una classe politica che deve capitalizzare ogni anno i propri voti in un Paese dove mediamente ogni 8-10 mesi c'è una qualsivoglia tornata elettorale ma non comprendere che riorganizzare il sistema secondo indicazioni ed esperienze dal campo e che avere personale per la copertura dei servizi, e si badi non in più ma almeno per coprire i posti vacanti, ha consentito di fornire diagnostiche non solo Covid nell'arco delle 24 ore ma anche per molte altre patologie.

Il futuro dei laboratori di Microbiologia, la cui attività diagnostica sarà preponderante, visto l'ormai globalità della diffusione delle infezioni (ad esempio Monkey Pox, West Nile) deve necessariamente transitare da una profonda riforma del sistema che veda però i professionisti delle discipline coinvolte al tavolo come decisori insieme alle istituzioni e non, come accade troppo spesso, da semplici spettatori.

Alla domanda iniziale: si è imparato qualcosa dalla pandemia? Potremmo rispondere che gli alunni (noi) hanno sicuramente svolto i loro compiti diligentemente ma gli Insegnanti (la classe politica) continua a mostrarsi molto impreparata.

DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2022, N. 105

Le nuove regole sui congedi per conciliare attività lavorativa e vita privata dei genitori e di chi presta assistenza

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto legislativo 30 giugno 2022, n. 105 di attuazione della direttiva UE n. 2019/1158 in materia di conciliazione tra attività lavorativa e vita privata per i genitori e i prestatori di assistenza, si introducono delle novità importanti in materia di congedo di paternità obbligatorio, congedo parentale, assistenza alle persone con disabilità. Il decreto legislativo, in

vigore dal 13 agosto 2022, detta altresì nuove regole per il diritto all'indennità di maternità in favore delle lavoratrici autonome e delle libere professioniste, nonché in materia di priorità di accesso allo smart working e al part-time. Salvo che non sia diversamente specificato, le disposizioni sono direttamente applicabili anche ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni

Congedo di paternità obbligatorio

Art. 25-bis d.lgs. 26/03/2001, n.151, come modificato dal d.lgs. 105

- Ha una durata massima di **dieci giorni lavorativi** (aumentato a venti in caso di parto plurimo), non frazionabili ad ore, da utilizzare anche in via non continuativa;
- è fruibile dai **due mesi precedenti** la data presunta del parto ed **entro i cinque mesi successivi**, e, entro lo stesso arco temporale, anche in caso di morte perinatale del figlio;
- è fruibile dal padre anche **durante il congedo di maternità** della madre lavoratrice;
- si applica anche al **padre adottivo o affidatario**;
- è riconosciuto anche al padre che **fruisce del congedo di paternità alternativa**;
- i congedi di paternità vanno comunicati in forma **scritta** con un anticipo di cinque giorni ove possibile in relazione all'evento nascita, sulla base della data presunta del parto;
- sono **interamente retribuiti** (al 100%), anche sotto un profilo contributivo;
- eventuali ostacoli alla fruizione (rifiuto e/o opposizione) sono punibili con **sanzioni amministrative**.

Congedo parentale – trattamento economico

Art. 34 d.lgs. 26/03/2001, n.151, come modificato dal d.lgs. 105

Con la nuova normativa per i congedi parentali disciplinati all'articolo 32 del testo unico (dieci mesi complessivi di congedo, con un tetto massimo di sei mesi per ciascun genitore) fino al **dodicesimo** anno (e non più fino al sesto) sia alla madre che al padre spetta:

- **per tre mesi**, non trasferibili all'altro genitore, una indennità, **pari al 30 per cento della retribuzione**;
- **un ulteriore** periodo di congedo della durata complessiva di **tre mesi**, **sempre in alternativa tra loro**, per i quali spetta un'indennità pari al 30 per cento della retribuzione. Nel caso vi sia un solo genitore, allo stesso spetta un'indennità pari al 30 per cento della retribuzione per un periodo massimo di **nove mesi**;

“

Il decreto legislativo detta altresì nuove regole per il diritto all'indennità di maternità in favore delle lavoratrici autonome e delle libere professioniste

- i periodi di congedo parentale **sono computati nell'anzianità di servizio** e non comportano riduzione di ferie, riposi, tredicesima mensilità, ad eccezione degli emolumenti connessi all'effettiva presenza in servizio;
- restano, invece, immutati i limiti massimi individuali e di entrambi i genitori ovvero:
 - **la madre** può fruire di massimo 6 mesi di congedo parentale per ogni figlio entro i primi dodici anni di vita o dall'ingresso in famiglia in caso di adozione o affidamento;
 - **il padre** può fruire di massimo 6 mesi (elevabili a 7 mesi nel caso in cui si astenga per un periodo intero o frazionato non inferiore a 3 mesi) per ogni figlio entro i primi dodici anni di vita o dall'ingresso in famiglia in caso di adozione o affidamento;
 - **entrambi i genitori** possono fruire complessivamente massimo di 10 mesi di congedo parentale (elevabili a 11 mesi nel caso in cui il padre si astenga per un periodo intero o frazionato non inferiore a 3 mesi) per ogni figlio entro i primi dodici anni di vita o dall'ingresso in famiglia in caso di adozione o affidamento;
- **al genitore solo e anche al genitore nei confronti del quale sia stato disposto l'affidamento esclusivo del figlio**, sono riconosciuti **undici mesi** (e non più dieci mesi) continuativi o frazionati di congedo parentale, di cui **nove mesi** (e non più 6 mesi) sono indennizzabili al 30 per cento della retribuzione;
- eventuali ostacoli alla fruizione (rifiuto e/o opposizione) sono punibili con **sanzioni amministrative**.

Riposi e permessi straordinari

Art. 42 co. 5 d.lgs. 26/03/2001, n.151, come modificato dal d.lgs. 105

Novità anche per il congedo straordinario (ovvero due anni nell'arco della vita lavorativa interamente retribuiti e coperti da contribuzione figurativa) per l'assistenza a familiari disabili con l'introduzione del **“convivente di fatto”** tra i soggetti prioritari cui spetta il congedo, con pari diritti del coniuge e della parte dell'unione civile, anche se la convivenza si è **instaurata dopo la richiesta del congedo**.

Permessi per assistere persone con disabilità

Art. 33 co. 2-3 Legge 104/1992, come modificato dal d.lgs. 105

Sono apportate modifiche all'articolo 33 della Legge 104/1992. In particolare:

- la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, di minore con disabilità in situazione di gravità possono chiedere ai rispettivi datori di lavoro di usufruire di **2 ore di permesso giornaliero retribuito fino al compimento del terzo anno di vita del bambino**, in alternativa al prolungamento fino a 3 anni del congedo parentale;
- il lavoratore dipendente, pubblico o privato, ha diritto a fruire di 3 giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa, per assistere una persona con disabilità in situazione di gravità, che non sia ricoverata a tempo pieno, rispetto alla quale il lavoratore **sia coniuge, parte di un'unione civile, convivente di fatto, parente o affine entro il secondo grado**. In caso di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i 65 anni di età, il diritto è riconosciuto a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità. Fermo restando il limite complessivo di 3 giorni, il diritto può essere riconosciuto, su richiesta, a **più soggetti tra quelli sopra elencati, che possono fruirne in via alternativa tra loro**. Viene in questo modo **eliminato il principio del cosiddetto “referente unico dell'assistenza”**.
- Viene fatto **divieto di discriminazione** ai beneficiari di tali disposizioni.

Priorità all'accesso allo smart working e al part time

In breve è garantito un **diritto prioritario ad accedere** al lavoro agile e a tutte le forme di smart-working e lavoro flessibile:

- **ai lavoratori che usufruiscono dei permessi per assistere figli e/o familiari con disabilità**. Restano ferme le eventuali previsioni più favorevoli previste dalla contrattazione collettiva nel settore pubblico e privato;
- ai dipendenti con **figli fino a 12 anni di età o senza limiti di età in caso di figli in condizioni di disabilità**. La stessa priorità è riconosciuta ai lavoratori con disabilità in situazione di gravità accertata o che siano caregivers;
- in caso di **patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative riguardanti anche la parte di un'unione civile o il convivente di fatto**;
- I lavoratori che usufruiscono di tali diritti **non possono essere discriminati**, sanzionati, demansionati, licenziati trasferiti o sottoposti ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro, pena la nullità della misura.

La sanità secondo

GIORGIA MELONI



Segue da pagina 3

re la parte sanità del suo programma elettorale ci rimanda all'Oms e alla ormai ecumenica sua definizione di salute: "Secondo l'Oms, la salute è "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "l'assenza di malattie o infermità".

"È tempo - si legge nel programma di FdI - che la sanità pubblica torni ad occuparsi del benessere del cittadino nella sua totalità, offrendo soluzioni di prossimità, in tempi ragionevoli, e di qualità".

"Bisogna superare l'emergenza pandemica, avendo ben chiara l'importanza della sanità per la nostra Nazione, attraverso una nuova visione di benessere che derivi dalla prevenzione, da un efficiente sistema di cura territoriale e dall'attenzione a tutte le malattie", conclude la breve introduzione al capitolo sanità di FdI.

E che "Superare lo stallo della pandemia" sia uno dei punti forti del programma lo conferma il fatto che passando alla lettura del capitolo dedicato, esso figura al primo posto.

Ma come superarlo? Prima di tutto ripristinando "le prestazioni ordinarie e le procedure di screening", poi, rafforzando "la medicina predittiva con un meccanismo di premialità nell'accesso al sistema sanitario per chi segue un regolare e concordato percorso di monitoraggio dello stato di salute".

E qui scopriamo una prima vera novità del programma di Meloni con l'idea di premiare con modalità di accesso alle cure più veloci chi è più attento alla propria salute. Idea suggestiva ma ovviamente tutta da declinare sia negli aspetti pratici che in quelli etici sui quali già nel passato ci furono accesi dibattiti a proposito del cosiddetto "stato etico".

Sempre in tema di ripresa dopo la pandemia, FdI promette "l'abbattimento dei tempi delle liste di attesa" e, un'altra novità, la "creazione di un'autorità Garante della Salute, indipendente a livello amministrativo, con poteri ispettivi e di segnalazione alle autorità competenti, a cui ogni cittadino possa rivolgersi per carenze di qualità o mancato accesso ai servizi".

Se capiamo bene si tratterebbe quindi di una nuova Authority, tipo quel-

“

FdI mette nero su bianco l'impegno a "ridurre le disuguaglianze tra le Regioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei Livelli essenziali di assistenza (Lea)" ma senza spiegare bene come e senza toccare il tema dell'autonomia differenziata molto caro alla Lega

le già operative sulla concorrenza o sulla privacy, alla quale spetterebbe di vigilare e verificare sulla "malasanità".

Andando poi avanti con il programma troviamo l'impegno a "Promuovere la sinergia tra medici di base e sistema ospedaliero del territorio anche attraverso una piattaforma centralizzata e informatica regionale di prenotazione per la diagnostica e l'ospedalizzazione, con la possibilità per i medici di base di effettuare un certo numero di prenotazioni urgenti in ospedale e centri diagnostici".

In sostanza una sorta di "super Cup" con un ruolo attivo dei medici di base.

E poi la "possibilità per il cittadino di consentire l'accesso al proprio Fascicolo sanitario elettronico anche a medici di medicina generale, infermieri e farmacisti" e la promessa di "incentivare la diffusione e lo sviluppo della telemedicina, delle cure domiciliari e dei presidi territoriali nelle aree interne a scarsa densità abitativa". FdI mette poi nero su bianco l'impegno a "ridurre le disuguaglianze tra le Regioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei Livelli essenziali di assistenza (Lea)" ma senza spiegare bene come e senza toccare il tema dell'autonomia differenziata molto caro alla Lega.

Meloni promette poi di "estendere i Lea alle cure odontoiatriche essenziali" ovviamente da definire e di superare "il sistema di accesso alle facoltà a numero programmato e chiuso", tramite "accesso per tutti al primo anno e selezione per il passaggio al secondo anno", in sostanza il cosiddetto "modello francese".

Impegno anche per il "potenziamento della figura dello psicologo scolastico", per "l'incremento e l'utilizzo del Fondo per la cura dei soggetti con disturbi dello spettro autistico" e "l'aggiornamento del piano oncologico nazionale".

Poi un'idea slogan suggestiva quella della creazione di "città cardioprotette", favorendo "la dotazione, manutenzione e ricarica dei defibrillatori nei Comuni italiani".

E poi l'impegno "all'aggiornamento costante dei piani pandemici e dei piani di emergenza".

E arriviamo al capitolo Covid. Per FdI il "contrasto al Covid-19 e alle nuove minacce" deve avvenire attraverso "misure strutturali", come la "ventilazione meccanica controllata nelle scuole e negli uffici, e il potenziamento dei trasporti".

Ma non ci dovrà più essere alcun "obbligo di vaccinazione contro il Covid-19", e dopo le elezioni, in proposito, il responsabile sanità del partito Marcello Gemmato ha chiarito che non sarà prorogato neanche l'obbligo per i sani-

tari in scadenza il prossimo 31 dicembre, che andrà sostituito con "informazione, promozione e raccomandazione alla vaccinazione", in particolare per "fasce d'età a rischio e situazioni di fragilità". Inoltre bisognerà garantire "piena libertà di scelta tra i vaccini autorizzati dall'EMA e dall'Aifa e richiami".

E ancora "nessuna reintroduzione del green pass" mentre si prevede la "possibilità di screening negli ambienti a rischio, a tutela dei soggetti fragili".

E poi l'impegno all'istituzione di "una commissione d'inchiesta sulla gestione medica ed economica della pandemia da Covid-19 nonché sulle reazioni avverse da vaccino".

Un paragrafo a parte è poi dedicato al "benessere psicologico" definito la "cenerentola del Ssn". "L'attenzione alle cure del benessere psicologico - si legge nel programma - è fondamentale per garantire la salute delle persone ma, altresì, per migliorare la qualità delle relazioni, della convivenza e della vita, incidendo sui percorsi di affermazione e realizzazione nel contesto lavorativo". Per FdI è quindi importante "a oltre 40 anni dalla legge istitutiva del Ssn", "innovare e potenziare i servizi di salute mentale, la neuropsichiatria infantile e i servizi per le dipendenze patologiche, oltre che creare una rete per la prevenzione e promozione del benessere psicologico, in grado di fare perno sulla scuola, nelle cure primarie e sui servizi del welfare".

"Il bonus psicologico, che abbiamo sostenuto in Parlamento - si legge ancora nel programma - è un primo passo per dare attenzione al bisogno insoddisfatto di cura del benessere psichico ma, evidentemente, non è né sufficiente né esaustivo. Le nostre proposte prevedono l'introduzione dello Psicologo Scolastico nell'organico della scuola, così come il potenziamento delle cure primarie, mediante l'affiancamento, ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta, del cosiddetto Psicologo di Base, oltre alla proposta di legge sulla convenzionabilità della psicoterapia".

"Vogliamo costruire uno Stato che garantisca i servizi socio-sanitari per aiutare effettivamente le persone a superare le difficoltà psicologiche e, così facendo, prevenire anche manifestazioni psichiatriche più gravi. È in gioco la salute degli italiani, la possibilità di stare meglio con se stessi e con gli altri, di vivere una vita piena e soddisfacente, per far sentire realizzate le persone che, attivamente, dovranno contribuire a risolvere l'Italia", conclude il programma sanità del partito che ha vinto le elezioni.

C.F.



**Difendiamo
il nostro lavoro.
Difendiamo
la tua salute.**

2022



**La sanità
pubblica
non si vende:
si difende.**

2022