

# di

# dirigenza medica

- 6 **Contributi**  
Le possibili ipotesi di stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria
- 8 **Focus SSN**  
I numeri del Conto Annuale
- 12 **Anaao Giovani**  
I giovani hanno voglia di sindacato
- 14 **Dirigenza Sanitaria**  
Vademecum del vaiolo delle scimmie

Il mensile dell'Anaao Assomed

**ANA AO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



**Intervista al Segretario nazionale  
Pierino Di Silverio**

# Prova A SCENDERE IN PIAZZA

**Contro** il regionalismo differenziato e la privatizzazione del Ssn

**A favore** di investimenti nella sanità pubblica e nel suo personale

## Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza  
medica**

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

Sede di Milano:  
via D. Scarlatti, 27

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

**Direttore**  
Carlo Palermo

**Direttore responsabile**  
Silvia Procaccini

**Comitato di redazione:**

Claudio Aurigemma  
Giorgio Cavallero  
Pierino Di Silverio  
Fabio Florianello  
Filippo Gianfelice  
Domenico Iscaro  
Elisabetta Lombardo  
Cosimo Nocera  
Anita Parmeggiani  
Alberto Spanò  
Anna Tomezzoli  
Costantino Troise  
Bruno Zuccarelli

**Coordinamento redazionale**

Ester Maragò

**Progetto grafico  
e impaginazione**

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 luglio 2022

## Intervista al Segretario nazionale Pierino Di Silverio



Contro il regionalismo differenziato e la privatizzazione del Ssn

**PRONTI A SCENDERE IN PIAZZA**

Investire nella sanità pubblica e nel suo personale

**Il neo eletto Segretario nazionale dell'Anaa Assomed risponde alle nostre domande sulle prospettive della sanità e dei sanitari italiani alla luce della caduta del Governo e più in generale sulle prospettive di rilancio del settore e di chi ci lavora**

**La crisi di governo** è stato un atto di irresponsabilità senza precedenti. Il Pnrr rischia di diventare un'opera di edilizia sanitaria per costruire delle cattedrali nel deserto. Bocciata anche la riforma del territorio che non tiene conto dell'interazione tra questo e l'ospedale.

Ma c'è un unico fil rouge che collega tutti i problemi: manca la volontà di investire sul personale sanitario. "Io qui dietro ci vedo la volontà di distruggere il nostro sistema sanitario universalistico e di trasformarlo in un sistema privato o semi-privato.

Questo sarebbe deleterio per il nostro Paese e noi saremo pronti a fare le barricate anche in piazza".

Ne è convinto il neo eletto segretario nazionale Anaa Assomed **Pierino Di Silverio**, che in questa intervista dopo la sua elezione al vertice del sindacato fa il punto sull'attualità gettando uno sguardo anche sul prossimo futuro.

A cominciare dalla possibile approvazione di una legge quadro sul regionalismo differenziato, uno "scempio" che finirebbe per acuire ulteriormente quella "frattura sociale e sanitaria che già esiste oggi tra Sud e Nord". Duro il giudizio del segretario nazionale Anaa Assomed anche sul modello aziendalistico in sanità: "Ha fallito, il paradigma italiano errato è quello di considerare la sanità come un costo e non una risorsa. E questo lo dobbiamo cambiare, con le buone o con le cattive".

**Innanzitutto, come giudica la crisi politica che ha portato alla caduta del governo Draghi e ad elezioni anticipate a settembre?**

Far cadere il governo è stato un atto di irresponsabilità civica e sociale senza precedenti. Tutto questo è avvenuto in un momento in cui dovevamo ancora finire di destinare i fondi

Covid, è ancora in essere una riforma del sistema sanitario ospedaliero e territoriale, si dovevano ancora stabilire le risorse di una legge di bilancio che avrebbe dovuto dare segnali chiari e reali al mondo della sanità hanno pensato bene di far prevalere interessi personali e politici piuttosto che risolvere i problemi dell'Italia. Andremo dunque al voto ma una cosa è certa: non pensino di passarla liscia. Il nuovo governo, qualunque questo sarà, si troverà di fronte una marea montante di medici che faranno sentire in tutti i modi la loro voce. Usciremo dagli ospedali con tutte le modalità possibili. Non solo per un giorno con uno sciopero ma anche in altri modi perché a quel punto si avrà un'emorragia di medici non più naturale ma provocata. Inoltre cominceremo a denunciare tutte le aziende per quel che riguarda la 81/08 che è la legge sulla sicurezza sul lavoro. Se tutto questo non basterà a dimostrare quanto conta il medico e il dirigente sanitario per il Ssn, mediteremo e mediteranno su un'assistenza privata. Ma si ricordassero che pazienti lo siamo tutti.

Torniamo al congresso Anaa di Napoli, in apertura l'ex segretario e attuale presidente Carlo Palermo ha lanciato un allarme sulla situazione del Ssn. Gover-

nuovo

## Intervista al Segretario nazionale Pierino Di Silverio



no e Parlamento già da mesi prima della crisi prospettavano invece un futuro ben più roseo per il settore grazie ai finanziamenti straordinari arrivati con l'emergenza Covid e a quelli del Pnrr. Come si spiega una lettura così diversa? Penso si tratti di un sistema di divergenze convergenti. Mi spiego meglio. È vero che durante l'emergenza Covid sono stati fatti investimenti maggiori in sanità ma sappiamo anche che in rapporto al Pil la spesa sanitaria nei prossimi due anni tornerà a livelli più bassi di quelli del 2019, quindi si è trattato di un innesto economico relativo e momentaneo. Ma, soprattutto, ancora una volta non si è ragionato nel programmare l'elezione ma solo nel programmare l'emergenza.

### Cosa intende?

Il Covid ha messo in evidenza una disgregazione del sistema, soprattutto una mancata collaborazione tra ospedale e territorio, di fatto non esiste una medicina di prossimità organizzata. Il Governo, per risolvere il tema relativo alla riforma della medicina territoriale ha varato il DM 77. Ma se provi a risolvere il problema della medicina territoriale senza considerare quella ospedaliera ti troverai di fronte a due problemi: senza integrazione ospedale-territorio non avrai né medici né organizzazione. Si stanno spendendo miliardi per infrastrutture senza considerare che non si ha il personale sanitario necessario per farle funzionare. E non lo si ha perché non sono stati programmati i corretti fabbisogno negli anni passati, senza considerare poi il problema ancora più grande alla base.

### Quale sarebbe?

La professione medica nell'ospedale non è più allettante. E non lo è per i seguenti motivi: economico, di diritti, condizioni di lavoro e progressione di carriera. O si trova soluzione a questo o non si riuscirà a risolvere nulla. Ad oggi il DM 77 non specifica neanche chi fa co-

sa. Quel testo mi dice soltanto che il medico di medicina generale, come normale che sia, sarà interessato a questo nuovo processo ma non spiega con quali medici l'ospedale di comunità pretende di poter portare avanti un'assistenza h24, né con quali medici ha intenzione di gestire le case della salute per i pazienti cronici. Perché attenzione, quando parliamo di pazienti cronici o lungodegenti dobbiamo anche pensare alle specializzazioni che sono inerenti alla gestione di quei pazienti. O forse si vuole fare come nei Pronto Soccorso dove a fronte delle carenze di personale si vuole cooptare in maniera illegale medici di tutte le altre branche?

### Mi verrebbe da aggiungere che, al di là degli specializzandi, anche nel Pnrr non si parla mai di personale.

Esattamente. Il Pnrr è una vergogna, vengono stanziati 20 miliardi per la sanità di cui 7 miliardi per le infrastrutture di prossimità e soli 2 miliardi per il personale con i quali si dovrà anche rinnovare un contratto di lavoro già scaduto. Da una parte si dice che non ci sono risorse per il personale quando queste sono state destinate ad altro, creando infrastrutture che rischiano di diventare cattedrali nel deserto senza medici e quel personale sanitario necessario per farle funzionare; dall'altra parte gli ospedali ricorrono alle cooperative per gestire i servizi di emergenza che costano il doppio, il tutto senza diritti per i medici e senza specialità. Quindi in realtà non è corretto dire che non ci sono risorse, il problema è che queste vengono investite male.

### Altro tema è quello delle liste d'attesa. Il governo nei mesi scorsi ha varato stanziamenti ad hoc per il loro recupero. Un problema annoso aggravato dall'emergenza Covid. Esiste il rischio di una silente privatizzazione del Ssn?

Il rapporto Agenas su questo tema ha

“  
*Il Covid ha messo in evidenza una disgregazione del sistema, soprattutto una mancata collaborazione tra ospedale e territorio, di fatto non esiste una medicina di prossimità organizzata*

messo in evidenza azioni scandalose come quelle applicate dalla Regione Sardegna. Lì si è arrivati a bloccare l'attività libero professionale che è un diritto del medico. Le liste di attesa non si recuperano di certo pretendendo che il medico rimanga a lavorare in ospedale a costi indecorosi. Il problema si recupera a monte lavorando sull'organizzazione. Se i Cup online sono funzionanti in maniera eterogenea, come pretendi di avere una cartina di tornasole dei pazienti che realmente hanno prenotato una visita? E, ancora una volta, se non hai i medici che fanno le visite il problema delle liste di attesa non lo risolvi. Noi parliamo di problemi che sono tutti interconnessi tra di loro con un solo fil rouge: il personale. Il personale se ne va dal Ssn perché abbiamo gli stipendi più bassi di Europa, orari di lavoro suddivisi in maniera tale da fare 60-70 ore settimanali invece di 38 ore e abbiamo una pressione fiscale al 43%. Ma come si pensa di risolvere il problema sanitario senza investire su personale e dirigenza sanitaria?

### Da anni i vari ministri della Salute succedutisi hanno sempre parlato di un Ssn universalistico che si tiene in piedi solo grazie al sacrificio del personale eppure i problemi sembra restino sempre gli stessi. Come si spiega?

Noi parliamo di articolo 32 della Costituzione, di una carta che sancisce l'universalità delle cure ma al di là delle etichette nessuno pensa ad investire sul personale. Il problema di fondo è che il sistema aziendalistico dell'ospedale è fallito. Il direttore generale deve rispondere a logiche economicistiche, non di salute e il medico diventa solo un elemento di una catena di montaggio. Il paradigma italiano errato è quello di considerare la sanità come un costo e non una risorsa. E questo lo dobbiamo cambiare, con le buone o con le cattive.



### Se il sistema aziendalistico è fallito a quale altro modello si potrebbe guardare per il rilancio del Ssn?

Dovremmo virare decisamente verso un modello di tipo professionale. Il modello aziendalistico fallisce perché soggetto a tetti di spesa non tarati in base alle esigenze di cura ma ad esigenze economiche. Il medico non è un dirigente della Pubblica amministrazione. Eppure con il decreto Brunetta siamo assoggettati alle stesse regole dei dirigenti della Pubblica amministrazione con tutto ciò che ne consegue. Noi abbiamo in mano la vita della gente. E' impossibile quantificare il tempo necessario per curare una persona. Facendo così svuotati il medico di quel senso etico-professionale che dovrebbe caratterizzare il suo lavoro. E il medico se ne va. Noi non siamo mercenari, oggi il medico si allontana dall'ospedale perché quello che più gli manca è la qualità del lavoro e il tempo. Il tempo è una risorsa che ha un valore inestimabile, se al medico toglie il tempo per vivere e lo paghi anche male è ovvio che abbandoni il Ssn.

### Ma questo fenomeno è frutto di una miopia del legislatore o qualcosa di voluto a suo avviso?

Io qui dietro ci vedo la volontà di distruggere il nostro sistema sanitario universalistico e di trasformarlo in un sistema privato o semi-privato. Questo sarebbe deleterio per il nostro Paese e noi saremo pronti a fare le barricate anche in piazza. Non solo su questo ma anche sul regionalismo differenziato.

### A proposito di regionalismo differenziato, a fine giugno alla Camera il ministro Gelmini aveva annunciato che una legge quadro è pronta. Se venisse riproposta anche nella prossima legislatura?

Questo comporterebbe grandissimi rischi di acuire ulteriormente quella frattura sociale e sanitaria che esiste oggi tra Sud e Nord. Frattura già oggi acuita

## Esecutivo nazionale 2022-2026

### SEGRETARIO NAZIONALE

Pierino Di Silverio

### PRESIDENTE NAZIONALE

Carlo Palermo

### VICE PRESIDENTE NAZIONALE

Giulio Liberatore

### ESECUTIVO NAZIONALE

Flavio Civitelli Vice Segretario Nazionale Vicario

Domenico Iscaro Responsabile Nazionale Dipartimento Amministrativo

Adriano Benazzato Responsabile Nazionale Dipartimento Organizzativo

Simona Bonaccorso

Fabiana Faiella

Filippo Larussa

Giosafatte Pallotta

Elena Silvagni

Emanuele Stramignoni

Anna Tomezzoli

### RESPONSABILE NAZIONALE ANAAO GIOVANI

Giammaria Liuzzi

### RESPONSABILE NAZIONALE DIRIGENZA SANITARIA

Alberto Spanò

### COORDINATORE DELLA CONFERENZA PERMANENTE DEI SEGRETARI REGIONALI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Alessandro Grimaldi

### REFERENTI REGIONALI

Chiara Rivetti Area Geografica Nord

Bruno Zuccarelli Area Geografica Sud

“  
Il problema di fondo è che il sistema aziendalistico dell'ospedale è fallito. Il direttore generale deve rispondere a logiche economicistiche, non di salute e il medico diventa solo un elemento di una catena di montaggio

da un fondo di perequazione che viene distribuito in maniera assolutamente non dignitosa. Il riparto del Fsn già da anni doveva essere suddiviso in base ad alcuni indici tra i quali quello di deprivazione sociale. Eppure vengono ancora considerati criteri come quello anagrafico e succede così che la Campania, avendo una popolazione più giovane, prende meno soldi della Lombardia. In questo modo potrai mai avere un sistema universalistico di cure a livello nazionale? Certamente no, anzi aumenti la mobilità passiva e fai in modo che i cittadini che sono nati ad Oristano piuttosto che a Canicattì invece che a Bolzano non solo abbiano difficoltà a curarsi ma vedano anche ridursi la loro aspettativa di vita. Se dovesse passare la legge quadro saremo ai limiti dell'incostituzionalità. Noi cercheremo in tutti i modi di evitare uno scempio del genere e chiunque porti avanti idee di questo tipo farebbe bene a vergognarsi.

**Speranza, intervenendo al vostro congresso nazionale ha parlato di un maggiore coinvolgimento degli specializzandi, che ne pensa?**

Lo specializzando è un medico a tutti gli effetti. In tutto il mondo il medico quando comincia un corso di formazione in una disciplina specifica lo fa in ospedale perché è lì che può fare esperienza e, una volta dentro, è lì che può rimanere a lavorare. L'accesso in ospedale è regolamentato da una legge vecchia di 40 anni. Per un concorso oggi occorrono dai 6 ai 18 mesi, con tre prove. C'è una burocratizzazione che fa male al sistema. Lo specializzando in ospedale può dare invece il suo contributo con un'autonomia crescente, le dovute tutele e un contratto di tipo subordinato. A me sembra una cosa naturale, con una visione finalmente europea. Il Decreto Calabria ha sdoganato invece una visione della formazione completamente centrata sulle sole università, un qualcosa che esiste solo in Italia. Ma con questo sistema di lobby non si va avanti.

### Quanto al contratto, a che punto siamo?

Sotto il profilo economico si tratta su un monte compensi incrementato di quasi il doppio del precedente contratto, ma ci si muove in una cornice economica iniqua. Per 10 anni noi non abbiamo in pratica avuto aumenti, in quanto non sono stati firmati contratti e questa mancanza la sconteremo nei prossimi 5-8 anni.

### E sotto il profilo normativo?

Non sarà una trattativa semplice. Intanto, vanno migliorate le condizioni di lavoro rimuovendo vincoli contrattuali, lacci e laccioli come 'di norma e di regola' che fanno sì che i diritti del medico dirigente Ssn siano bypassati da esigenze dell'azienda sanitaria. Le progressioni di carriera vanno rese più lineari ed automatiche: non si possono negare ad un medico di per sé disamorato dell'ospedale, che lavora allo sfinito, è pagato male, rischia aggressioni e contenziosi legali. Va inoltre umanizzato il tempo di lavoro. Ad esempio, non possiamo accettare in silenzio che la reperibilità sia retribuita un euro all'ora, e dobbiamo chiedere che sia a carico dell'azienda e non del medico, in quanto è l'azienda ad usarla per evitare di assumere. Bisogna intervenire anche sull'aspetto legislativo: il combinato della legge 502/92 e 229/99 ci equipara ai dipendenti della pubblica amministrazione e così ci impone tetti agli aumenti stipendiali e regole (ad esempio sul tempo di cura) cui un medico, nell'interesse del malato, non può sottostare. Anche la regolamentazione diversa delle scelte tra intramoenia ed extramoenia è oggi iniqua. Mi rendo conto che non si modifica un impianto legislativo in due giorni, e perciò vedo la detassazione come strumento di intervento più agi-

Segue da pagina 16

# Di Silverio: “Senza medici non ci sono cure e senza ospedali la sanità pubblica è destinata a fallire”

La situazione della sanità ospedaliera è “senza precedenti”. Siamo arrivati ad un “punto di non ritorno”. Non usa giri di parole il segretario nazionale Anaao Assomed, **Pierino Di Silverio**, in una conferenza stampa il 29 luglio scorso convocata per annunciare l'avvio di uno stato di mobilitazione permanente. Ogni giorno sette medici rassegnano le loro dimissioni, e a causa sia della carenza che dell'aggravamento della situazione generata dal Covid negli ultimi anni ci si trova in una situazione per la quale si rischia di non poter più garantire ai cittadini l'accesso alle cure.

A ciò si aggiunge la caduta del governo Draghi. Un atto di “grave irresponsabilità” della politica in una situazione come quella attuale. Per tutti questi motivi l'Anaao Assomed dal prossimo 10 settembre entrerà in una mobilitazione permanente insieme ad altre sigle sindacali. Una mobilitazione che durerà almeno fino all'insediamento del prossimo governo, per poi proseguire in maniera sempre più “forte e capillare”. “I medici sono esausti e in numero non sufficiente per garantire risposte di salute a cittadini. È una condizione senza precedenti. Nonostante ciò la politica, con un atto di grave irresponsabilità, ha fatto cadere un governo con il quale cercavano di avere risposte alle svariate domande poste per la salvaguardia della dignità dei medici”, spiega Di Silverio.

Il segretario Anaao non esenta da critiche neanche l'attuale presidente del Consiglio dimissionario **Mario Draghi**: “Negli affari correnti il premier Draghi ha pensato bene di convocare le parti sociali dei lavoratori dimenticando che tra i lavoratori ci sono anche i medici, facendo così ripiombare nell'oblio politico quella classe di medici e dirigenti sanitari che era stata insignita di gagliardetti e medaglie appena pochi mesi fa per la lotta contro la pandemia”. “Abbiamo fatto appelli e richieste per cercare di ottenere quella dignità di un lavoro ormai destrutturato e ridotto a cottimo senza però ottenere risposte. A

**La mobilitazione prenderà il via dal prossimo 10 settembre e resterà attiva fino al giorno di insediamento del prossimo governo per poi proseguire “in maniera sempre più forte e capillare”. Le condizioni di lavoro ospedaliere non sono più accettabili e senza risposte a pagarne le conseguenze saranno i cittadini.**

**MANCANO MEDICI E DIRIGENTI SANITARI?**

**CHIUDIAMO GLI OSPEDALI**

seguito di questi appelli caduti nel vuoto da oggi inizia uno stato di mobilitazione permanente anche con altre organizzazioni sindacali. Non è una lotta di classe ma di categoria - spiega Di Silverio -. Non sarà una giornata di sciopero sindacale ma una mobilitazione permanente fino all'insediamento nuovo governo al quale non faremo sconti”. E questo perché continuando su questa via “l'emorragia dei medici dagli ospedali da naturale si trasformerà in patologica”.

La richiesta è quella di agire subito sulle condizioni di lavoro. “Il Covid, complice la gestione politica dello stesso, ha sottratto ai medici dignità professionale, tempo e quella passione per il proprio lavoro che si è ormai trasformato in incubo. I medici non vogliono stare più in ospedale perché le qui non esistono condizioni di lavoro normali. Non si può morire di lavoro mentre si erogano cure - tuona Di Silverio -. Ri-

teniamo che non possiamo più attendere. Non possiamo attendere gli eventi e pretendiamo che i candidati a guidare il Paese abbiano idee chiare, trasparenti e programmi definiti per salvare un Sistema sanitario nazionale in completa disgregazione”.

Servono dunque fatti e non parole. “Non è più il momento dei colloqui. Siamo stati presi in giro senza ricevere risposte. Questo è il momento dei fatti. Siamo noi ora ad andare dalla politica e lo faremo con tutti gli elementi a nostra disposizione. Perché continuando così disgreghiamo il nostro sistema di cura pubblico e ne risentiranno tutti i cittadini. Al cittadino non potranno essere più erogate le cure di cui ha bisogno. Non ci stiamo più ad essere i soliti capri espiatori di una mancata organizzazione politica”, aggiunge il segretario Anaao.

La mobilitazione inizierà dunque il 10 settembre e arriverà fino al giorno di insediamento del prossimo governo per poi proseguire “in maniera sempre più forte e capillare”.

“Confidiamo nella capacità di comprendere che le cure sono di tutti e devono essere assicurate a tutti in un Paese che ha fatto del principio di democrazia e costituzione una delle basi principali della sua esistenza. Da oggi in poi non faremo più sconti e non avremo più pazienza. Senza medici non possono esserci cure e senza ospedali la sanità pubblica è destinata a fallire. Non permetteremo che questo accada, né ora né mai”, conclude Di Silverio.

# DIFFIDA ANAAO

## Vittoria dell'Anaa Assomed sulla costruzione dei Fondi contrattuali

Sul calcolo dei fondi contrattuali il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha dato ragione all'Anaa Assomed: le risorse previste dalla finanziaria per il 2017 (commi 435 e 435 bis della legge finanziaria per il 2018) sono state individuate per consentire il recupero a favore della dirigenza medica e sanitaria della RIA stimata a regime in 188 milioni di euro anno a decorrere dal 2026, confermando la modalità di calcolo montante.

Grazie alle diffide alle Aziende firmate dall'Associazione, che invocavano la corretta applicazione delle norme, si è riusciti a evitare un rilevante danno per la retribuzione accessoria della Dirigenza del Ruolo Sanitario dal 2020 al 2026 del valore complessivo di 294 milioni di Euro e con incremento annuale di 84 milioni di Euro dal 2027.

L'Anaa Assomed infatti nei primi mesi del 2022 era venuta a conoscenza dell'esistenza al livello nazionale in numerose Aziende Sanitarie di diffusi comportamenti illegittimi, in seguito a interpretazioni regionali errate in merito all'attuazione corretta dell'art. 1, co. 435-bis, Legge 205/2017, il cosiddetto "Comma Speranza" per cui il valore dell'aumento dei Fondi Contrattuali dell'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario per gli anni che vanno dal 2020 al 2026 era ritenuto costante nel tempo e non invece incrementale anno su anno (montante) come affermato dalla scheda tecnica di accompagnamento della norma in Parlamento e recentemente confermato dal MEF.

L'interpretazione del Ministro dell'Economia ha fatto cadere, quindi, tutti gli eventuali residui dubbi sull'interpretazione corretta della norma contenuta nella finanziaria del 2018. Di conseguenza l'ANAAO ASSOMED, ha utilizzato ancora una volta l'arma della diffida, per scongiurare ulteriori ritardi attuativi che determinerebbero forti danni economici alla categoria.

(La nota del Mef è disponibile sul sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it))

Nuova previsione introduttiva di un comma aggiuntivo all'articolo 1, comma 435bis, legge 205/2017

| RIA dirigenza medica legge n. 205/2017, articolo 1, comma 435 |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| annualità   | incremento art. 1 comma 435 Legge 205/2017 | totale incrementi comma 435 |
| 2019  | 30   |                             |
| 2020  | 5  | 35                          |
| 2021  | 5  | 40                          |
| 2022  | 3  | 43                          |
| 2023  | 12   | 55                          |
| 2024  | 13   | 68                          |
| 2025  | 12   | 80                          |
| 2026  | 6  | 86                          |

Ria dirigenza medica legge n. 205/2017, articolo 1, comma 435

| NUOVA PREVISIONE introduttiva di un comma aggiuntivo all'articolo 1, comma 435bis, legge 205/2017 |                   |          |   |
|---|-------------------|----------|---|
| incrementi aggiuntivi   | totale incrementi | montante | incrementi al netto delle risorse stanziate |
|   |                   |          |   |
| 5+14  | 19                | 49       | 14  |
| 5+14  | 19                | 68       | 14  |
| 3+14  | 17                | 85       | 14  |
| 12+14   | 26                | 111      | 14  |
| 13+14   | 27                | 138      | 14  |
| 12+14   | 26                | 164      | 14  |
| 6+18  | 24                | 188      | 18  |
|   |                   |          | <b>102</b>                                  |
| differenziale in incremento   |                   |          | <b>102</b>                                  |

STEFANO SIMONETTI

Esperto di legislazione  
sanitaria, già negoziatore  
ARAN e Direttore  
amministrativo di  
aziende sanitarie



## Le possibili ipotesi di stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria

**Che esista una “questione medica” è indiscutibilmente sotto gli occhi di tutti e le proposte che vengono sempre più spesso avanzate sono congiunturali e spesso ai limiti della disperazione. Tuttavia, gli interventi e le affermazioni che vengono fatti dalle autorità istituzionalmente coinvolte hanno senz’altro pregio e buone intenzioni, ma non tengono conto di quello che ho definito il “convitato di pietra” cioè il Ministero dell’Economia, soprattutto nella figura della Ragioneria Generale dello Stato. E non è un caso che in tutti i convegni e gli incontri non è mai presente un rappresentante del MEF.**

**I problemi che preoccupano** attualmente i dirigenti medici e sanitari in regime di dipendenza sono innumerevoli e di svariata natura.

Cominciamo però a fornire qualche numero, perché è una base conoscitiva importante per affrontare correttamente le problematiche. I dirigenti medici sanitari nel Servizio sanitario nazionale sono 134.000 (dei quali i 110.000 medici costituiscono l’82% del totale) e, rispetto al contingente complessivo della dirigenza pubblica di 178.000 unità, rappresentano il 75%. La loro retribuzione media procapite è di 73.000 € annui a fronte di quella degli altri dirigenti pubblici che è di 157.000 €, praticamente il doppio. Il loro contratto collettivo attualmente applicato è scaduto da 42 mesi e quello di cui non si vede traccia di rinnovo è già scaduto da 6 mesi senza che nemmeno siano iniziate le procedure. In ogni caso, qualora partisse la trattativa del rinnovo, questa si

baserebbe sul riconoscimento dell’IPCA relativo al triennio – non più del 4% a regime - quando siamo in questi giorni toccando l’8% di inflazione. Passiamo a tutte le criticità che assillano la categoria.

Un punto dolente di carattere generale credo si possa dire che è quello dei rapporti tra lo Stato centrale e le Regioni per la incompiutezza evidente della riforma del Titolo V e le annose e continue diatribe tra il Governo e le realtà regionali. Dal 2010 al 2020 sono state impugnate dal Governo 536 leggi regionali e 66 di esse riguardavano la Sanità. Per il reclutamento le aziende sanitarie vedono ormai andare deserti i concorsi ma sono obbligate ad applicare il DPR 483 del 1997 – cioè vecchio di 25 anni – che già all’epoca era obsoleto e inutilmente contorto. I dirigenti sanitari aspettano da ormai 5 (cinque!) anni l’adozione del decreto del MISE sulle prerogative delle polizze assicurative e tale circostanza rende inattuata parzialmente la legge Gelli del 2017.

Ogni giorno si hanno notizie di aggressioni e violenze verbali e fisiche nei confronti di medici e infermieri e sembra quasi che dall’entrata in vigore della (insufficiente) legge 113/2020 la situazione sia addirittura peggiorata.

Ma tutto sembra assurdamente complicato: basterebbe ricordare che le risorse stanziare dalla legge di Bilancio del 2019 per i compensi INAIL non sono ancora nelle buste paga degli interessati. Non è poi certamente necessario ricordare le difficoltà finanziarie delle aziende sanitarie con il prezzo alle stelle del metano che gli ospedali pagano senza alcuna agevolazione, i beni acquistati con l’IVA al 22%, la questione ai limiti

“

**Un punto dolente di carattere generale è quello dei rapporti tra lo Stato centrale e le Regioni per la incompiutezza evidente della riforma del Titolo V e le annose e continue diatribe tra il Governo e le realtà regionali**

della follia dell'TRES a carico delle aziende territoriali, la tagliola del salario accessorio del 2016 imposta da una norma che non mi stancherò mai di definire incostituzionale. Da ultimo: che fine ha fatto la promessa contenuta nel Patto del Lavoro pubblico del 10 marzo 2021 di detassare e defiscalizzare il salario accessorio? Eppure, ogni volta la risposta ufficiale è quella che, oltre ai 124 mld di € per il 2022, non ci sono risorse finanziarie ulteriori per il Ssn: questa risposta è inaccettabile da parte di uno Stato che si fa truffare per 5 miliardi e mezzo sul superbonus dell'edilizia.

I dirigenti medici e veterinari e accanto a loro i sanitari, hanno da sempre spiccate caratteristiche di peculiarità che rendono il loro rapporto di lavoro di natura speciale rispetto al resto del pubblico impiego. Non scopro certo nulla di nuovo se, oltre al numero complessivo, cito il diritto alla libera professione intramuraria e al rapporto non esclusivo, la previsione del lavoro straordinario – unico profilo dirigenziale che fa straordinario in tutto il modo del lavoro -, il percorso di valutazione che prevede due tipologie, una di tipo professionale e una gestionale, proprio per la peculiarità dell'attività sanitaria, il sistema degli incarichi che è molto diverso da quello lineare e “semplice” dei dirigenti ministeriali, regionali, scolastici e delle autonomie.

Mi piace, infine, ricordare che i dirigenti sanitari sono gli unici che per la loro attività lavorativa hanno come riferimento una norma della Costituzione laddove il diritto alla tutela della salute – che è la loro missione - è definito “fondamentale” dall'art. 32. Sul piano contrattuale, sempre loro sono stati gli unici in 25 anni a derogare alle ferree regole della politica dei redditi basate inizialmente sull'indice di inflazione programmato e dal 2009 sull'IPCA: nel 2000 ottennero l'indennità di esclusività del rapporto che è da sempre erogata con risorse extracontrattuali e non rientra(va) nel monte salari. Per completare lo scenario della “specialità” come posso non soffermarmi sulla recente iniziativa del Ministro Brunetta che il 19 gennaio 2022 ha scritto e pubblicato sul sito della Funzione pubblica una lettera a tutti i dipendenti pubblici in cui si magnificano le intenzioni del Governo per cambiare la pubblica ammini-

strazione. Ebbene, nella lettera non si fa alcun accenno, nemmeno indiretto, alla Sanità, come se non fosse il settore che da più di due anni sta sopportando l'onere tremendo della lotta alla pandemia

Fatte tutte queste premesse, proviamo ad analizzare la situazione dello stato normativo ed economico della categoria. In breve, quelle che seguono sono le caratteristiche fondamentali (e speciali) del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari:

- lo stato giuridico dei dirigenti medici e sanitari è contenuto negli artt. 15 e segg. del d.lgs. 502/1992 e s.i.m.;
  - le norme del decreto 165/2001, il cosiddetto TUPI, sono applicabili solo in via residuale;
  - la legge delega Madia 124/2015 all'art. 11 aveva ignorato la dirigenza sanitaria, a conferma della specialità di questi dirigenti;
- in più di venticinque anni al testo del citato art. 15 sono state apportate molte modifiche e integrazioni, spesso con decretazione di urgenza, secondo il famigerato metodo della “novellazione a pettine”, secondo l'efficace definizione del Consiglio di Stato;
- di conseguenza, lo stato giuridico è attualmente privo di sistematicità e linearità.

In conclusione, potrebbe essere utile, se non necessaria, l'adozione di un testo unico che riassume e attualizzi in modo armonico e contestualizzato tutta la normativa sullo stato giuridico dei dirigenti sanitari.

I titoli di tale testo unico potrebbero essere:

- **principi generali** – delimitazione del perimetro della legislazione esclusiva dello Stato rispetto a quella concorrente – declaratoria dell'atto medico in relazione al principio costituzionale della tutela della salute – razionalizzazione della normativa sulla responsabilità professionale - individuazione dei servizi istituzionali di cui è vietata la esternalizzazione;
- **definizione** dello stato giuridico riprendendo le norme vigenti ex artt. 15 e segg. del decreto 502 – previsione di una norma specifica analoga all'art. 7, comma 6 del d.lgs. 165/2001 con il divieto di utilizzo generalizzato e indistinto e individua-

zione di una Autorità che monitori il ricorso a queste forme eccezionali di rapporto - mantenimento dei dirigenti sanitari all'interno del personale pubblico contrattualizzato, ricomprendendo in questa categoria anche i medici del Ministero della salute e degli EPNE - passaggio della contrattazione collettiva al Ministero della salute – delega al Governo per la verifica della fattibilità del passaggio di tutti i medici alla dipendenza;

- **sistema** delle relazioni sindacali;
- **rivisitazione** e semplificazione della normativa concorsuale – razionalizzazione e attualizzazione delle equipollenze - abrogazione del DPR 483/1997 – introduzione del contratto di formazione e lavoro per gli specializzandi;
- **razionalizzazione** delle norme sul collocamento a riposo e sugli eventuali trattenimenti;
- **razionalizzazione** delle norme sulla inconfiribilità e incompatibilità di incarichi di cui al d.lgs. 39/2013 e sulla trasparenza di cui all'art. 41 del d.lgs. 33/2013;
- **norme** specifiche sulle violenze nei confronti del personale sanitario dedicate alla specificità della dirigenza sanitaria;
- **delega** al Governo per la definizione della attività da considerare “lavori usuranti”.



## Con la pandemia assunti più infermieri. Mentre i medici restano al palo

**A fornire i numeri è il Conto annuale recentemente pubblicato dal Mef. Gli assunti a tempo indeterminato nel Servizio sanitario nazionale hanno toccato nel 2020 quota 664.686 rispetto ai 649.523 del 2019. Ma quasi tutto l'aumento è dovuto agli infermieri e al personale non dirigente mentre il numero dei medici è rimasto inalterato. Boom del tempo determinato dove nel 2021 se ne stimano oltre 50 mila unità rispetto alle 32 mila del 2019. IL CONTO ANNUALE**

La pandemia da Covid 19 ha portato ad una crescita degli assunti a tempo indeterminato nel Servizio sanitario nazionale che hanno toccato nel 2020 quota 664.686 rispetto ai 649.523 del 2019. Numeri ancora lontani da quelli del 2011 (682.542 unità) ma che indubbiamente evidenziano l'inversione di rotta dopo un decennio di tagli senza sosta. A rilevare l'andamento è il Conto annuale recentemente pubblicato dal Mef.

"Fra il 2011 e il 2016 - si legge nel rapporto - la Sanità registra un calo costante, perdendo quasi 34.000 addetti, per restare stazionaria nella seconda metà del decennio appena al di sotto dei 650.000 dipendenti. Nell'ultimo anno si assiste invece ad un consistente incremento imputabile alle misure di contrasto della pandemia".

Ma entrando nello specifico si nota come la maggior parte dell'aumento è dovuto all'ingresso nel Ssn di più infermieri e personale non dirigente: erano 518.533 nel 2019 e sono diventati 532.576 nel 2020. Anche in questo caso numeri lontani dal 2011 quando le

unità infermieristiche erano 545.704. Stabili invece i medici: erano 112.146 nel 2019 e sono diventati 112.147 nel 2020. E anche in questo caso i numeri sono ancora distanti da quelli del 2011 dove i medici del Ssn erano 115.449. Non solo tempo indeterminato, la pandemia ha portato anche a nuove assunzioni a tempo determinato dove si registra un aumento del personale di circa il 19% dal 2019 al 2020 e di circa il 30% dal 2020 al 2021. Nel 2021 le stime parlano di oltre 50 mila assunti contro i 32 mila che ce n'erano nel 2019, circa il 60% in più. In crescita anche i contratti co.co.co che dai 3.964 del 2019 sono saliti nel 2020 a quota. 9.795. Nuovi contratti ma che per ora non abbassano l'età media del personale del Ssn che risulta in crescita: nel 2020 si è attestata a quota 49,8 anni contro i 43,5 anni del 2011.

**Distribuzione per comparto del totale del personale dipendente dalle pubbliche amministrazioni. Anni 2011-2020**

| COMPARTO   | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      | 2016      | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| FUNZIONI CENTRALI  | 273.300   | 266.306   | 261.893   | 257.078   | 248.629   | 244.601   | 241.120   | 234.137   | 229.034   | 214.335   |
| FUNZIONI LOCALI  | 597.096   | 583.553   | 577.736   | 572.466   | 552.542   | 538.889   | 526.701   | 513.284   | 504.224   | 490.329   |
| ISTRUZIONE E RICERCA   | 1.100.024 | 1.096.476 | 1.110.561 | 1.120.779 | 1.166.177 | 1.186.751 | 1.204.728 | 1.206.492 | 1.241.342 | 1.259.602 |
| SANITÀ   | 682.542   | 673.416   | 670.241   | 663.796   | 653.477   | 648.733   | 647.061   | 648.508   | 649.523   | 664.686   |
| COMPARTO AUTONOMO O FUORI COMPARTO PERSONALE IN REGIME DI DIRITTO PUBBLICO | 13.794    | 14.112    | 14.204    | 48.312    | 48.871    | 50.137    | 49.996    | 49.496    | 43.220    | 43.985    |
| TOTALE   | 3.283.784 | 3.238.949 | 3.233.121 | 3.259.613 | 3.257.608 | 3.249.688 | 3.244.994 | 3.226.267 | 3.245.112 | 3.243.499 |
| TOTALE A PARITÀ DI ENTI  | 3.283.784 | 3.238.543 | 3.232.687 | 3.218.941 | 3.216.376 | 3.207.613 | 3.203.358 | 3.185.176 | 3.208.127 | 3.207.024 |



## Tornano a crescere i posti letto. Ma la sanità privata "pesa" sempre di più

Sono aumentate le strutture ospedaliere (private) e i posti letto, in questo caso sia nel pubblico che nel privato. Ma sono cresciuti anche i medici (di poco) e gli infermieri dipendenti. Mentre è proseguita l'emorragia di medici di famiglia e pediatri con un'assistenza domiciliare integrata che sale ma ancora ad un livello basso rispetto agli altri Paesi Ue. È questa la fotografia che emerge confrontando l'annuario del Ssn del 2020 che ha analizzato l'impatto della pandemia sul Ssn con i dati dell'annuario del 2019.

**Ospedali.** Nel 2020 sono state aperti 12 ospedali (di cui 11 nel privato) per un totale di 1.004 ospedali rispetto ai 992 del 2019.

In aumento anche le strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale: erano 8.798 nel 2019 e sono salite a 8.803 nel 2020. Ancora più marcato l'aumento dell'assistenza Territoriale Residenziale che nel 2019 erano 7.683 e sono salite nel 2020 a 7.858. In con-



È questa la fotografia che emerge confrontando l'annuario del Ssn del 2020 redatto dal Ministero della Salute che ha analizzato l'impatto della pandemia sul Ssn con i dati dell'annuario del 2019. Aumenta di poco anche il numero dei medici dipendenti ma che ancora non sono al livello di 10 anni prima. Ancora non soddisfacente l'Assistenza domiciliare. In Pronto soccorso accessi ridotti del 30%. ANNUARIO 2020 – ANNUARIO 2019

trotendenza invece l'assistenza territoriale semi residenziale che invece vede crescere le strutture: erano 3.207 nel 2019 e sono 3.189 nel 2020. Piccola crescita anche per la Riabilitativa che da 1.141 strutture è passata 1.151. In lieve salita anche i numeri per l'altra assistenza territoriale.

**In ogni caso si conferma sempre più un Ssn a trazione privata:** il settore pubblico nel 2020 annovera nel suo complesso il 41,1% delle strutture totali contro il 46,4% di 10 anni prima. In totale (vedi tabella qui sotto) le strutture sanitarie pubbliche sono 11.343 a fronte di 16.219 strutture private. Per quanto riguarda la natura delle strutture, sono in maggioranza le strutture pubbliche che erogano assistenza ospedaliera (51,4%) e le strutture che erogano altra assistenza territoriale (86,9%). Sono in maggioranza le strutture private accreditate che erogano assistenza territoriale residenziale (83,2%) e semiresidenziale (71,7%) e le strutture che erogano assistenza riabilitativa ex art.26 L. 833/78 (78,2%).

**Più strutture con la pandemia ma anche più posti letto:** nel 2020 tra pubblico e privato la dotazione di letti è cresciuta di 47.313 unità (di cui 39.796 nel pubblico e 7.517 nel privato) tra degenze ordinarie, day hospital e day surgery.

Comlessivamente i posti letto risultano quindi essere 207.187 nel pubblico e 50.790 nel privato. Un dato che in sostanza ha recuperato tutti i letti tagliati nei 10 anni precedenti.

**In discesa invece il numero dei Consulenti:** (erano 2.277 nel 2019 contro i 2.250 del 2020). Sono cresciuti invece i Centri di Salute mentale (erano

Segue aa pagina 16

## Ospedali e Covid: nel 2020 un letto su cinque è stato dedicato a curare i pazienti colpiti dal virus

In totale sono stati dedicati 48.168 letti (40.191 nel pubblico e 7.977 nel privato) alla cura e all'assistenza dei pazienti affetti da Covid. Per quanto riguarda i reparti, quelli dedicati al Covid sono stati 1.905, il 12,1% del totale. Nello specifico i reparti che hanno avuto più letti Covid sono stati quelli di Malattie infettive (19.786 letti) e Medicina Interna (11.336).

In Italia tra ospedali pubblici e privati nel 2020 sono stati dedicati a curare i pazienti Covid il 20,5% dei posti letto di degenza ordinaria, ovvero 48.168 su 235.255. A rivelarlo è l'Annuario del Ssn del Ministero della Salute che per questa edizione ha predisposto un fo-

cus ad hoc che ha analizzato come i nostri ospedali si sono dovuti riorganizzare per far fronte alla pandemia da Covid.

Per quanto riguarda i reparti, quelli dedicati al Covid sono stati 1.905, il 12,1% del totale. Nello specifico i reparti che hanno avuto più letti Covid sono stati quelli di Malattie infettive (19.786 letti) e Medicina Interna (11.336).

Il report fornisce poi i dati disaggregati sia per il pubblico che il privato. Per quanto riguarda gli ospedali pubblici sono stati dedicati al Covid 40.191 letti, circa il 21% del totale. Mentre per quanto riguarda l'ospedalità privati i letti Covid sono stati 7.977, il 17%.

**Reparti Covid e posti letto Covid di strutture pubbliche e private accreditate Anno 2020**

| REGIONE              | REPARTI       |                      |                               | POSTI LETTO- DEGENZA ORDINARIA |                          |                                   |
|----------------------|---------------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
|                      | TOTALE        | DI CUI REPARTI COVID | % DI REPARTI COVID SUL TOTALE | TOTALE                         | DI CUI POSTI LETTO COVID | % DI POSTI LETTO COVID SUL TOTALE |
| PIEMONTE             | 1.297         | 277                  | 21,4                          | 22.561                         | 7.607                    | 33,7                              |
| VALLE D'AOSTA        | 34            | 4                    | 11,8                          | 566                            | 130                      | 23,0                              |
| LOMBARDIA            | 2.378         | 360                  | 15,1                          | 50.996                         | 16.374                   | 32,1                              |
| PROV. AUTON. BOLZANO | 120           | 10                   | 8,3                           | 2.085                          | 238                      | 11,4                              |
| PROV. AUTON. TRENTO  | 103           | -                    | -                             | 1.947                          | -                        | -                                 |
| VENETO               | 939           | 54                   | 5,8                           | 17.548                         | 1.496                    | 8,5                               |
| FRULI VENEZIA GIULIA | 282           | 44                   | 15,6                          | 4.483                          | 768                      | 17,1                              |
| LIGURIA              | 524           | 82                   | 15,6                          | 6.881                          | 1.687                    | 24,5                              |
| EMILIA ROMAGNA       | 1.344         | 187                  | 13,9                          | 17.520                         | 3.015                    | 17,2                              |
| TOSCANA              | 1.057         | 9                    | 0,9                           | 10.739                         | 197                      | 1,8                               |
| UMBRIA               | 315           | 48                   | 15,2                          | 3.479                          | 642                      | 18,5                              |
| MARCHE               | 488           | 89                   | 18,2                          | 7.307                          | 1.852                    | 25,3                              |
| LAZIO                | 1.695         | 188                  | 11,1                          | 22.509                         | 4.266                    | 19,0                              |
| ABRUZZO              | 366           | 49                   | 13,4                          | 4.664                          | 778                      | 16,7                              |
| MOLISE               | 83            | 6                    | 7,2                           | 959                            | 62                       | 6,5                               |
| CAMPANIA             | 1.447         | 214                  | 14,8                          | 18.127                         | 3.516                    | 19,4                              |
| PUGLIA               | 818           | 83                   | 10,1                          | 13.647                         | 1.966                    | 14,4                              |
| BASILICATA           | 136           | 8                    | 5,9                           | 1.775                          | 160                      | 9,0                               |
| CALABRIA             | 376           | 14                   | 3,7                           | 5.156                          | 269                      | 5,2                               |
| SICILIA              | 1.520         | 143                  | 9,4                           | 16.899                         | 2.541                    | 15,0                              |
| SARDEGNA             | 408           | 36                   | 8,8                           | 5.407                          | 604                      | 11,2                              |
| <b>ITALIA</b>        | <b>15.730</b> | <b>1.905</b>         | <b>12,1</b>                   | <b>235.255</b>                 | <b>48.168</b>            | <b>20,5</b>                       |

# DM 70 e rapporto pubblico /privato accreditato



**Il dibattito** suscitato sul DM 70 e sulle eventuali modifiche in corso ha innescato, inevitabilmente, il tema del rapporto pubblico/privato accreditato sul quale come Anaao abbiamo da tempo avanzato alcune proposte. Inevitabilmente, perché il Decreto si applica alle strutture pubbliche e private accreditate con standard comuni. Ne citiamo alcuni inerenti proprio al rapporto pubblico/privato

**FABIO FLORIANELLO**  
Anaao Assomed

**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario Nazionale Anaao Assomed

**CARLO PALERMO**  
Presidente Anaao Assomed

**Per quanto riguarda** gli standard sulla assistenza ospedaliera vi sono aspetti positivi, come quelli sulla classificazione delle strutture basata su tre livelli gerarchici di complessità, condizione indispensabile per la definizione di una rete ospedaliera che deve coinvolgere strutture pubbliche e private. Ma il coinvolgimento di queste ultime è stato fin qui praticamente assente nonostante il Decreto: *le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente*, col risultato di reti fantasma o del tutto assenti. Altri aspetti determinano al contrario situazioni di notevole criticità: pensiamo al rapporto Posti Letto/1000 abi-

tanti il più basso tra i Paesi occidentali pur sommando letti pubblici e privati accreditati, ma questi ultimi privi di servizi di DEA/PS per il 91,5% nelle Case di Cura e per il 55% nelle strutture Equiparate. Ne deriva che gli accessi di emergenza/urgenza risultano per oltre il 90% a carico delle strutture pubbliche. Ciò che contribuisce a fornire al privato la possibilità di selezione delle prestazioni ponendo il problema circa la legittimità dell'accREDITAMENTO.

Ma pensiamo anche alla riduzione di UUOO quali UTI, pneumologie, infettivologie, Medicine, ecc., che ha riguardato solo il pubblico, o al numero di accessi minimi per chiudere un servizio di PS senza valutazioni di contesto, analisi epidemiologiche o valutazioni sui servizi territoriali che nella città metropolitana di Milano, per fare un esempio, porterebbe alla chiusura di 10 PS pubblici su 20 e 8 privati su 12, facendo mancare 221.356 accessi, su un totale di 704.410 (fonte AGENAS 2020). E immaginiamo come le restanti strutture già cronicamente intasate potrebbero farvi fronte.

Un aspetto che appare al contrario positivo è la definizione delle *condizioni*

*necessarie per garantire LEA omogenei su tutto il territorio nazionale in termini di adeguatezza di strutture e di risorse umane impiegate*, standard ancora una volta comuni per il pubblico e per il privato.

In questa definizione il Decreto fa riferimento all'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 in applicazione del DPR 14.01.1997 che, per quanto riguarda il personale, parla di *gestione delle risorse umane*. Che significa, lo ribadiamo ancora una volta, non solo orario di lavoro, riposi, ferie ma anche selezione, addestramento, formazione, aggiornamento, valutazione e soprattutto adeguata dotazione quantitativa e qualitativa degli organici, stato giuridico e riconoscimento economico delle voci retributive "fondamentali".

Quando si parla di accreditamento si pensa per lo più alle strutture e gli aspetti che riguardano il personale rimangono poco considerati.

Infatti lo stesso Decreto, pur riferendosi alla normativa riguardante il Personale, si limita a citare unicamente il rapporto col numero di pazienti trattati e il livello di complessità clinico-assistenziale. Come dire che degli standard sul Personale interessano solo gli aspetti riguardanti le prestazioni, senza dubbio fondamentali, ma dimenticando che le prestazioni sono il risultato di una sommatoria di requisiti e azioni.

Da sottolineare una norma per lo più dimenticata: *nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento*.

In sintesi possiamo concludere che il Decreto è un insieme di luci e ombre dove le ombre si addensano soprattutto sul rapporto pubblico/privato che rimane ancora una volta privo di una vera governance spettante alle Istituzioni, Regionali in particolare.

Un'occasione perduta soprattutto nei confronti del Personale, sia nelle indicazioni sui requisiti che devono avere coloro i quali lavorano per il SSN anche se dipendenti di strutture private, ma anche riguardo alle norme che devono essere rispettate da parte dei datori di lavoro nei confronti del trattamento del Personale stesso. Ne va della qualità delle prestazioni e in ultima analisi della qualità del Servizio Sanitario.

Avv. Vincenzo Bottino  
Consulente legale Anaa Assomed

Corte di Giustizia Europea

## Ferie non godute al termine del rapporto di lavoro: la giurisprudenza europea favorevole al riconoscimento dell'indennità sostitutiva

Negli ultimi anni, grazie a diversi pronunciamenti della Corte di Giustizia Europea (da ultimo v. sentenza causa C-233-20 del 25.11.2021), si sta sempre più consolidando, anche nella giurisprudenza interna, un orientamento favorevole al riconoscimento del diritto del dipendente pubblico all'indennità economica per le ferie non godute al termine del rapporto di lavoro a prescindere dalla dimostrazione dell'effettiva impossibilità a fruire dei congedi o dalle vicende che hanno causato l'estinzione del rapporto di lavoro (dimissioni volontarie, mobilità, collocamento in quietanza, ecc.).

Come noto, infatti, ogni dipendente ha diritto a un periodo di ferie annuali retribuite non rinunciabile, garantito sia dalla Costituzione (art. 36) che dalla normativa comunitaria, in particolare dall'art. 7 della Direttiva 2003/88/CE e dall'art. 31, par. 2, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

La citata Direttiva Europea 2003/88/CE, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, attuata nel nostro ordinamento con il

D.Lgs. n. 66/2003, oltre a sancire il diritto del lavoratore a un periodo di ferie annuali retribuite di almeno 4 settimane, riconosce altresì il diritto al pagamento di un'indennità finanziaria per le ferie annuali non godute al momento della cessazione del rapporto di lavoro (v. art. 7, par. 2). Quest'ultimo diritto, esteso anche al personale dirigente (v. art. 17 Direttiva 2003/88), non può essere assoggettato dalle normative nazionali ad alcuna condizione, che sia diversa, da un lato, dalla cessazione del rapporto di lavoro e, dall'altro, dal mancato godimento da parte del lavoratore di tutte le ferie annuali a cui aveva diritto alla data di conclusione del contratto (v. sent. C-762/18 e C 37/19 del 25 giugno 2020).

Più nel dettaglio, gli Stati membri non possono adottare disposizioni interne che prevedano una perdita automatica del diritto alle ferie retribuite o al pagamento dell'indennità sostitutiva, senza subordinarla alla previa verifica che il lavoratore abbia effettivamente avuto la possibilità di esercitare tale diritto o sia stato posto nelle condizioni di farlo (v. sent. C-350/06 e C-520/06 del 20.01.2009). Fondamentale al riguardo il pronunciamento della CGUE del 6.11.2018 nella causa C-619/16, secondo cui il datore di lavoro – in considerazione del carattere imperativo del diritto alle ferie annuali retribuite sancito dall'art. 7 della direttiva 2003/88 – è tenuto ad assicurarsi concretamente e in piena trasparenza che il lavoratore sia posto effettivamente in grado di fruire delle ferie annuali retribuite, invitandolo, se necessario formalmente, a farlo e nel contempo informandolo – in modo accurato e in tempo utile a garantire che tali ferie siano ancora idonee ad apportare all'interessato il riposo e il relax cui esse sono volte a contribuire – del fatto che, se egli non ne fruisce, tali ferie andranno perse al termine del periodo di riferimento o, ancora, alla cessazione del rapporto di lavoro se quest'ultima si verifica nel corso di un simile periodo. L'onere della prova, in proposito, incombe sul datore di lavoro. Tali principi, come accennato, sono stati ripresi proprio con riferimento al rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari dalla recentissima giurisprudenza della Corte di Cassazione (v. Cass. n. 18140 del 6.6.2022), la quale ha affermato che non può sussistere la perdita del diritto all'indennità economica al termine della cessazione del rapporto se il datore di lavoro non dimostra di aver esercitato

tutta la diligenza necessaria affinché il lavoratore sia posto effettivamente in condizione di fruire delle ferie annuali retribuite e di aver assicurato altresì che l'organizzazione del lavoro e le esigenze di servizio cui il dirigente era preposto non fossero tali da impedirne il godimento (v. anche Cass. n. 13613 del 7.2.2020). La fattispecie oggetto della pronuncia riguardava un dirigente responsabile di struttura complessa, per cui lo stesso principio deve valere a maggior ragione nei confronti dei dirigenti sanitari che non hanno il potere di autoassegnarsi le ferie, come quelli titolari di un incarico professionale.

I Giudici di legittimità, oltre a riprendere gli indirizzi della CGUE, hanno altresì richiamato i principi espressi dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 95/2016, sul divieto di monetizzazione introdotto dall'art. 5, comma 8, del D.L. n. 95/2012 (c.d. decreto "spending review") secondo cui "Le ferie, i riposi ed i permessi spettanti al personale, anche di qualifica dirigenziale, delle amministrazioni pubbliche... sono obbligatoriamente fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti e non danno luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi" (v. art. 5, comma 8, D.L. n.95/2012).

In tal caso, la Consulta, pur dichiarando infondata la questione costituzionale sulla legittimità della norma, ha comunque chiarito che il predetto divieto non può trovare applicazione in maniera assoluta, restando esclusi i casi in cui la mancata fruizione delle ferie sia dovuta ad eventi imprevedibili e non imputabili alla volontà del lavoratore (es. malattia, infortunio, maternità, ecc...), o allorquando sia chiamata in causa la capacità organizzativa del datore di lavoro che impedisce l'effettivo godimento delle ferie nel corso del rapporto di lavoro.

Nel descritto quadro, va evidenziato l'importante indirizzo interpretativo contenuto nella citata sentenza della Corte di Giustizia Europea del 25 novembre 2021, secondo cui il motivo della cessazione del rapporto di lavoro è irrilevante ai fini del diritto all'indennità finanziaria previsto dall'art. 7, par. 2, Direttiva 2003/88. Ne deriva, pertanto, che la volontà del dirigente di dimettere anticipatamente il proprio rapporto di lavoro (per dimissioni volontarie, mobilità o domanda di pensionamento), non fa venir meno l'obbligo per le aziende sanitarie di monetizzare le ferie non godute al termine del rapporto.





**GIAMMARIA LIUZZI**  
Responsabile  
Nazionale Anaa  
Giovani

**L'11 marzo 2020**, 175 settimane fa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato ufficialmente lo stato di pandemia. In queste 175 settimane l'Italia e soprattutto il nostro Sistema Sanitario Nazionale hanno subito un vero e proprio tsunami lavorativo ed emotivo nella gestione, diagnosi e cura di milioni di pazienti affetti dal virus SARS-CoV-2.

I giovani medici hanno dimostrato, con la loro professionalità e dedizione, di essere una delle colonne portanti del nostro SSN e anch'essi sono stati definiti eroi ed angeli. Tuttavia, questa pandemia ha reso ancor più evidenti le storture del passato.

L'errata programmazione del finanziamento dei contratti di specializzazione post-laurea si è palesata con la carenza di medici specialisti, nonostante l'Anaa abbia più volte evidenziato con studi e analisi, rispondendo a coloro che farneticavano di abolire il numero chiuso, che "non mancano medici, mancano specialisti".

La gestione di queste carenze, insieme al cronico sottofinanziamento della spesa pubblica destinata alla sanità, ha avuto come "core business" l'utilizzo dei medici in formazione specialistica nell'istituzione di contratti a tempo determinato con automatica conversione a tempo indeterminato al conseguimento del titolo di specialista (il cosiddetto "Decreto Calabria") e di contratti co.co.co. e libero professionali. Davanti a ciò, gli specializzandi non hanno nascosto la testa sotto la sabbia: secondo il rapporto dell'anno 2021 della Corte dei Conti, 4.068 hanno istaurato un rapporto libero professionale e 971 sono stati assunti a tempo determinato. Per la prima volta, gli specializzandi sono venuti a contatto con parole come "rapporto di lavoro, indennità, trattamento di fine rapporto" e soprattutto "Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro". Già, il lavoro: gli specializzandi sono attualmente inquadrati come studenti, vincitori di borsa di studio ministeriale regolata da una legge di 23 anni fa, il D.Lgs n. 368 del 1999. Ora, a causa

“  
**Gli specializzandi sono prima di tutto medici professionisti e pertanto devono ricevere, durante il loro percorso formativo in cui quotidianamente compiono decine di atti medici, tutti i diritti e le prerogative dei dirigenti medici**



# I giovani medici hanno voglia di sindacato

**E di essere difesi non da rappresentanti universitari in quanto studenti, ma da sindacalisti in quanto medici professionisti. Questa è una ulteriore sfida del Settore Anaa Giovani: far comprendere a decine di migliaia di giovani medici cos'è il sindacato**

della pandemia, in "tempo di guerra" depongono la divisa da studente e indossano l'elmetto del medico lavoratore. Come si evince dai risultati del questionario di valutazione delle scuole di specializzazione, la condizione delle scuole di specialità presenta numerose lacune: molti specializzandi lamentano condizioni formative non eccellenti, mancato rispetto degli orari di lavoro, delle ferie e del piano formativo. Tale "dicotomia" si è ancor di più palesata con l'enorme campagna vaccinale contro il virus SARS-CoV-2: fu proposto che gli specializzandi venissero cooptati per un mese a compiere atti medici senza ricevere alcun compenso. "Devono dare il loro contributo, e se si rifiutano chiameremo i prefetti per obbligarli" furono le improbabili e sgangherate minacce ricevute. Sappiamo come andò a finire: grazie all'incisiva azione che ha visto l'Anaa capofila, decine di migliaia di specializzandi da oltre un

anno stanno dando il loro contributo nella più grande campagna vaccinale mai organizzata.

Ora che, ci auguriamo, finirà la pandemia, cosa succederà ai circa 42.000 medici, medici, in formazione specialistica? Torneranno ad essere considerati studenti oppure è giunto il momento di cambiare (finalmente) il loro inquadramento verso i teaching hospital? Questa è una delle sfide principali su cui il settore Anaa Giovani deve lavorare con forza e impegno.

Gli specializzandi sono prima di tutto medici professionisti e pertanto devono ricevere, durante il loro percorso formativo in cui quotidianamente compiono decine di atti medici, tutti i diritti e le prerogative dei dirigenti medici. Il cosiddetto "Decreto Calabria" è un precursore di tutto ciò e una recente survey di Anaa Giovani ha definitivamente acclarato che gli specializzandi vogliono essere parte integrante del-



# Organigramma Anaaio Giovani 2022-2026

## DIRETTIVO NAZIONALE

### RESPONSABILE NAZIONALE

**Giammaria Liuzzi**, 34 anni, specialista in patologia clinica, dirigente medico presso ASST Rhodense in Lombardia

Vicario - **Gian Marco Petrianni**, 34 anni, radioterapista oncologo presso la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

### COMPONENTI

**Nathan Artom**, 35 anni, specialista in medicina interna, dirigente medico a tempo indeterminato presso l'Ospedale San Paolo di Savona

**Eugenia Fragalà**, 37 anni, dirigente medico, specialista in urologia, Ospedale Morgagni-Pierantoni Forlì

**Laura Gavagna**, 32 anni, dirigente medico, chirurgia generale, Ospedale Civile Belluno

**Maria Cristina Sangiovanni**, 27 anni, specializzanda in ginecologia e ostetricia presso la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

**Manuel Santu**, 33 anni, specializzando in malattie dell'apparato respiratorio, Policlinico Umberto I di Roma

### REFERENTI REGIONALI AG IN CONFERENZA PERMANENTE ANAAO

**Marco Evangelista** (Campania) - Coordinatore

**Andrea Salvatore Caramma** (Sicilia)

**Giovanni Gallo** (Emilia Romagna)

## RESPONSABILI REGIONALI

### ABRUZZO

**Marco Leopardi**, 39 anni, specialista in chirurgia vascolare, dirigente medico presso la UO di chirurgia vascolare del PO San Salvatore L'Aquila

### BASILICATA

**Giovanni Pascale**, 36 anni, dirigente medico della U.O. di chirurgia generale e d'urgenza Azienda Ospedaliera Regionale 'San Carlo' di Potenza

### CALABRIA

**Michele Quero**, 39 anni, dirigente medico U.O.C. medicina Interna P.O. San Giovanni di Dio di Crotone

### CAMPANIA

**Marco Evangelista**, 36 anni, assunto presso l'UOC di medicina Interna e PS dell'Ospedale di Frattamaggiore ASL Napoli 2 Nord

### EMILIA ROMAGNA

**Giovanni Gallo**, 33 anni, neo specialista in patologia clinica e biochimica clinica, dal 2022 lavora presso l'U.O. di diagnostica ematochimica dell'AOSP di Parma

### FRIULI VENEZIA GIULIA

**Edoardo Ruscio**, 31 anni, specializzando di igiene e medicina preventiva. È stato recentemente assunto con "Decreto Calabria" presso il Distretto di Gemona del Friuli

### LAZIO

**Giusi Santangelo**, 32 anni, neo specialista in ginecologia e ostetricia presso l'Università La Sapienza di Roma

### LIGURIA

**Nathan Artom**, 35 anni, specialista in medicina interna, dirigente medico a tempo indeterminato presso l'Ospedale San Paolo di Savona

### LOMBARDIA

**Andrea Duca**, 36 anni, specialista in medicina d'emergenza-urgenza, dirigente medico presso il Centro Emergenza Alta Specializzazione dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo

## MARCHE

**Stefano Lunetti**, 30 anni, specializzando al terzo anno in Scienza dell'Alimentazione presso l'Università Politecnica delle Marche

## MOLISE

**Carlo Fantini**, 39 anni, specializzando in Psichiatria, dal 2018 dirigente medico di psichiatria presso l'Asrem a Campobasso

## PA BOLZANO

**Federico Desideri**, 38 anni, dirigente medico nel reparto di gastroenterologia dell'ospedale di Bolzano dal 2016

## PA TRENTO

**Filippo Zilio**, 38 anni, dirigente medico presso la Cardiologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento

## PIEMONTE

**Matteo Traversa**, 34 anni, dirigente medico di I livello - medicina e chirurgia d'accettazione e urgenza presso l'Ospedale Mauriziano Umberto I, Torino

## PUGLIA

**Claudio Zimatore**, 33 anni, neo specialista in anestesia e rianimazione presso l'Università di Bari.

## SARDEGNA

**Maria Elena Lucia Picoi**, 34 anni, cardiologa all'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia

## SICILIA

**Andrea Salvatore Caramma**, 35 anni, specialista in neurologia, dirigente medico a tempo indeterminato presso PO di Caltagirone

## TOSCANA

**Francesco Giuseppe Tramonte**, 37 anni, specializzando del 4 anno di medicina interna a Siena

## UMBRIA

**Guido Santini**, 30 anni, specializzando in chirurgia toracica, presso l'Università degli Studi di Perugia

## VALLE D'AOSTA

**Chantal Ducret**, 35 anni, dirigente medico specialista in Urologia. S.C. Urologia - Ospedale Regionale U. Parini - Aosta

## VENETO

**Bruno Lucchino**, 34 anni, reumatologo presso l'ospedale di San Bonifacio, Verona

l'SSN come professionisti della salute che lavorano mentre si formano e si formano mentre lavorano. È sotto gli occhi di tutti che molti policlinici universitari si reggono sugli specializzandi, svolgendo troppe volte attività di routine che non consente loro di svolgere pienamente il piano formativo come da D.Lgs 402/2017.

È tempo di cambiare la condizione contrattuale dello specializzando, che deve potersi formare negli ospedali non universitari del territorio, inquadrato con un contratto di formazione - lavoro come avviene in tutta Europa e sotto il tutoraggio di dirigenti medici che hanno maggior esperienza e soprattutto voglia di insegnare rispetto a molti professori universitari.

La pandemia ha finalmente fatto comprendere a decine di migliaia di giovani medici che il mondo del lavoro non è uno spauracchio ma bensì un luogo in cui la professionalità viene valorizzata, apprezzata e retribuita; un luogo in cui vi sono doveri ma soprattutto diritti, molti a loro sconosciuti e negati, che vengono difesi e potenziati dai loro rappresentanti sindacali.

I giovani medici hanno voglia di sindacato e di essere difesi non da rappresentanti universitari in quanto studenti, ma da sindacalisti in quanto medici professionisti. Questa è una ulteriore sfida del Settore Anaaio Giovani: far comprendere a decine di migliaia di giovani medici cos'è il sindacato, perché possono e devono fidarsi dell'Anaaio e tocca a noi giovani spiegare ai nostri coetanei che il futuro dell'SSN e degli specialisti del domani sta nelle nostre lotte e nelle nostre vertenze.

**Cos'è il vaiolo delle scimmie?**

Il virus che causa il vaiolo delle scimmie, il cosiddetto Monkeypox, è un orthopoxvirus appartenente alla famiglia dei poxvirus, ed è molto simile al virus del vaiolo, che dalla fine degli anni 70 non esiste più in natura perché questa malattia è stata completamente eradicata. Conosciamo il virus Monkeypox dal 1957, quando fu osservata la prima scimmia infetta, ma la prima infezione riconosciuta nell'uomo risale al 1970. Nonostante il nome, il virus non è tipico delle scimmie, ma ha il suo habitat naturale fra gli animali selvatici, specie roditori, degli ambienti boschivi africani. Il virus può infettare l'uomo, se questo viene in stretto contatto con animali infetti, ma ha scarsa propensione a trasmettersi da uomo a uomo.

In alcuni paesi africani (Nigeria, Repubblica Democratica del Congo) sono riportati centinaia di casi umani all'anno, tutti riconducibili a contatti con animali infetti. I casi finora osservati al di fuori dell'Africa sono sempre stati ricondotti ad una esposizione ad animali infetti avvenuta in uno dei paesi africani dove il virus è endemico fra gli animali selvatici.

**Come si trasmette questo virus e cosa ha determinato la diffusione interumana caratteristica dell'epidemia in corso?**

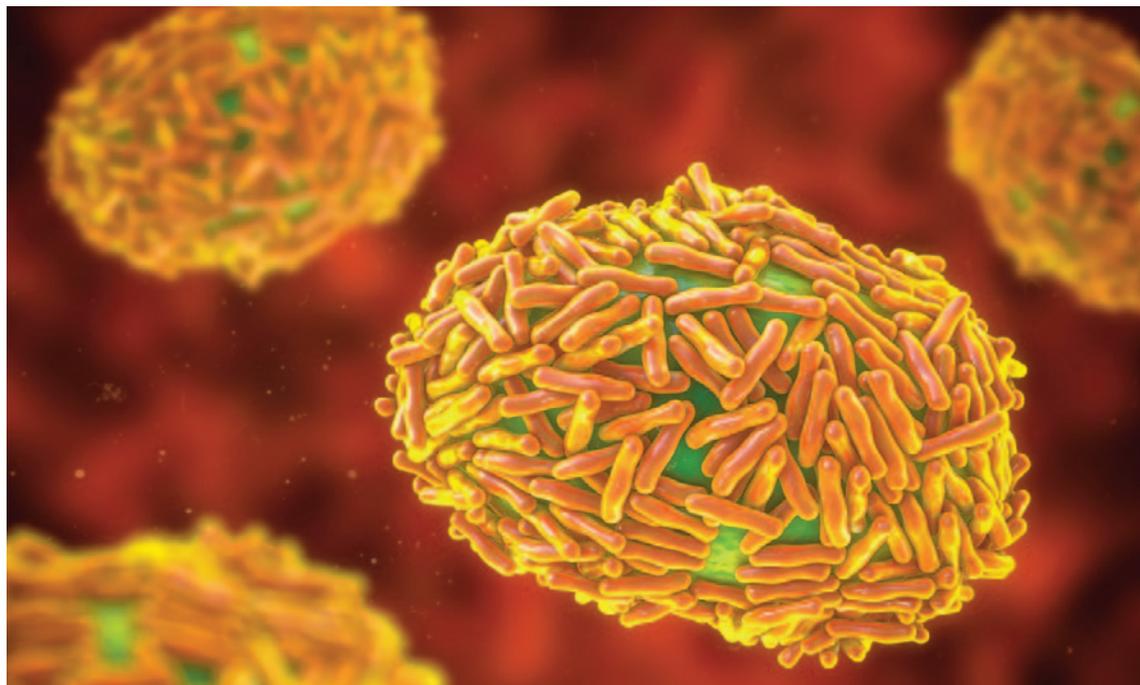
Prima dell'epidemia attuale, la fonte di infezione per l'uomo è sempre stata un animale infetto, spesso attraverso un morso. Il virus non si trasmette facilmente da uomo a uomo, occorrono contatti stretti. Si trasmette attraverso l'esposizione a lesioni, fluidi infetti, oggetti e biancheria contaminata, aerosol respiratorio nelle fasi prodromiche. Fra i contatti stretti a più alto rischio vi sono, naturalmente, i rapporti sessuali con persone infette.

La catena di infezioni che stiamo osservando in Europa e nel resto del mondo si distacca totalmente dall'epidemiologia dell'infezione finora osservata. Infatti siamo di fronte per la prima volta ad una trasmissione interumana sostenuta. È possibile che il caso o, tutt'ora sconosciuto, abbia acquisito l'infezione secondo i canoni classici, cioè tramite il contatto con un animale infetto in Africa, ma poi il caso o ha verosimilmente contagiato qualche altro essere umano, e da qui si è innescata la catena di trasmissione al di fuori dei paesi dove è endemico.

Finora sono state identificate almeno 2-3 circostanze alle quali si possono ricondurre la maggior parte dei casi osservati, in particolare due rave party al-

# Vademecum del vaiolo delle scimmie

## Risposte alle più comuni domande



**MARIA ROSARIA  
CAPOBIANCHI**

le Canarie e in Belgio, ed una spa in Madrid. Sono tutti eventi che hanno visto una folta partecipazione internazionale di persone giovani; ad esempio, l'evento delle Canarie ha richiamato circa 80.000 partecipanti. In questi eventi i contatti interumani stretti, in particolare quelli sessuali, avvengono con elevata frequenza, e quindi si spiega come il virus si sia diffuso tra le persone che vi hanno preso parte, prevalentemente giovani e di sesso maschile.

**Quali sono i sintomi?**

Il sintomo più caratteristico è costituito da lesioni cutanee che evolvono in pustole, sviluppano la crosta e infine questa cade; questa evoluzione in genere occupa due-quattro settimane. Questo sintomo è generalmente accompagnato da febbre, malessere generale, dolori muscolari e linfonodi ingrossati.

L'infezione nella sua presentazione clinica deve essere distinta da altre infezioni che provocano eruzioni cutanee, come herpes simplex, varicella zoster, e impetigine batterica. Finora la maggior parte dei casi ha avuto sintomi lievi con un decorso benigno. Tuttavia, il vaiolo delle scimmie può causare una malattia più grave nelle persone fragili o con compromissione immunitaria.

**Quali sono le regole da osservare per chi risulta contagiato?**

Occorre innanzitutto avvisare il medico curante, che provvederà ad instradare il paziente verso la diagnosi e, se necessario, al ricovero in strutture dedicate alle malattie infettive. In caso di condizioni discrete, il paziente deve rispettare l'isolamento a casa propria, fino alla scomparsa dei sintomi, evitare contatti ravvicinati con altre persone e soprattutto con persone fragili. Le persone che sospettano di aver contratto questa infezione non devono donare sangue, cellule, tessuti, organi, latte materno o sperma. I contatti stretti devono misurare la febbre due volte al giorno per intercettare i sintomi precoci, e stare sotto stretta sorveglianza.

Le misure di prevenzione e controllo sono state divulgate dalla circolare del Ministero della Salute del 25/05/2022.

**Qual è la situazione sui vaccini e sui farmaci?**

Fra gli anni 60 e 70 una campagna vaccinale estremamente capillare, insieme ad uno sforzo globale per raggiungere i più remoti siti anche nei paesi non sviluppati, isolare i casi e somministrare il vaccino ad anello intorno ai casi identificati, ha consentito di raggiungere l'uni-

ca eradicazione di agente virale finora ottenuta, quella del vaiolo.

Il vaccino utilizzato era composto da virus del vaiolo bovino (Vaccinia virus) vivo. Dopo tale successo quel vaccino non è stato più utilizzato se non in casi molto particolare, perché i rischi connessi con l'inoculazione di Vaccinia virus vivo non erano più ripagati dai benefici delle infezioni evitate. La vaccinazione antivaiolosa è stata abolita in Italia nel 1981.

Oggi sono disponibili due vaccini contro il vaiolo, con un profilo di sicurezza molto migliorato: in particolare il vaccino prodotto in Europa, denominato Jynneos o IMVAMUNE, è indicato anche contro il vaiolo delle scimmie. Si basa su un virus attenuato, incapace di replicarsi, ma in grado di innescare una efficace risposta immune contro gli orthopoxvirus.

Oggi non è prevista la somministrazione a tappeto del vaccino, ma per contatti a rischio più elevato come gli operatori sanitari, compreso il personale di laboratorio, può essere presa in considerazione la somministrazione post-esposizione del vaccino, (idealmente entro quattro giorni dall'esposizione) previa attenta valutazione dei rischi e dei benefici.

Esistono anche farmaci, qualcuno di vecchia generazione, come Cidofovir, e altri di nuova generazione, quali Brincidofovir e Tecovirimat (TPOXX). Quest'ultimo è stato approvato in Europa a gennaio 2022.

## Le generazioni che a suo tempo hanno fatto il vaccino contro il vaiolo, sono protette anche da Monkeypox?

La protezione conferita da infezione o vaccinazione con orthopoxvirus è generalmente crossreattiva, e protegge dalle infezioni con altri orthopoxvirus. Proprio l'osservazione fatta da Jenner alla fine del 18mo secolo che i mungitori che avevano acquisito dalle mucche il vaiolo bovino non si ammalavano di vaiolo umano ha dato l'inizio all'era della vaccinologia moderna; lo stesso termine "vaccino" prende origine dal fatto che il vaccino contro il vaiolo contiene virus bovino.

L'organizzazione Mondiale della Sanità stima che il vecchio vaccino contro il vaiolo conferisca una protezione dell'85% contro monkeypox, quindi possiamo assumere che la popolazione over 50, che ha ricevuto il vaccino nell'infanzia, e che rappresenta circa il 40% della nostra popolazione, sia protetta.

## Organigramma Dirigenza sanitaria 2022-2026

### DIRETTIVO NAZIONALE

#### RESPONSABILE NAZIONALE

**Alberto Spanò**, già direttore del Dipartimento dei Servizi Diagnostici, Trasfusionali e del Farmaco della ASL Roma 2, e direttore UUOCC Microbiologia e Virologia e Patologia clinica Ospedale S. Pertini Roma

Vicario - **Pierangelo Clerici**, Direttore Dipartimento di Medicina di Laboratorio e Biotecnologie Diagnostiche A.S.S.T. Ovest Milanese

Segretario Amministrativo - **Gianpaolo Leonetti**, già Direttore Dipartimento Servizi ASL Rm C e Direttore UOC Patologia Clinica Ospedale S. Eugenio/Cto di Roma Rm C.

#### COMPONENTI

**Maria Raffaella Biasin**, dirigente biologo, UOC Anatomia ed Istologia Patologica, Istituto Oncologico Veneto

**Luca Indovina**, dirigente Fisico dal 2009, è oggi Direttore dell'Unità Operativa di Fisica Medica e Radioprotezione del Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS.

**Clizia Murratzu**, dirigente chimico, responsabile di Struttura Semplice "Corelab VDE AVC" dell'UOC Laboratorio Analisi Chimico Cliniche VDE AVC presso Ospedale "F. Lotti", Pontedera, Azienda Toscana Usi Nordovest.

**Giuseppina Parrinello**, dirigente biologo di ruolo a tempo indeterminato dal 1994 presso l'ARNAS Garibaldi di Catania - Divisione Clinicizzata di Endocrinologia

**Robert Tenuta**, dirigente biologo presso l'AO di Cosenza UOC Microbiologia e Virologia

#### REFERENTI REGIONALI DS IN CONFERENZA PERMANENTE ANAAO

**Basilio Passamonti** (Umbria) - Coordinatore

**Lucia Cristiana Marangi** (Puglia)

**Maria Anita Parmeggiani** (Emilia Romagna)

### RESPONSABILI REGIONALI

#### ABRUZZO

**Barbara Mazzocco**, dirigente biologa con incarico di elevata professionalità per la gestione del miglioramento continuo della qualità della UOC di Patologia Clinica Area Marsica

#### BASILICATA

**Antonio Traficante**, dirigente biologo, direttore di struttura complessa laboratorio analisi e diagnostica avanzata all'Irccs Crob di Basilicata

#### CALABRIA

**Robert Tenuta**, dirigente biologo presso l'AO di Cosenza UOC Microbiologia e Virologia

#### CAMPANIA

**Marina Tarsitano**, dirigente biologa presso l'U.O.C. di Genetica Medica e Responsabile supervisore del Laboratorio COVID 19 presso SIMT dell'A.O.R.N. A. Cardarelli Napoli

#### EMILIA ROMAGNA

**Maria Anita Parmeggiani**, biologa pensionata

#### FRIULI VENZA GIULIA

**Giovanni Maria Severini**, dirigente biologo presso il Laboratorio di Pediatria (SCU Clinica Pediatrica) dell'IRCCS materno infantile Burlo Garofolo di Trieste

#### LAZIO

**Danilo Aragno**, dirigente fisico dal 2001, attualmente lavora presso l'A.O. San Camillo Forlanini di Roma

#### LIGURIA

**Lorella Lanza**, dirigente biologo presso ASL2, S.C. Anatomia Patologica Ospedale Santa Corona Pietra Ligure

#### LOMBARDIA

**Emilio Ciusani**, dirigente biologo presso la Fondazione IRCCS Istituto Neurologico C. Besta di Milano

#### MARCHE

**Marco D'Anzeo**, dirigente biologo a tempo indeterminato con incarico di alta specializzazione in diagnostica di laboratorio delle neuropatologie e diagnostica molecolare emato-coagulativa presso l'AOU Ospedali Riuniti Ancona

### MOLISE

**Andrea Morello**, dirigente biologo presso il Laboratorio Analisi dell'Ospedale "Cardarelli" di Campobasso

#### P.A. BOLZANO

**Nadia Oberhofer**, fisica sanitaria presso Ospedale generale regionale Bolzano

#### P.A. TRENTO

**Paola Gualdi**, dirigente biologa con incarico di struttura semplice Microbiologia presso il Laboratorio di Patologia Clinica dell'Ospedale S. Maria del Carmine Rovereto (TN)

### PIEMONTE

**Luca Sbaiz**, dirigente biologo presso la ex S.S. Diagnosi e Consulenza Genetica (ex OIRM - S. ANNA) e poi presso la S.C. Genetica Medica U dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

### PUGLIA

**Lucia Cristiana Marangi**, dirigente biologo in ASL TA ed attualmente in servizio presso la SS di Patologia Clinica del PO Valle d'Itria - Martina Franca

### SARDEGNA

**Patrizia Civolani**, biologa pensionata

### SICILIA

**Giuseppina Parrinello**, dirigente biologo di ruolo a tempo indeterminato dal 1994 presso l'ARNAS Garibaldi di Catania - Divisione Clinicizzata di Endocrinologia

### TOSCANA

**Stefano Rapi**, direttore del laboratorio di analisi chimico cliniche del presidio ospedaliero di Lucca nell'Usi Toscana Nord Ovest

### UMBRIA

**Basilio Passamonti**, biologo pensionato

### VALLE D'AOSTA

**Patrizia Falcone**, dirigente biologa - S.C. Laboratorio Analisi - Ospedale Regionale U. Parini.

### VENETO

**Maria Raffaella Biasin**, dirigente biologo, UOC Anatomia ed Istologia Patologica, Istituto Oncologico Veneto

# Intervista al Segretario nazionale Pierino Di Silverio

Segue da pagina 3

le di fronte ad un'emergenza qual è il fatto che il medico in ospedale non ci vuole più andare. I dati di Onaosi dicono che 2000 medici in età non pensionabile in un anno lasciano il lavoro; il 35% dei posti di specializzazione va deserto ai concorsi; i medici del servizio sanitario si dimettono e vanno a lavorare all'estero o nel privato. Per tutta risposta, l'ultimo disegno di legge sulla concorrenza in itinere alle camere detassa la prestazione dal 22 al 10% nelle strutture private ma non fa lo stesso nel pubblico: perché questa disparità? Con l'intervento sul cuneo fiscale, il cittadino paga meno tasse ma l'azienda ha costi minori, che si potrebbero destinare ai salari accessori. E' chiaro che se nel privato siamo a un 15% iniziale di pressione fiscale, e si sale ad un 43% per il dirigente medico e sanitario, ovvero fuori da 'norma e regola' - non c'è tetto reale all'orario settimanale (ed oculista e dermatologo possono essere distaccati nei pronti soccorso), sempre più il medico e il dirigente sanitario sceglieranno lavorare fuori dal Ssn.

**Tornando all'attualità a luglio, nonostante le temperature elevate, le scuole chiuse e la possibilità di stare all'aperto abbiamo registrato un alto numero nuovi casi di Covid al giorno. Che autunno ci attende e gli ospedali italiani sarebbero pronti a gestire una nuova ondata?**

Con le mutazioni subite, ed il successo della

campagna vaccinale, il virus oggi è più contagioso ma meno virulento. Ma è in tempi di pace che si prepara la guerra. In questa luna di miele che abbiamo avuto avremmo dovuto prepararci a convivere con un virus che probabilmente non sparirà ma si adegnerà gradualmente all'ambiente. Noi oggi abbiamo a disposizione armi che due anni fa non esistevano come i vaccini, i monoclonali e gli antivirali.

**Resta però un problema di organizzazione ospedaliera. Già nel 2020 si parlava di 'pandemic hospital' proprio per preservare l'attività ordinaria. Eppure sembra sia passato tutto nel dimenticatoio.**

Dopo aver passato la tempesta nel 2020, pagando conseguenze pesantissime, avremmo dovuto da subito organizzare grandi pandemic hospital, un piano delle emergenze nazionali che era presente dal 2006 ma mai attuato perché mancavano le linee guida e avremmo dovuto organizzare percorsi in base all'esigenza dell'elezione e dell'emergenza. Tutto questo però non è stato fatto perché abbiamo preferito ancora una volta ragionare per compartimenti stagni, trattando la medicina ospedaliera e quella del territorio come due realtà tra loro non interconnesse. Manca una visione di insieme.

**Sono in arrivo i nuovi vaccini adattati alla variante Omicron. Come preparare già og-**

**gi la nuova campagna vaccinale per non registrare lo stesso flop avuto con le quarte dosi?**

La campagna italiana è stata un successo in termini di adesioni. Per la nuova campagna vaccinale va coinvolta da subito la medicina del territorio che è quella che arriva in casa del paziente, cosa che non può fare la medicina ospedaliera. E soprattutto si dovrà mettere in campo una vera integrazione tra ospedale e territorio. Già oggi possiamo preordinare hub e spoke vaccinali per arrivare in tempo e bene organizzati a ottobre. Il problema è che ormai di Covid quasi non se ne parla più. Manca una vera campagna di sensibilizzazione culturale sul tema vaccini. Veniamo da due anni di infodemia, occorre ci siano soggetti autorizzati e credibili per spiegare in maniera chiara la scienza ai cittadini. Altrimenti avremo difficoltà a far comprendere l'utilità del vaccino. Mi lasci però aggiungere una cosa sui dirigenti sanitari.

**Ci dica...**

I dirigenti sanitari, eroi silenziosi che lavorano dietro le quinte. La sanità è fatta anche da loro. Questi dirigenti vengono considerati di serie B, il che è denigrante, anche perché se non ci fossero loro il sistema non reggerebbe. Sarebbe il caso di far conoscere il panorama della sanità in toto, tra l'altro anche loro soffrono problemi legati alla stabilizzazione.

## FOCUSSN FOCUSSN FOCUSSN FOCUSSN FOCUSSN

Segue da pagina 9

1.671 nel 2019 e sono 1.679 nel 2020). **A crescere nel primo anno di pandemia è stato il personale sanitario:** Rispetto all'anno 2019 il personale risulta aumentato di 13.610 unità pari al 2,3% per un totale di 617.466 unità. Numeri però ancora ben lontani dalle 646.236 unità del 2010. Nello specifico nel 2020 sono stati assunti 776 medici in più (erano 102.316 nel 2019 e nel 2020 sono 103.092). Numeri anche in questo caso lontani dai

107.448 del 2010. Sono invece 8.257 in più gli infermieri (erano 256.429 nel 2019 e nel 2020 sono saliti a 264.686). In questo caso il livello degli infermieri è tornato ai livelli di 10 anni prima.

**Prosegue invece anche con l'epidemia l'emorragia di medici di famiglia** dai 42.428 che erano nel 2019 sono diventati 41.707 nel 2020 (in 10 anni se ne sono persi 4.171). In calo anche i pediatri (-123 in un anno per un

totale nel 2020 di 7.285 unità). In frenata anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) che dagli 11.512 che erano nel 2019 sono diventati 11.404 nel 2020. Piccola crescita per i farmacisti: nel 2019 erano 2.810 contro i 2.852 del 2020.

**Sul territorio in controtendenza è solo l'Assistenza domiciliare integrata (Adi):** nel 2020 sono stati assistiti 1.081.387 pazienti contro i 1.047.223 pazienti del 2019. E in ogni caso il numero di assistiti è ancora molto inferiore a quello registrato nei principali Paesi dell'Ue, motivo per il quale anche nell'ultimo Pnrr è stato predisposto un finanziamento ad hoc per il potenziamento dell'Adi.

**Pronto soccorso: nel 2020 molti meno accessi.** Complice la pandemia si è registrato un netto calo degli accessi in Ps: nel 2020 sono stati 13.539.300 i pazienti che vi si sono recati contro i 20.324.937 dell'anno precedente.

**Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata Anno 2020**

| Assistenza                               | Natura delle strutture |       |                     |       | Totale |
|--|------------------------|-------|---------------------|-------|--------|
|  | Pubbliche              | %     | Private accreditate | %     |        |
| Assistenza Ospedaliera                   | 516                    | 51,4% | 488                 | 48,6% | 1.004  |
| Assistenza Specialistica Ambulatoriale   | 3.527                  | 40,1% | 5.276               | 59,9% | 8.803  |
| Assistenza Territoriale Residenziale     | 1.318                  | 16,8% | 6.540               | 83,2% | 7.858  |
| Assistenza Territoriale Semiresidenziale | 901                    | 28,3% | 2.288               | 71,7% | 3.189  |
| Altra Assistenza Territoriale            | 4.830                  | 86,9% | 727                 | 13,1% | 5.557  |
| Assistenza Riabilitativa (ex art. 26)    | 251                    | 21,8% | 900                 | 78,2% | 1.151  |

# Il contratto che vogliamo



**Le richieste  
dell'Anaa  
per il Ccnl  
2019-2021**

Scarica  
la versione  
integrale  
pubblicata su  
**Iniziativa  
Ospedaliera**



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

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



# SEGUI IN TEMPO REALE LE ATTIVITÀ DELLA TUA ASSOCIAZIONE WWW.ANAAO.IT



www.anaao.it

## RASSEGNA STAMPA QUOTIDIANA

## NEWS

## SERVIZI

## ASSISTENZA LEGALE

## POLIZZE ASSICURATIVE

## COMUNICATI

## CONTRATTO

## EVENTI

## DALLE REGIONI

## ATTIVITÀ PARLAMENTARE

## ANAAO GIOVANI

## DIRIGENZA SANITARIA

## VIDEO

## PUBBLICAZIONI

