Consiglio Nazionale Anaao Assomed

Catania 21 e 22 Giugno 2019

Relazione del Segretario

CCNL 2016/2018. L'accordo economico

MASSA SALARIALE 2015
13,164 MLD
AL LORDO DEGLI ONERI PREVIDENZIALI RIFLESSI

2016 incremento 0,36%: 47,4 mln
2017 incremento 1,09%: 143,4 mln
2018 incremento 3,02%: 397,5 mln
2019: incremento 3,48%: 458,1 mln

ARRETRATI
Totale entro 31/12/2019
1,036 mld

QUOTE ULTERIORI
30 mln "comma Gelli"
25 mln Inail

CCNL 2016–2018 L'ACCORDO ECONOMICO

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

TOTALE 1,101 MLD

PRO CAPITE MEDIO
8.218 €

Arretrati

Nota: le somme sono da intendersi al lordo

Massa salariale per il CCNL 2019/2021

- 13.164 milioni (2015)
- 1.600 milioni (Esclusività di rapporto)
- 458 milioni (CCNL 2016/2018)

Totale 15.222 Mln (+2.058 Mln; + 15%)

Indennità di esclusività.

Legge Bilancio 2019, comma 286

- Ai fini di una maggiore valorizzazione dei dirigenti medici, veterinari e sanitari degli enti del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dal triennio contrattuale 2019-2021, il trattamento economico di cui all'articolo 15-quater, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, stabilito dalla contrattazione collettiva in favore dei dirigenti medici, veterinari e sanitari con rapporto di lavoro esclusivo, concorre alla determinazione del monte salari utile ai fini della determinazione degli oneri derivanti dalla contrattazione collettiva a carico del bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 48, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e con riferimento alle anzianità contributive maturate a decorrere dalla medesima data. Agli oneri derivanti dalle presenti disposizioni si provvede nell'ambito del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

Tipologia degli incarichi di posizione

- **Linea prevalentemente gestionale**
  - Struttura complessa **(A)**
  - Struttura semplice dipartimentale **(B)**
  - Struttura semplice di U.O**. (B)**

- **Linea prevalentemente professionale**
  - Altissima professionalità **(B)**

    Due livelli

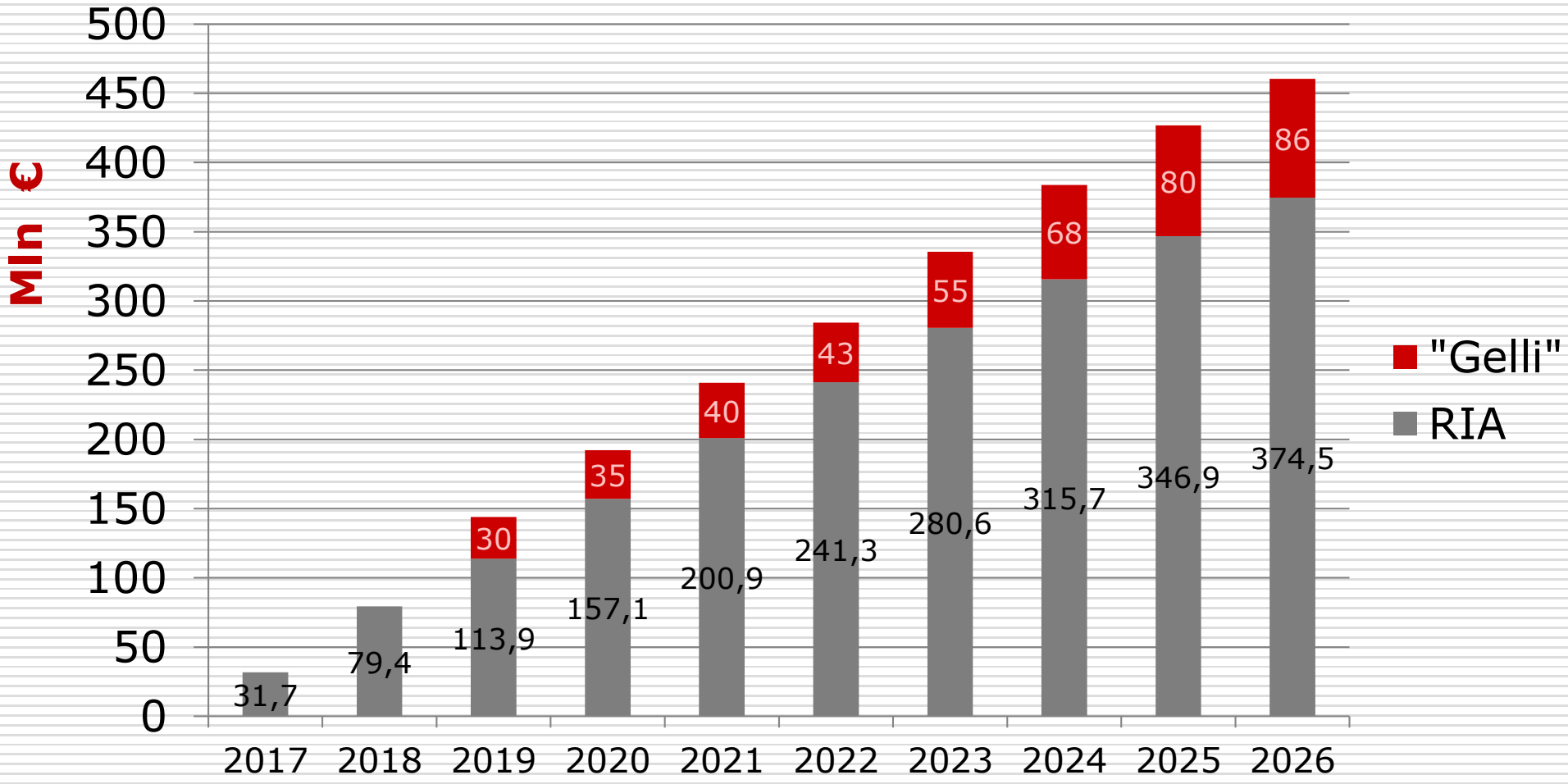
  - Alta specializzazione **(C)**
  - Incarico professionale > 5 anni (5-15-20) **(C)**
  - Dirigente equiparato **(C)**
  - Dirigente medico e sanitario in formazione **(D)**

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Lotta al disagio lavorativo

- Incremento delle dotazioni organiche
- Chiusura del CCNL 2016/2018 e avvio in tempi brevi del CCNL 2019/2021
- Applicazione ragionata della Direttiva Europea sull'orario di lavoro
- Incremento dell'indennità oraria di lavoro notturno
- Incremento dell'indennità di guardia notturna e festiva
- Limitazione del numero mensile di guardie e reperibilità (massimo 10 tra le due attività, con limite per le guardie individuato in 4 mensili)
- Incremento del valore economico dello straordinario
- Incremento del valore orario della produttività aggiuntiva
- Defiscalizzare il salario di produttività e lo straordinario

Crescita montante della Ria dal 2017 al 2026 con somma delle disponibilità del comma «Gelli» dal 2019 al 2026



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Alcuni passi in avanti nella Legge di Bilancio 2019

- Incremento dei contratti di formazione specialistica post laurea che passano da 6200 a 8000
- I **medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso sono ammessi alle procedure concorsuali** in esame nella specifica disciplina bandita e collocati, nel caso di esito positivo delle procedure, in una graduatoria separata. La loro eventuale assunzione a tempo indeterminato, nel caso in cui siano risultati idonei o utilmente collocati nelle rispettive graduatorie, è comunque subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione e all'esaurimento della graduatoria dei medici già specialisti alla data di scadenza del bando.

Il Decreto legislativo «Calabria»

- Commissariamento del sistema sanitario della Regione Calabria
- Sblocco del turnover
- Assunzioni degli specializzandi del quarto e quinto anno
- OdG: RIA
- OdG: comma 687

Differenza numero Dirigenti medici tra il 2017 e l'anno di massima occupazione nelle singole Regioni.

ITALIA	**110885**		**118655**	**2009**	**-7770**	**-6,5%**
MOLISE	489		804		**-315**	**-39,2%**
LAZIO	7961		10693		**-2732**	**-25,5%**
SICILIA	9359		11577		**-2218**	**-19,2%**
CAMPANIA	9680		11961		**-2281**	**-19,1%**
CALABRIA	3953		4791		**-838**	**-17,5%**
VALLE AOSTA	336		385		**-49**	**-12,7%**
LIGURIA	3673		4120		**-447**	**-10,8%**
BASILICATA	1260		1372		**-112**	**-8,2%**
ABRUZZO	2857		3058		**-201**	**-6,6%**
PIEMONTE	8923		9495		**-572**	**-6,0%**
LOMBARDIA	15189		15901		**-712**	**-4,5%**
MARCHE	3129		3274		**-145**	**-4,4%**
PUGLIA	6928		7229		**-301**	**-4,2%**
SARDEGNA	4588		4707		**-119**	**-2,5%**
FRIULI V.G.	2685		2742		**-57**	**-2,1%**
BOLZANO	980		988		**-8**	**-0,8%**
TOSCANA	8500		8523		**-23**	**-0,3%**
TRENTO	1103		1103		**0**	**0,0%**
UMBRIA	2118		2118		**0**	**0,0%**
VENETO	8466		8466		**0**	**0,0%**
EMILIA R.	8713		8713		**0**	**0,0%**

Differenza numero Dirigenti medici 2017 su 2004

	2017	2004	Differenza 2017/2004	
			Numero	%
ITALIA	110.885	115.534	-4649	-4,0%
MOLISE	489	774	-285	-36,8%
LAZIO	7961	10544	-2583	-24,5%
SICILIA	9359	10807	-1448	-13,4%
CAMPANIA	9680	11311	-1631	-14,4%
CALABRIA	3953	4560	-607	-13,3%
VALLE AOSTA	336	307	29	9,4%
LIGURIA	3673	4073	-400	-9,8%
BASILICATA	1260	1208	52	4,3%
ABRUZZO	2857	3038	-181	-6,0%
PIEMONTE	8923	9180	-257	-2,8%
LOMBARDIA	15189	14953	236	1,6%
MARCHE	3129	3126	3	0,1%
PUGLIA	6928	6829	99	1,4%
SARDEGNA	4588	4174	414	9,9%
FRIULI V.G.	2685	2459	226	9,2%
BOLZANO	980	886	94	10,6%
TOSCANA	8500	7698	802	10,4%
TRENTO	1103	922	181	19,6%
UMBRIA	2118	1984	134	6,8%
VENETO	8466	8052	414	5,1%
EMILIA R.	8713	8649	64	0,7%

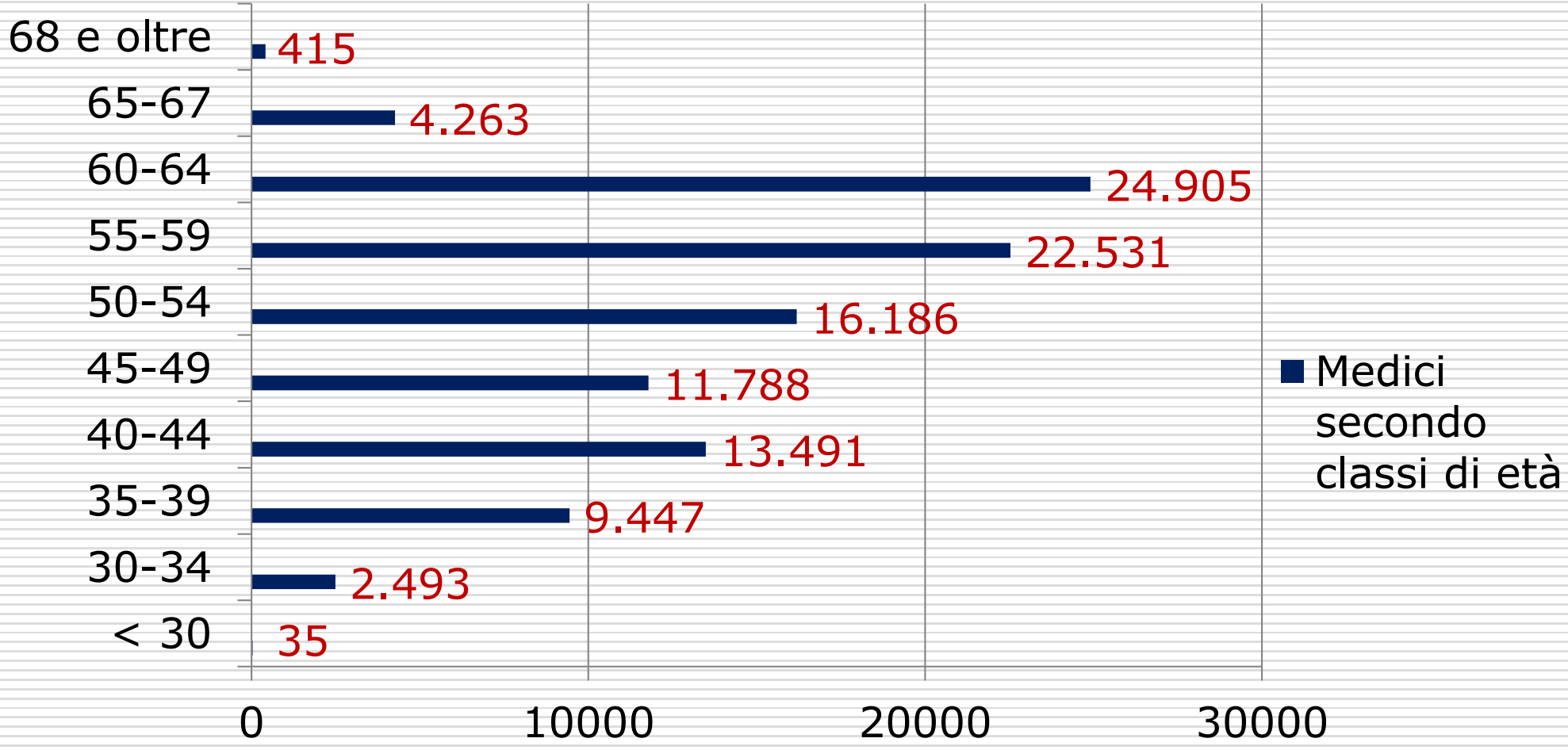
Finanziamento del FSN.

Legge di Bilancio 2019

- 272. Per l'anno 2019, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato **è determinato in 114.439 milioni** di euro. Tale livello è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021.

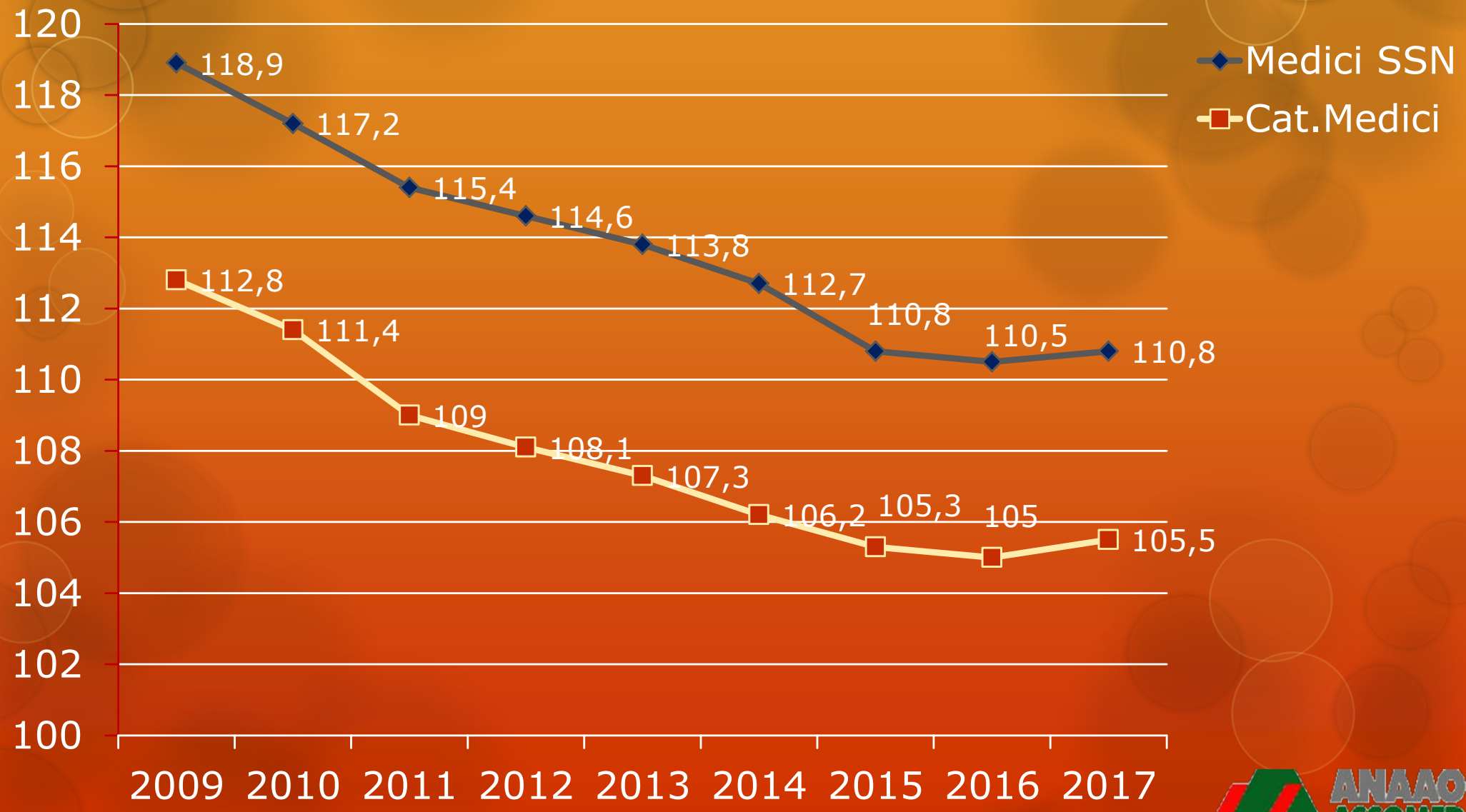
	Finanziamento	Incremento	Pil nominale
2019	114,439	+ 1,0 %	+3,1%
2020	116,439	+ 1,8 %	+ 3,5%
2021	117,939	+ 1,3 %	+ 3,1%

Conto Annuale dello Stato 2017
Medici SSN: 105.554
Classi 55 e oltre: 52.114



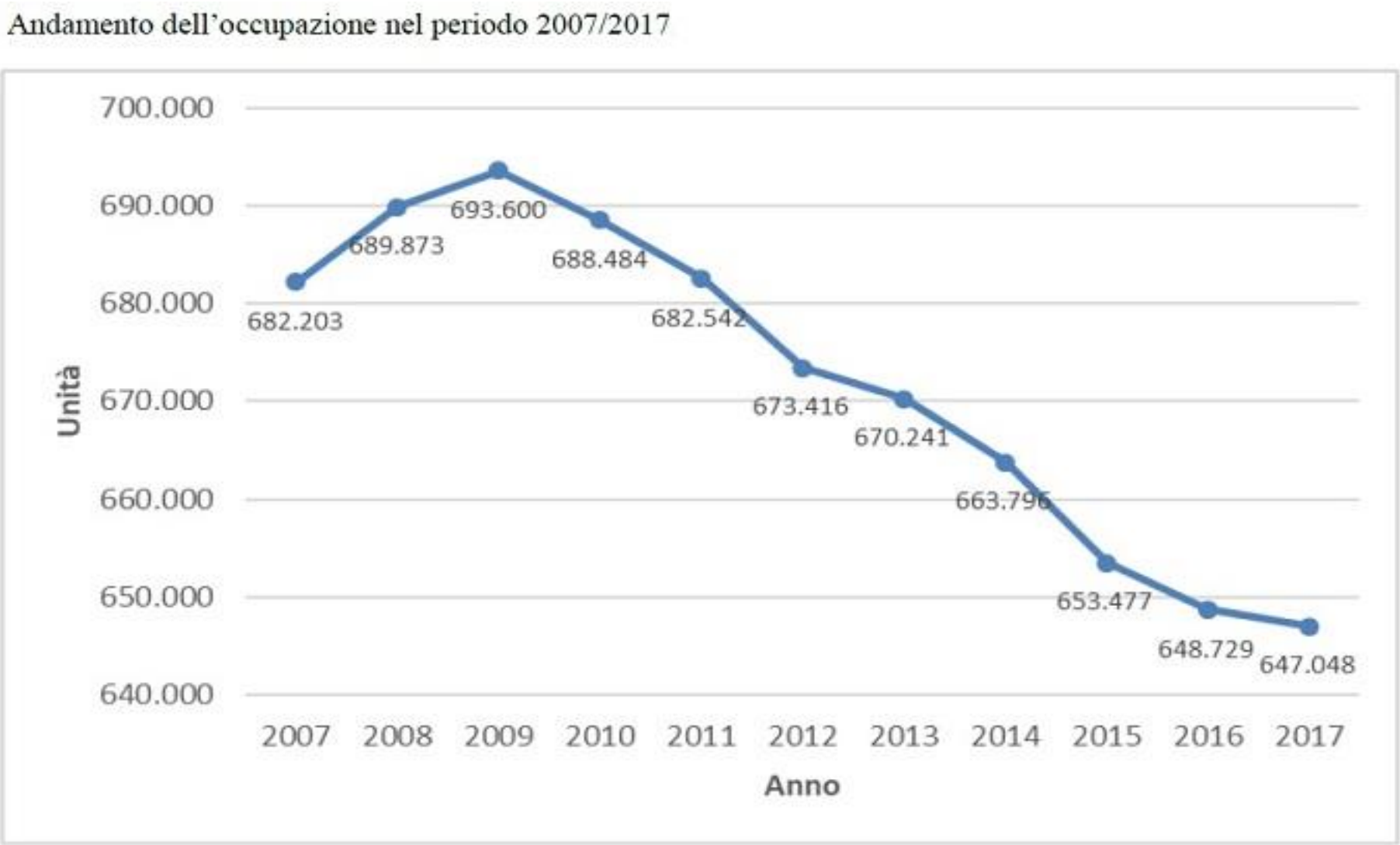
ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Conto annuale dello Stato. Medici dipendenti del SSN (Medici, Veterinari, Odontoiatri) e Categoria Medici dal 2009 al 2017



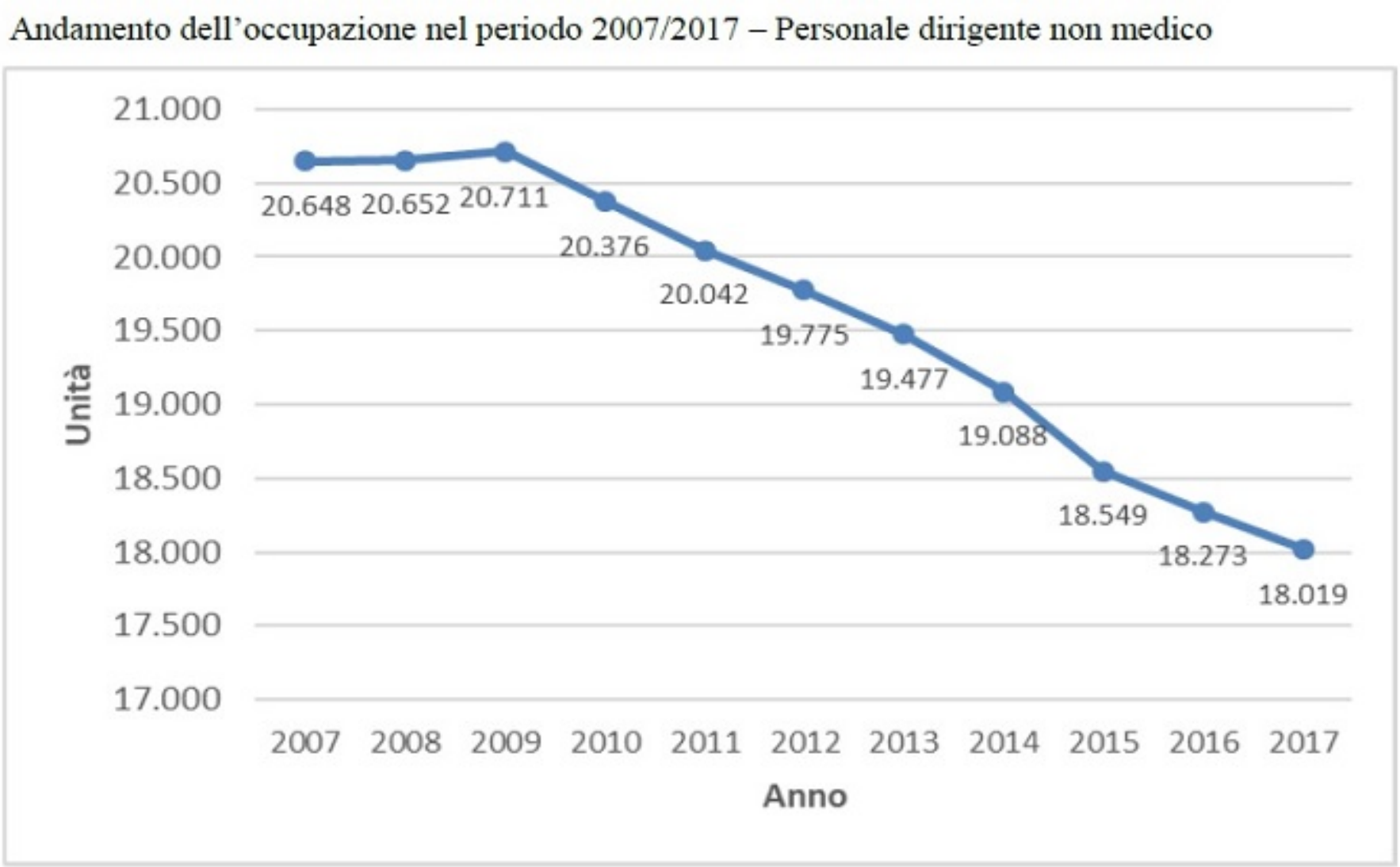
ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Andamento occupazione nel SSN dal 2007 al 2017



G.Rodriquez: QS 2019

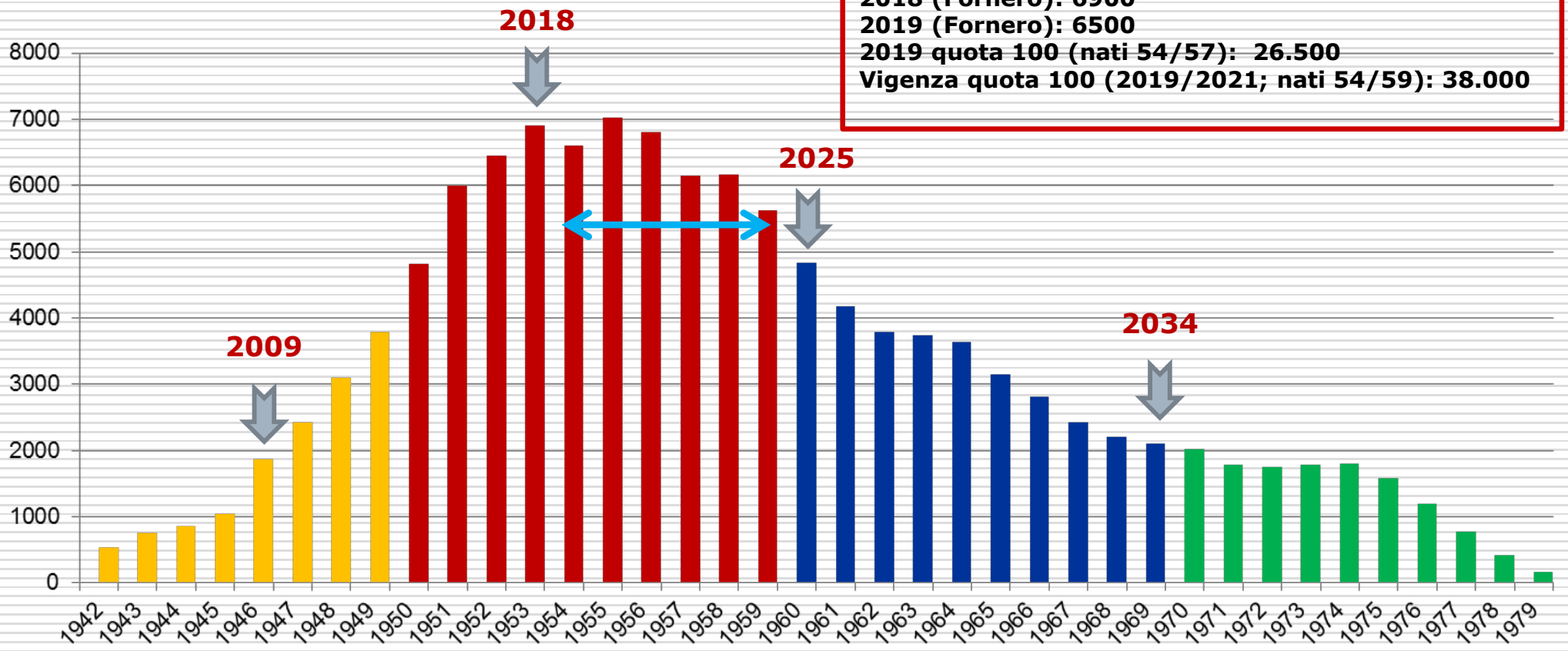
Andamento dell'occupazione nel periodo 2007/2017 per il personale dirigente non medico



G. Rodriquez: QS 2019

Uscite per pensionamento negli anni 2009, 2018, 2025 e nel 2034 in base alla curva demografica dei medici dipendenti del SSN e coorti in uscita nel triennio 2019/2021 in base a quota 100

Diritto al pensionamento:
2018 (Fornero): 6900
2019 (Fornero): 6500
2019 quota 100 (nati 54/57): 26.500
Vigenza quota 100 (2019/2021; nati 54/59): 38.000



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Enrico Reginato, Carlo Palermo
Sole 24 Ore Sanità; 2011

Le tre fasi nella dinamica delle uscite dal SSN

1. 2009/2017: blocco del turnover con progressiva riduzione delle dotazioni organiche. CAT 2017: riduzione di 46.000 addetti, di cui 10.000 tra medici e dirigenti sanitari.
2. 2018/2025: uscite importanti dal SSN (oltre 50 mila medici) per la gobba demografica che raggiunge il suo plateau e per i nuovi criteri pensionistici. Ridotta formazione specialistica sia sotto il profilo quantitativo sia per la tipologia
3. 2026/2034: riduzione progressiva dei fabbisogni per l'esaurirsi della gobba demografica e normalizzazione del tasso di pensionamento annuale

Alcuni numeri su cui ragionare

- Dal 2018 al 2025 sono attesi circa **52.000** pensionamenti tra i Medici dipendenti del SSN .
- Nello stesso periodo acquisiranno il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia almeno **79.000** degli attuali studenti.
- La possibilità di formazione specialistica *post-lauream* è limitata a circa **54.000** contratti nel periodo considerato, che al netto di rinunce, trasferimenti e perdita di borse si riducono a **51.000.**
- Mediamente solo il 70-75% degli specialisti formati accetta di lavorare per il SSN: la reale disponibilità sarà quindi di circa **36.000**.

Si prospetta una discrepanza tra uscite pensionistiche e capacità formativa di circa 16.000 specialisti nel SSN

Studio Anaao 2018.
Matteo D'Arienzo, Fabio Ragazzo, Domenico Montemurro, Costantino Troise, Carlo Palermo

Top ten carenza di medici specialisti dipendenti del SSN (dal 2018 al 2025)

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Studio Anaao 2019.
Matteo D'Arienzo, Fabio Ragazzo, Domenico Montemurro, Chiara Rivetti, Pierino Di Silverio, Costantino Troise

Studio Anaao Assomed 2019: Carenze previste per singole Regioni nel periodo 2018/2025

SPECIALIZZAZIONI MEDICHE PIU' CARENTI	Veneto	Emilia Romagna	Lombardia	Piemonte	Liguria	Friuli Ve-Giulia	Valle d'Aosta	Trentino	Toscana	Marche	Umbria
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	184	76	177	194	98	30	0	90	344	148	-17
PEDIATRIA	227	95	510	274	102	20	13	38	329	132	82
MEDICINA INTERNA	92	238	377	154	84	120	8	45	202	53	28
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	32	-83	315	213	99	76	22	47	160	62	49
CHIRURGIA GENERALE	7	-9	159	148	59	29	11	29	104	53	47
PSICHIATRIA	31	93	165	52	63	39	6	11	17	71	19
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	15	145	60	69	53	21	2	8	99	74	29
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	4	35	-22	55	26	-2	4	21	96	44	27
RADIODIAGNOSTICA	67	91	-8	54	50	4	8	22	127	64	16
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	33	0	59	73	17	4	7	17	82	13	-16
IGIENE E MED. PREVENTIVA	-15	40	127	19	8	-29	6	-11	14	18	24
NEFROLOGIA	7	-20	22	56	10	31	4	2	40	38	19
OFTALMOLOGIA	30	17	4	56	14	-18	3	0	68	8	7

SPECIALIZZAZIONI MEDICHE PIU' CARENTI	Lazio	Abruzzo	Molise	Basilicata	Campania	Puglia	Calabria	Sardegna	Sicilia	Totale Carenze
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	544	211	0	106	800	498	249	153	356	4241
PEDIATRIA	42	98	13	44	278	216	150	259	471	3394
MEDICINA INTERNA	40	25	19	25	119	78	30	73	66	1878
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	-14	37	16	60	43	93	63	81	153	1523
CHIRURGIA GENERALE	-5	46	9	40	129	97	90	116	141	1301
PSICHIATRIA	48	0	12	5	32	15	90	49	126	944
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	-120	35	13	16	69	104	40	33	63	826
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	-28	16	11	30	37	73	51	34	180	690
RADIODIAGNOSTICA	-83	-17	-2	33	-32	77	43	38	62	612
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-91	1	8	20	98	64	46	38	78	550
IGIENE E MED. PREVENTIVA	-85	7	0	15	0	59	57	25	196	474
NEFROLOGIA	22	2	6	16	-37	33	44	61	10	366
OFTALMOLOGIA	-35	5	7	12	-16	33	16	4	31	246

Celle rosse: ammanco > 60 unità; celle grigie: ammanco ≤ 60; celle verdi: surplus

Oltre il pensionamento: altre modalità di uscita dal SSN.

- Passaggio al privato, sia «puro» che accreditato.
- Passaggio al regime di convenzionamento con il SSN.
- Fuga all'estero (Francia, Svizzera, Gran Bretagna, Germania, Olanda, Stati Uniti): entro il 2023 la richiesta di medici nei Paesi UE sarà di circa 230.000 unità.

Perché i Medici specialisti non aspirano più ad operare nel SSN?

- Remunerazioni basse: circa il 50% di quello che offrono i paesi dell'ovest europeo.
- Lavoro gravoso e rischioso:
  - Turni si servizio in netto incremento; weekend quasi tutti occupati da guardie e reperibilità; difficoltà nel godere delle ferie maturate; straordinari non retribuiti.
  - Profonde ripercussioni sulla qualità della vita familiare e sociale
  - Rischio di denunce ed aggressioni
  - Burnout in incremento
- Lavoro nel privato meno stressante: si affronta una casistica di elezione e alta remunerazione in ambito chirurgico.
- Modifiche sociologiche: i neo laureati ambiscono a specializzazioni spendibili sul mercato privato (cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, chirurgia plastica….)
- Estero: valorizzazione delle capacità professionali e alti salari

The Business of Health Care Depends on Exploiting Doctors and Nurses

One resource seems infinite and free: the professionalism of caregivers.

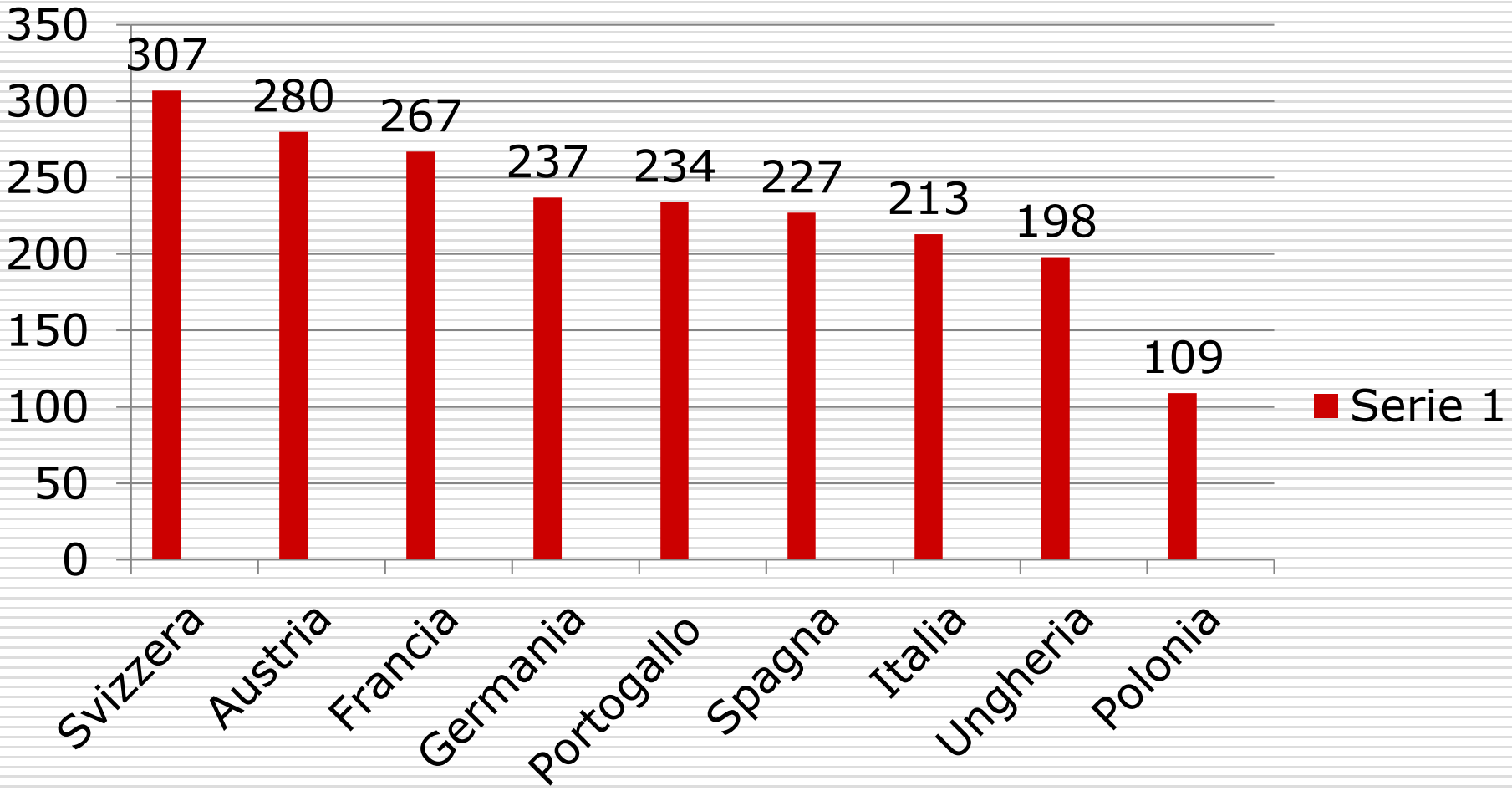
By Danielle Ofri

Dr. Ofri practices at Bellevue Hospital in New York.

The New York Times, 8 giugno 2019

- In una fabbrica, se il 30 percento in più di manufatti fosse improvvisamente immesso su una catena di montaggio, il processo si arresterebbe. Provate ad immaginare un idraulico o un avvocato che compia il 30 percento di lavoro in più senza fatturazione. Ma nell'assistenza sanitaria c'è una straordinaria elasticità: puoi continuare ad aggiungere lavoro e magicamente tutto viene fatto in qualche modo. L'infermiera non prenderà una pausa pranzo se il reparto è a corto di componenti dello staff. Il medico "infiltrerà" i pazienti extra nelle sue liste.
- Questa etica professionale tiene insieme l'intera impresa. Se i dottori e le infermiere andassero a casa quando le loro ore retribuite fossero terminate, l'effetto sui pazienti sarebbe calamitoso. Medici e infermieri lo sanno, motivo per cui non si sottraggono. Anche il sistema lo sa e ne approfitta
- Questo mese l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto i gravi effetti del burnout derivante dallo stress cronico sul luogo di lavoro. Il riscontro di burnout tra i medici è di recente comparsa, i livelli sono peggiori rispetto alla popolazione generale e aumentano inesorabilmente.
- Quelli che comandano devono riflettere sulle ricadute delle loro decisioni. Contare su infermieri e dottori sfruttandoli perché sai che non abbandoneranno i loro pazienti non è solo una cattiva strategia. È una cattiva medicina.

Medici operanti in Europa nelle strutture ospedaliere. Valori per 100.000 abitanti

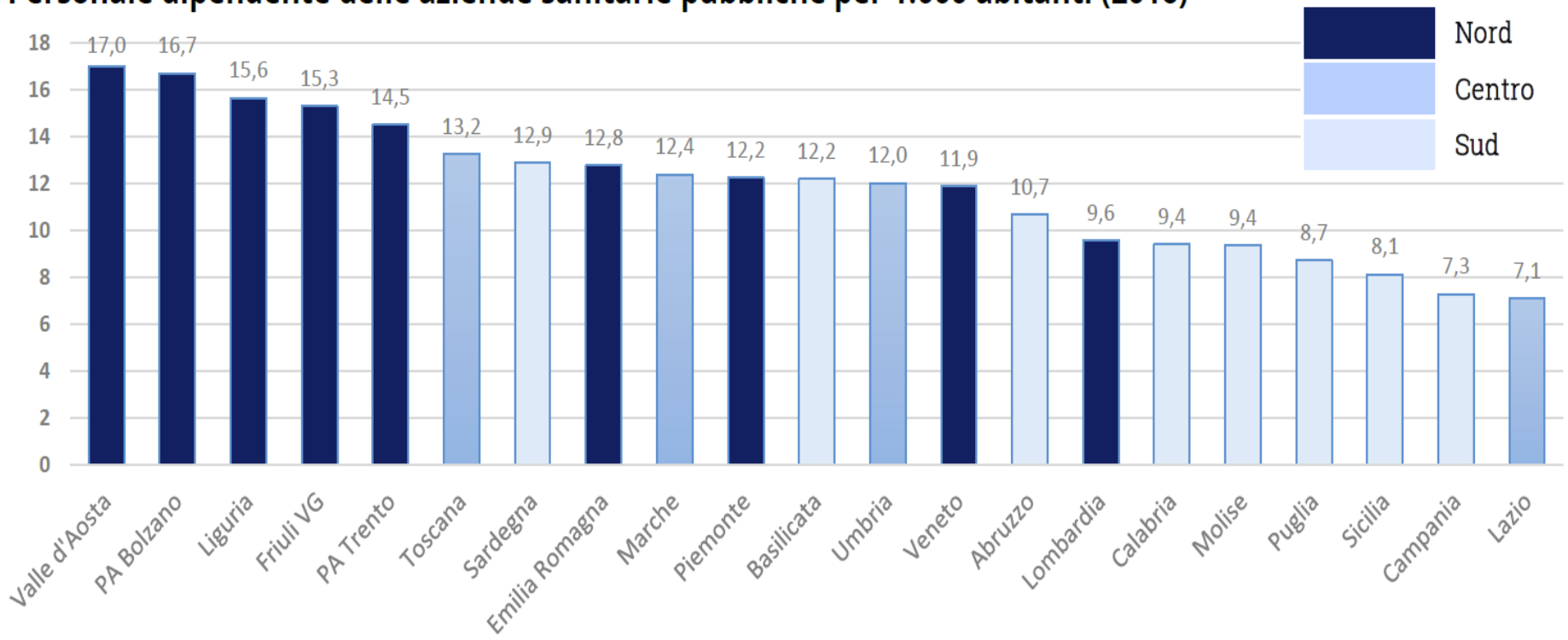


Elaborazione dati Eurostat 2016

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

...e persistenti disuguaglianze territoriali

Personale dipendente delle aziende sanitarie pubbliche per 1.000 abitanti (2016)



Ulteriori differenze si osservano in termini di:

- Aspettativa di vita in buona salute: superiore di circa 4 anni al Nord (60,5) rispetto al Sud (56,6);
- Cronici in buona salute, pari al 46,9% al Nord, al 41,2% al Centro e al 36,6% al Sud.

Le proposte Anaao

- Aumentare i contratti di formazione specialistica portandoli a 10.000/anno.
- Attivare immediatamente le assunzioni nel SSN rimuovendo ogni anacronistico blocco (DL «Calabria»).
- Stabilizzare tutto il precariato mediante concorsi riservati, prevedendo in ogni caso il possesso o l'acquisizione del titolo di specialista (Proposta Anaao al DL «Calabria»).
- In presenza di ulteriori carenze, assumere gli specializzandi del quarto e quinto anno con contratti a tempo determinato (DL «Calabria»).
- Chiudere rapidamente il CCNL, utilizzando la RIA per ristorare il disagio e premiare il merito.
- Incrementare con risorse aggiuntive l'indennità di esclusività ferma ai valori del 2000 (riduzione del 40% in termini reali).

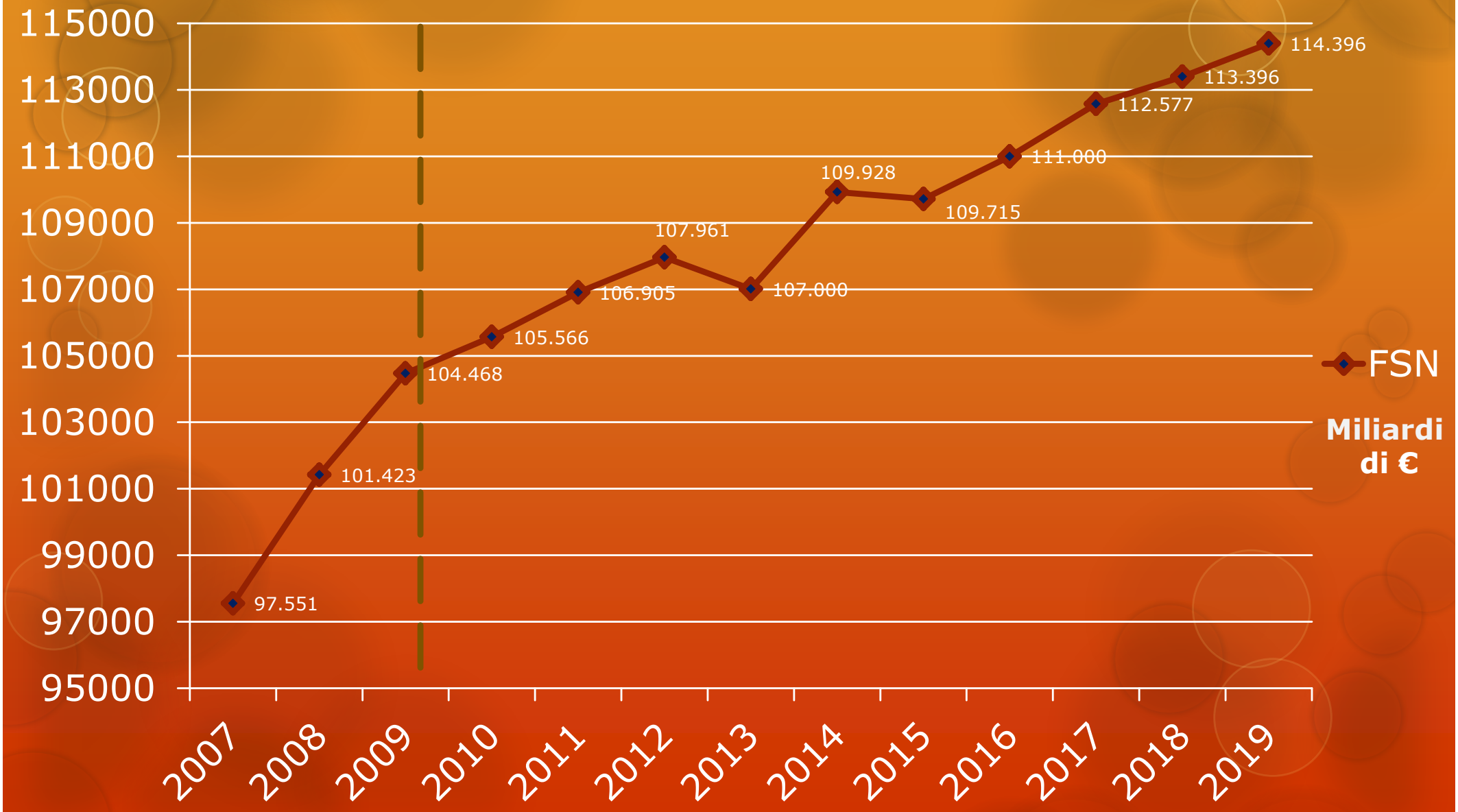
La Formazione *post lauream* Le proposte Anaao

- Formazione medico specialistica con contratto di formazione/lavoro fin dal primo anno (Modello europeo).
- Ultimo biennio/triennio con contratto di formazione/lavoro nella rete degli Ospedali di Apprendimento.
- «Doppio binario»

Le condizioni per il «doppio binario»: proposta di ultima istanza

- Il *primo punto* fermo e imprescindibile: i medici in formazione non devono mai essere sostitutivi del personale di ruolo, ma sempre aggiuntivi ad esso.
- Il *secondo punto*: il medico in formazione deve essere inquadrato nell'area della dirigenza medica, con la qualifica di "dirigente medico in formazione", con retribuzione e *job description* definite nel CCNL. Una volta ottenuta la specializzazione, potrà accedere ai ruoli del SSN tramite concorso pubblico.
- Il *terzo punto*: il numero di medici in formazione specialistica che accedono al "doppio canale" non potrà superare la differenza tra fabbisogni specialistici espressi ogni 3 anni dalle Regioni e contratti stanziati dal MIUR. Appare chiaro che il percorso deve prevedere aspetti di tipo formativo concordati con l'università per il principio di equivalenza dei titoli.

Finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale dal 2007 al 2019



Spesa sanitaria pubblica pro-capite 2016

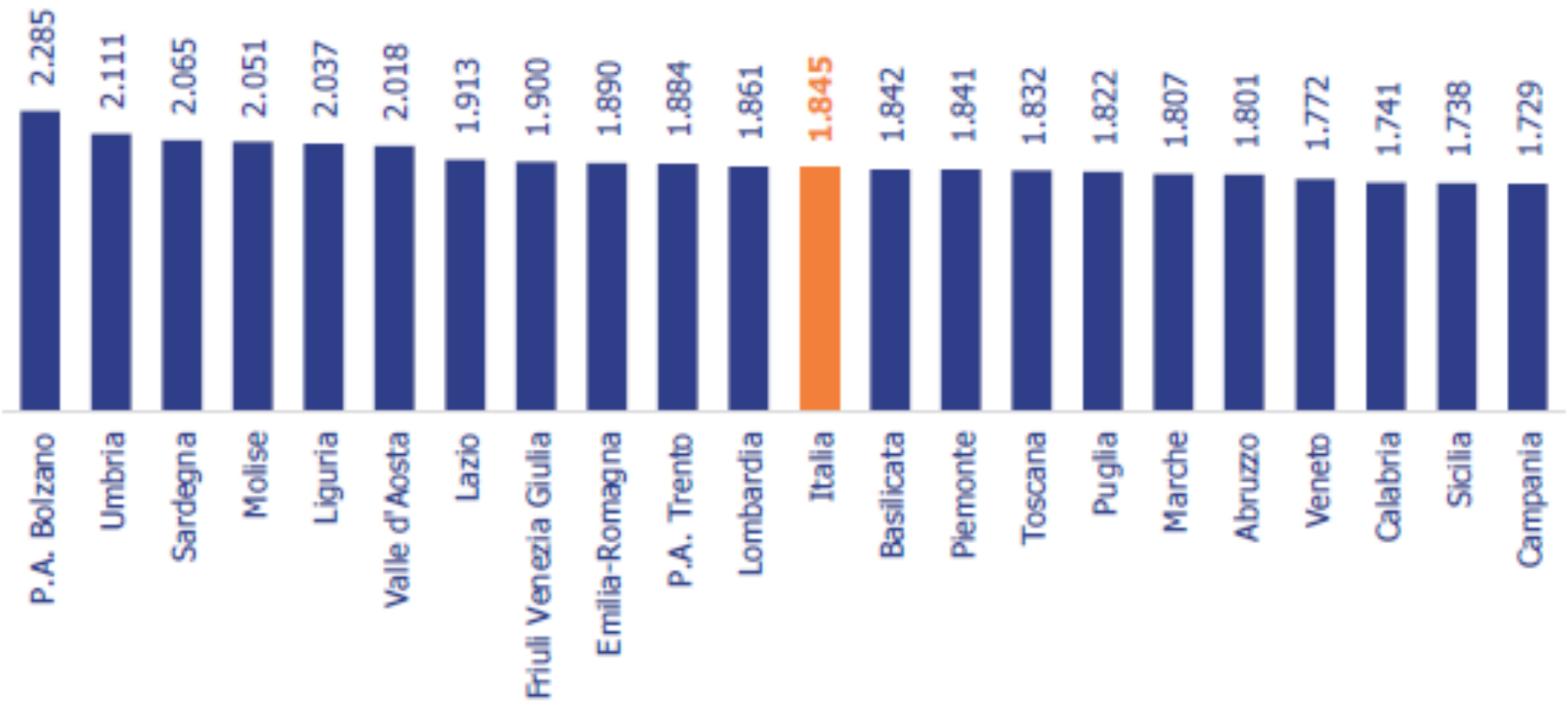
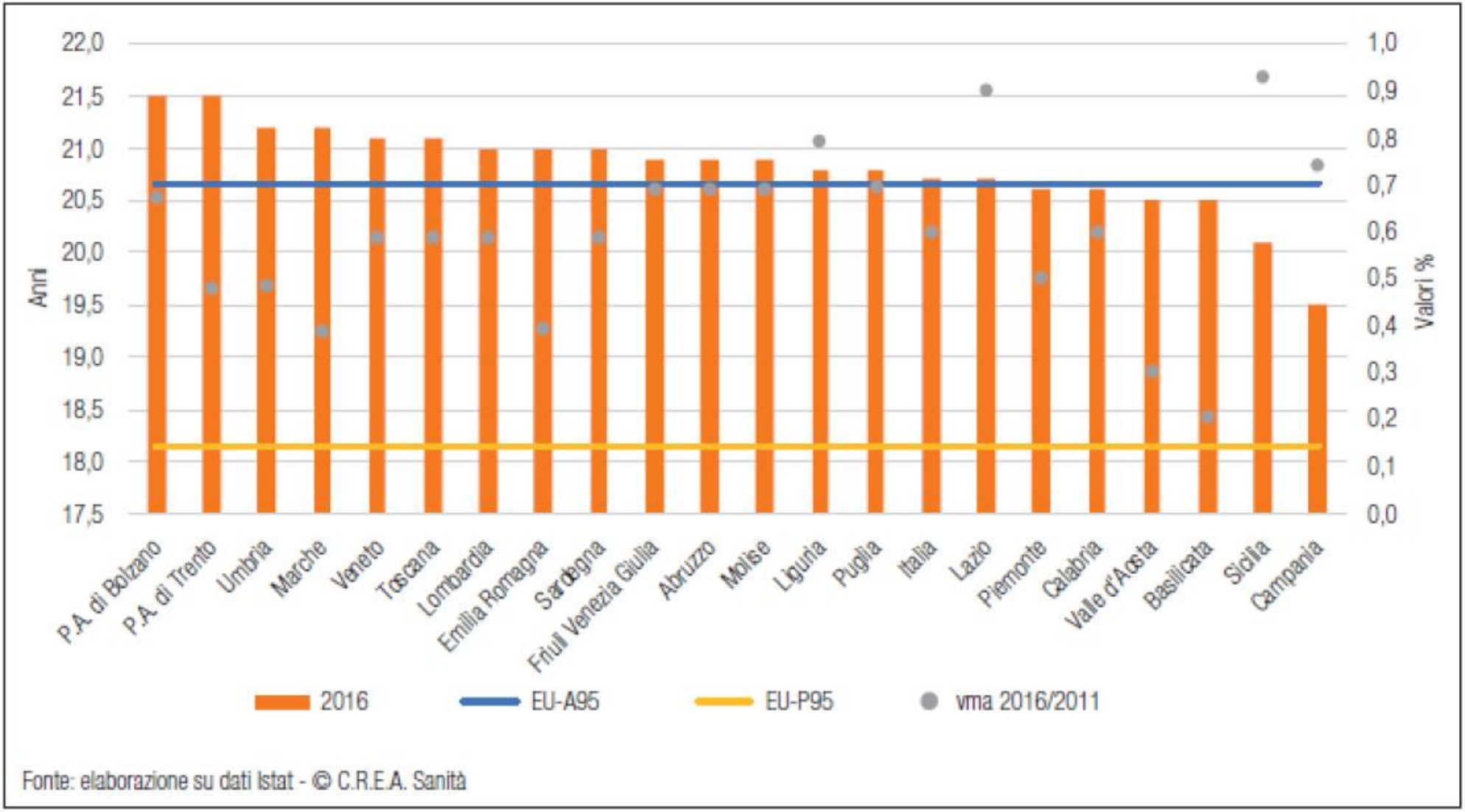


Figura 32. Spesa sanitaria pubblica pro capite delle Regioni (euro), 2016

Fonte: The European House - Ambrosetti su dati ISTAT, 2018

Aspettativa di vita residua a 65 anni



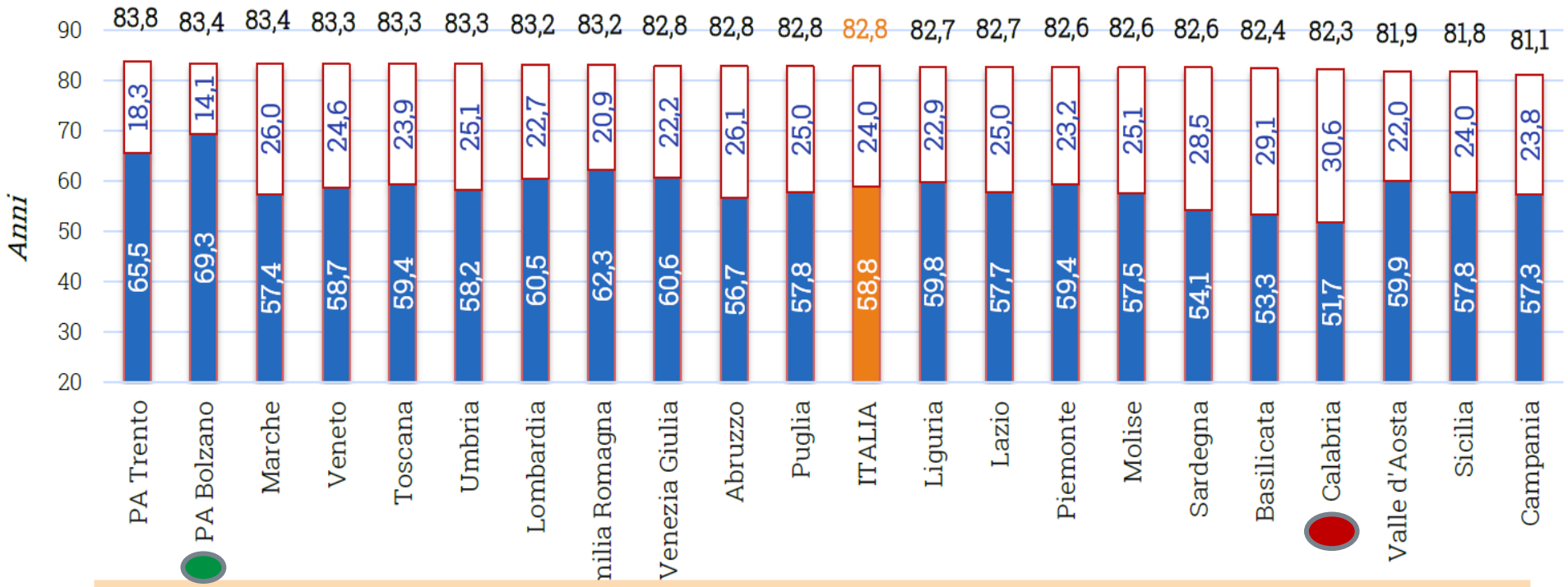
PROSPETTO 3. TASSO GENERICO E STANDARDIZZATO DI MORTALITA' PER REGIONE. Anni 2015-2017*, valori per mille

	Tasso generico			Tasso standardizzato				Tasso generico			Tasso standardizzato		
Regioni	**2015**	**2016**	**2017**	**2015**	**2016**	**2017**	**Regioni**	**2015**	**2016**	**2017**	**2015**	**2016**	**2017**
Piemonte	12,3	11,6	12,1	9,1	8,4	8,5	Molise	12,4	11,5	12,7	8,9	8,1	8,7
Valle d'Aosta	11,8	10,9	11,2	9,4	8,5	8,6	Campania	9,7	9,1	9,6	10,5	9,6	10,0
Lombardia	9,9	9,4	9,9	8,5	7,8	8,0	Puglia	9,7	9,2	10,0	8,8	8,2	8,6
Trentino-Alto Adige	8,9	8,7	8,8	7,8	7,5	7,4	Basilicata	11,2	10,8	11,5	9,0	8,5	8,8
Bolzano-Bozen	*8,4*	*8,1*	*8,3*	*8,0*	*7,6*	*7,5*	Calabria	10,3	9,8	10,5	9,1	8,5	8,9
Trento	*9,4*	*9,2*	*9,3*	*7,7*	*7,4*	*7,2*	Sicilia	10,4	9,9	10,7	9,7	9,0	9,5
Veneto	10,1	9,7	10,0	8,3	7,9	7,9	Sardegna	10,0	9,8	10,1	8,6	8,1	8,2
Friuli-Venezia Giulia	12,1	11,6	12,0	8,5	8,0	8,1	**ITALIA**	**10,7**	**10,1**	**10,7**	**8,8**	**8,2**	**8,4**
Liguria	14,2	13,3	14,1	8,8	8,0	8,3	**Nord**	10,9	10,4	10,8	8,5	8,0	8,1
Emilia-Romagna	11,6	11,1	11,5	8,4	7,9	8,1	***Nord-ovest***	*11,0*	*10,4*	*10,9*	*8,7*	*8,0*	*8,2*
Toscana	12,1	11,3	11,9	8,5	7,8	8,1	***Nord-est***	*10,8*	*10,4*	*10,7*	*8,3*	*7,9*	*7,9*
Umbria	12,1	11,5	12,3	8,3	7,8	8,1	**Centro**	11,0	10,5	11,0	8,6	8,1	8,2
Marche	11,8	11,2	12,2	8,3	7,8	8,2	**Mezzogiorno**	10,2	9,6	10,3	9,5	8,8	9,1
Lazio	9,9	9,6	9,9	8,8	8,3	8,4	***Sud***	10,1	9,5	10,2	9,5	8,8	9,1
Abruzzo	11,6	11,0	11,7	8,8	8,2	8,5	***Isole***	10,3	9,8	10,6	9,4	8,8	9,2

(*) Stima per il 2017. Tassi standardizzati elaborati col metodo della popolazione tipo, popolazione standard di riferimento: UE28 al 1.1.2015.

Alpi
Pianura Padana
Nord Adriatico
Nord Tirreno
Centro Adriatico
Sud Tirreno
Puglia
Calabria
Sicilia
Sardegna
BOLZANO
AOSTA
TRENTO
TRIESTE
VENEZIA
MILANO
TORINO
GENOVA
BOLOGNA
FIRENZE
ANCONA
PERUGIA
L'AQUILA
ROMA
CAMPOBASSO
BARI
NAPOLI
POTENZA
CAGLIARI
PALERMO
REGGIO CALABRIA
Distanza:
km. 671
1 giorno e ½ di
vita a Km

Differenziale in anni tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita, per regione (2016)



Delta aspettativa di vita= 2,7 anni, in buona salute = 17,6 anni!

Università Bocconi
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

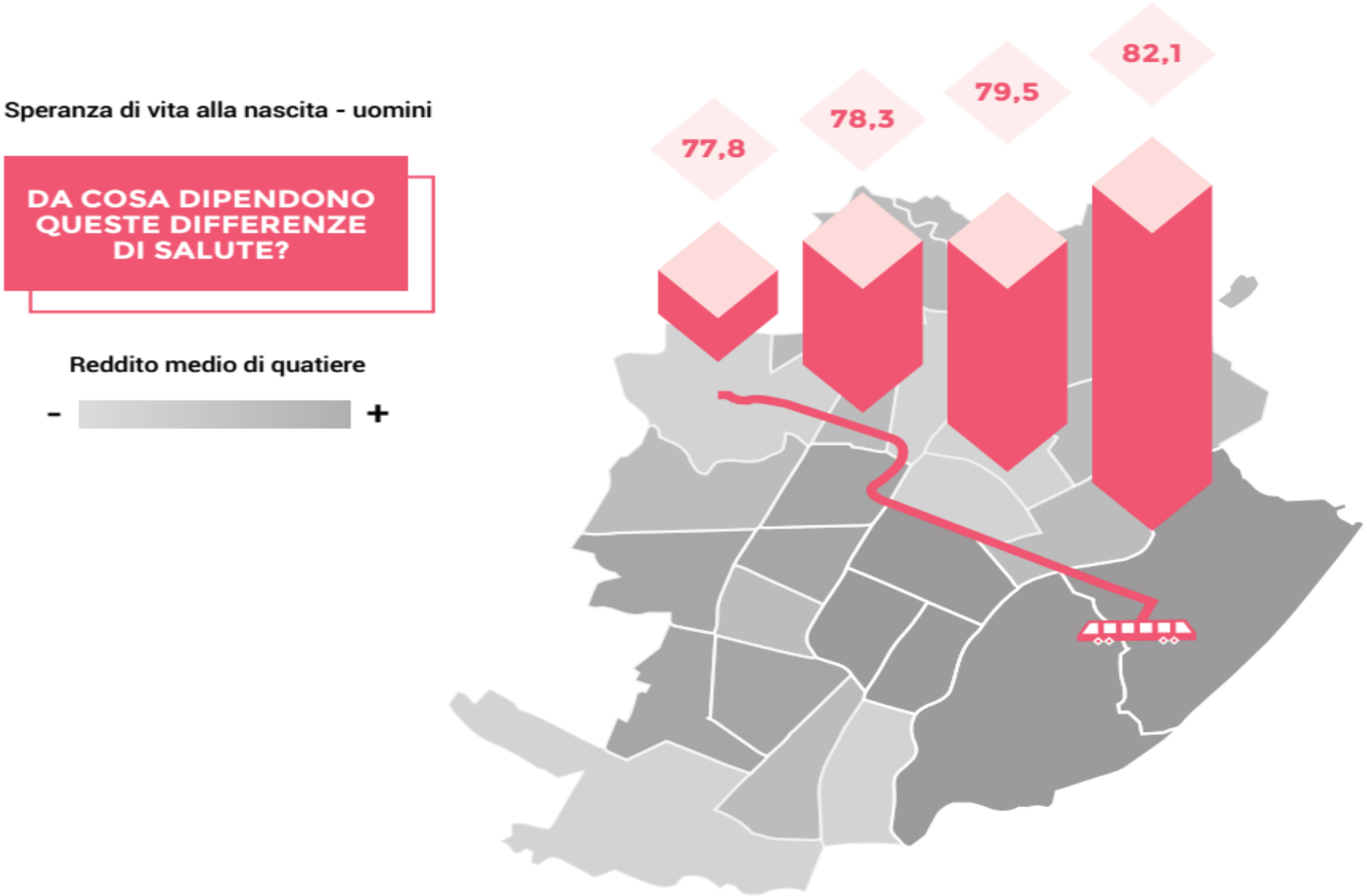
Speranza di vita in buona salute alla nascita

Differenza tra speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita

SDA Bocconi
School of Management

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT 2018 e Rapporto BES 2017

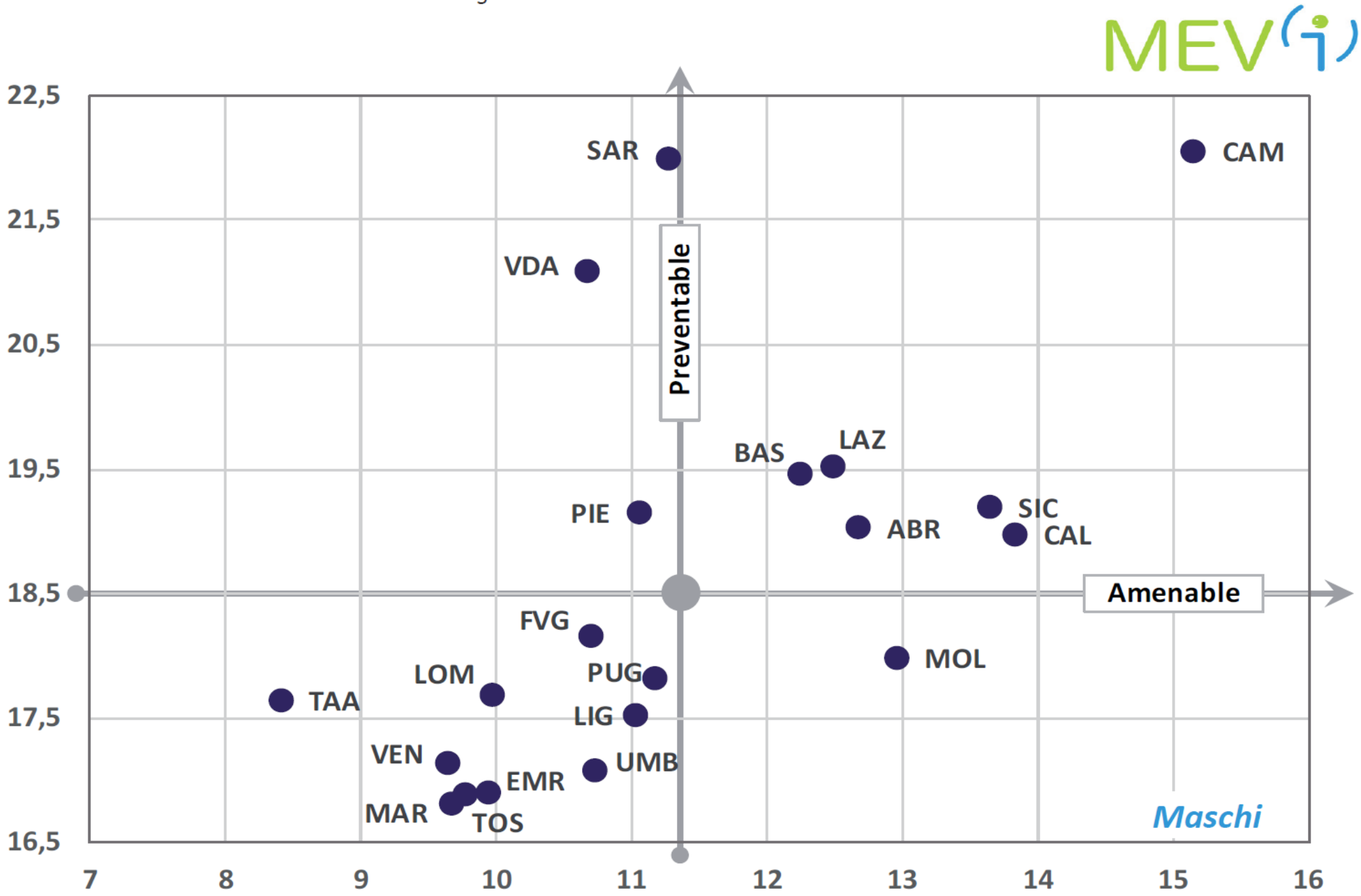
Il tram che fa perdere 5 mesi di vita a chilometro



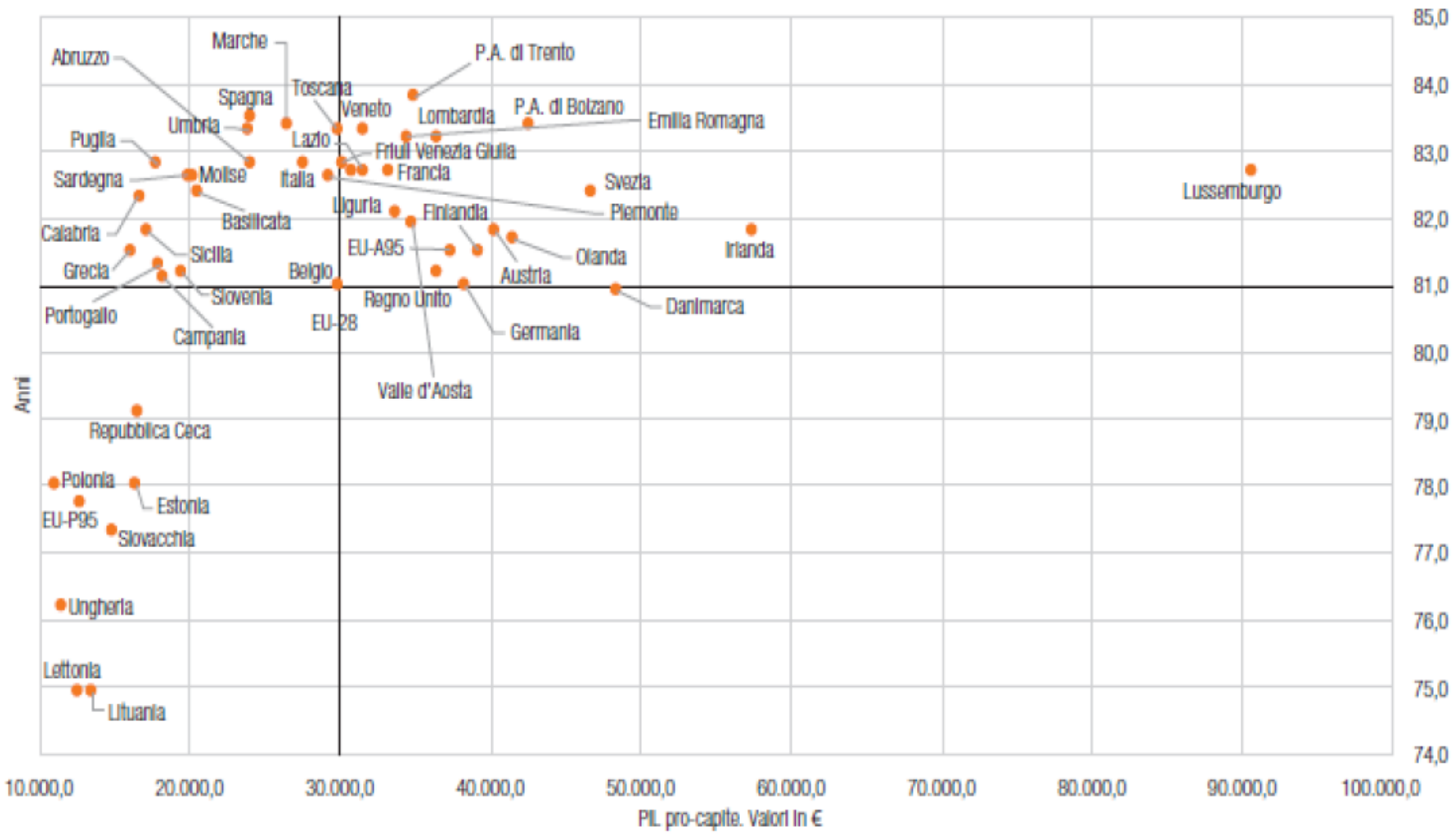
Mortalità per cause trattabili e prevenibili per regione e genere

Classifica MEV(i) 2018 - Decessi 0-74 anni - Giorni perduti std pro-capite

Il centro degli assi coincide con i valori della media nazionale

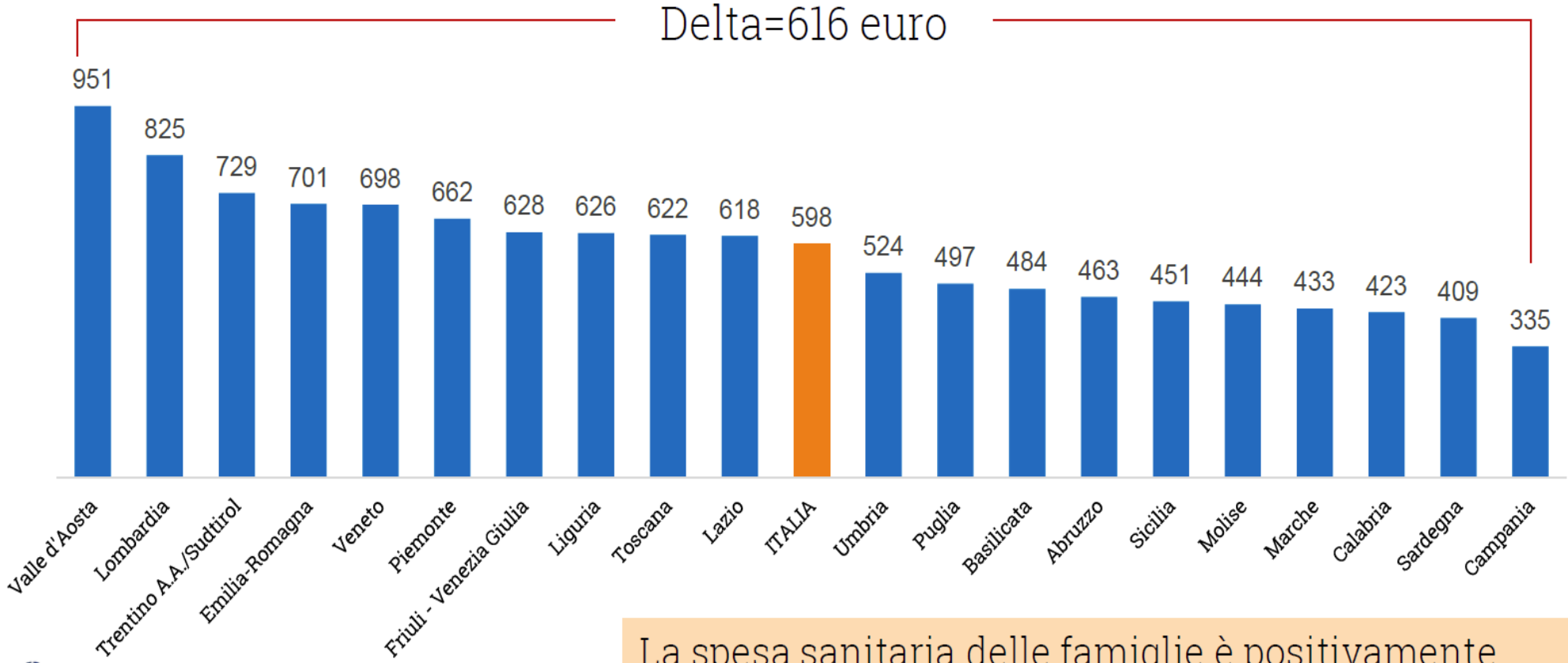


Speranza di vita alla nascita vs PIL pro-capite



Fonte: elaborazione su dati Eurostat - © C.R.E.A. Sanità

Spesa sanitaria pro capite delle famiglie per regione (2015-2017)



Università Bocconi
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Fonte: OCPS su ISTAT (Indagine sulla spesa delle famiglie)

La spesa sanitaria delle famiglie è positivamente correlata alla qualità dei sistemi regionali, ma ancor di più alle variabili reddituali e socio-demografiche.

Relazione tra spesa sanitaria pubblica, spesa privata delle famiglie e PIL nelle Regioni

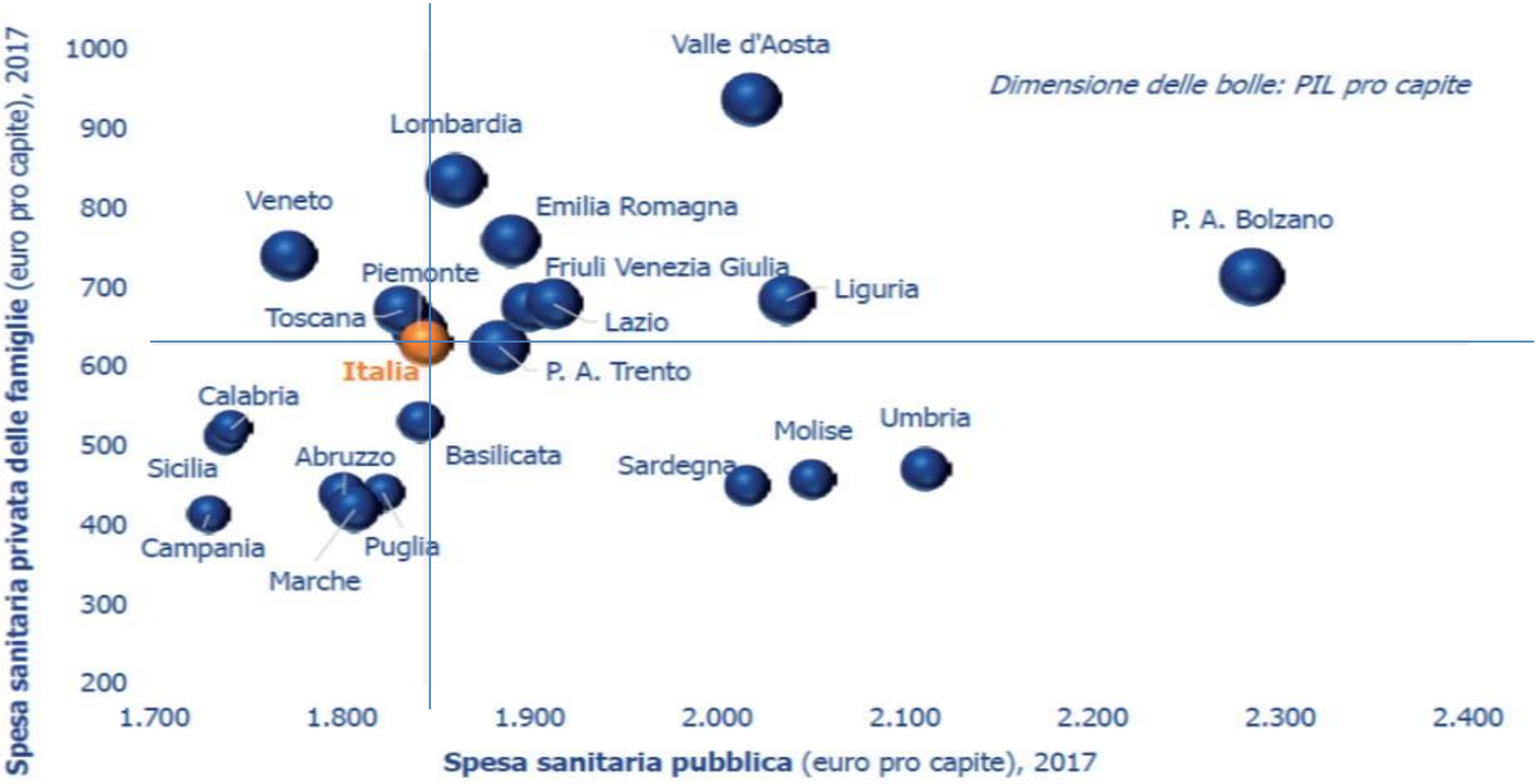
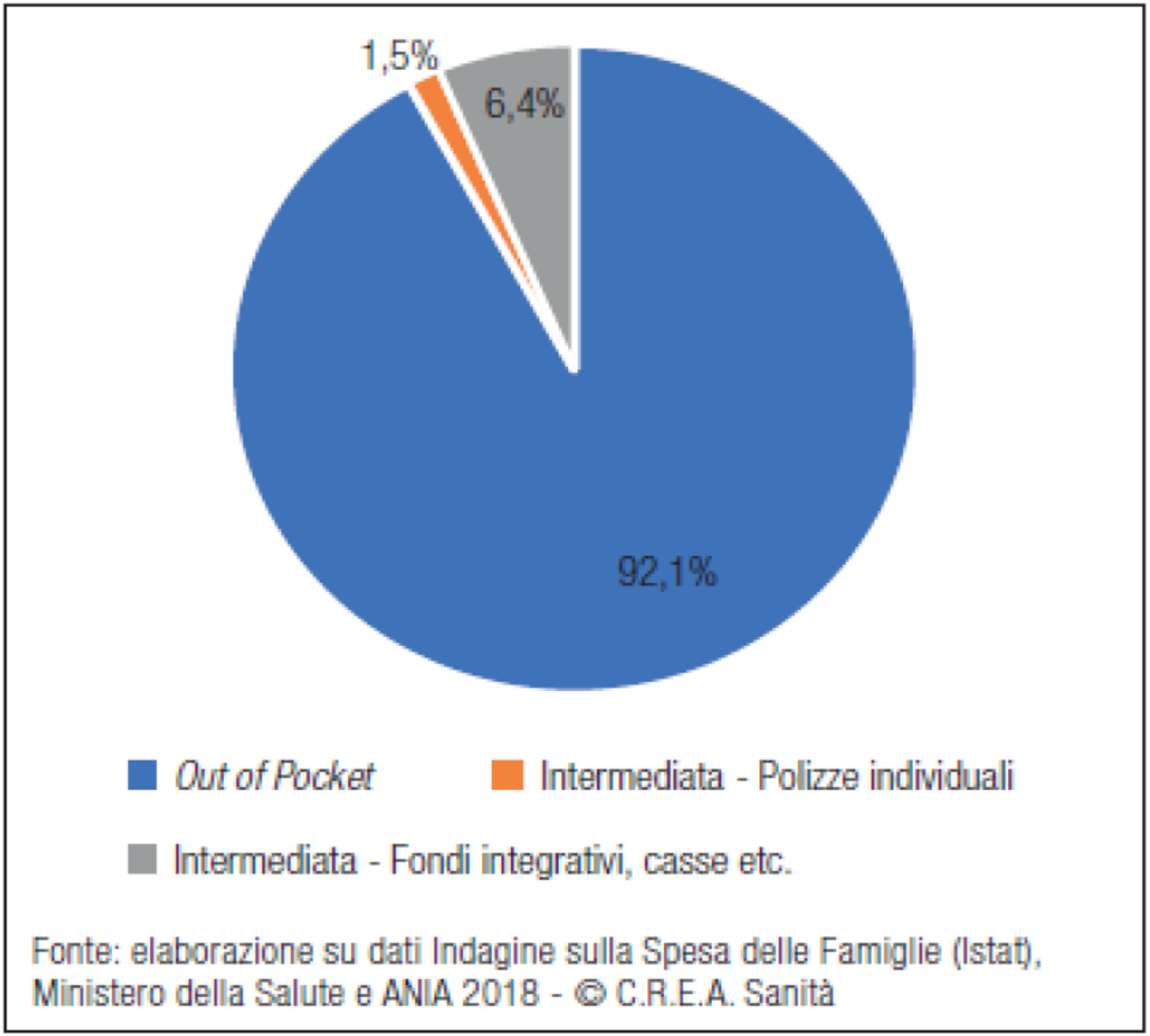


Figura 34. Relazione tra spesa sanitaria pubblica, spesa sanitaria privata delle famiglie e PIL nelle Regioni italiane (euro), 2017

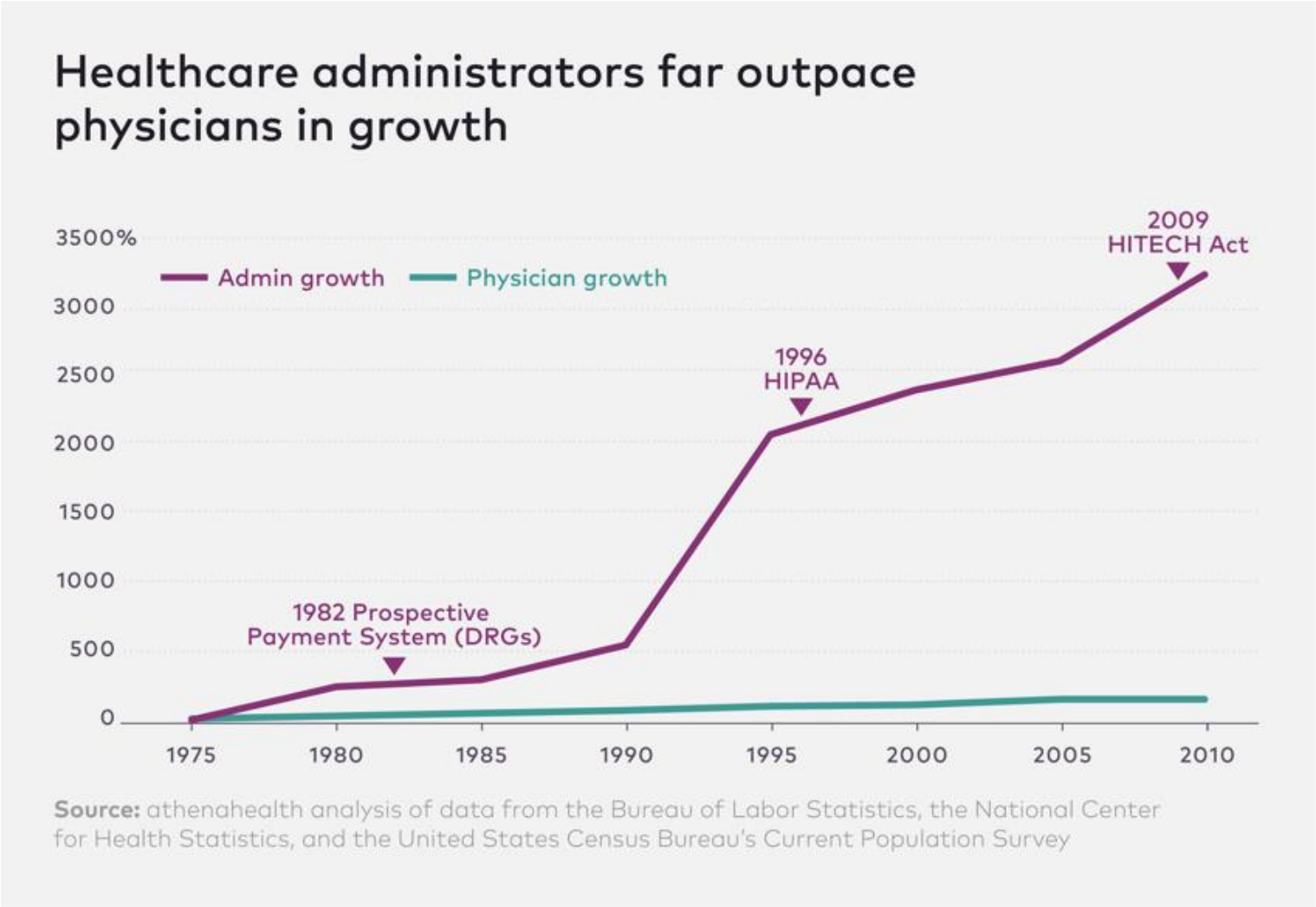
Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Istat, 2018

Composizione della spesa sanitaria privata. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA 2018 - © C.R.E.A. Sanità

Crescita della componente amministrativa nel settore sanitario in USA



I rischi per l'equità

- le persone che hanno un lavoro stabile;
- i lavoratori dipendenti, rispetto a quelli autonomi;
- le categorie di lavoratori con maggiori capacità negoziali e interessati a contrattare integrazioni salariali sotto forma di fringe benefit, rispetto ai lavoratori privi di tali requisiti;
- i lavoratori con redditi più elevati, in quanto il valore della deduzione aumenta proporzionalmente all'aliquota marginale;
- i residenti in alcune aree del Paese, perché gli iscritti ai fondi sanitari non sono uniformemente distribuiti sul territorio nazionale: 38,9% nel Nord-Ovest, 14,9% nel Nord-Est, 33,4% nel Centro, 12,8% nel Sud e Isole.

I rischi per la sostenibilità del SSN

- Innanzitutto, è paradossale che in un periodo segnato dal progressivo definanziamento del SSN si preferisca destinare risorse pubbliche alle agevolazioni fiscali dei fondi sanitari, invece che aumentare le risorse per la sanità pubblica: infatti, l'entità del beneficio fiscale pro-capite previsto per i fondi sanitari (€ 3.615,20) sfiora il doppio della spesa sanitaria pubblica pro-capite nel 2016 (€ 1.925,00).
- In secondo luogo, la diffusione dei fondi integrativi indebolisce progressivamente la difesa civica del diritto alla tutela della salute, perché oggi chi non è soddisfatto del sistema pubblico e dispone di un'opzione privata che gli offre tutto quanto già incluso nei LEA non ha alcun motivo per rivendicare un diritto anche a nome degli altri.

LA TEMPESTA PERFETTA

Finanziamento del SSN ridotto in termini reali dello 0,3% all'anno dal 2009 ad oggi.

Contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari bloccato dal 2010.

Età media dei medici dipendenti del SSN di 54 anni, la più alta al mondo in conseguenza del blocco del turnover.

"Gobba pensionistica" che svilupperà i suoi effetti più rilevanti in termini di uscite dal sistema nei prossimi 10 anni.

Quota "100" che rischia di accelerare la "gobba pensionistica".

Mancanza di medici specialisti per il completo fallimento della programmazione dei fabbisogni.

Disagio lavorativo crescente, burnout, fuga dei medici dipendenti verso il privato.

Mancata applicazione della **direttiva europea sull'orario di lavoro** e sui riposi.

Personale sanitario già ridotto del 10% per il **blocco del turnover** e a ulteriore rischio di depauperamento per le dinamiche previdenziali, se non associate a nuove assunzioni.

E ALLA FINE

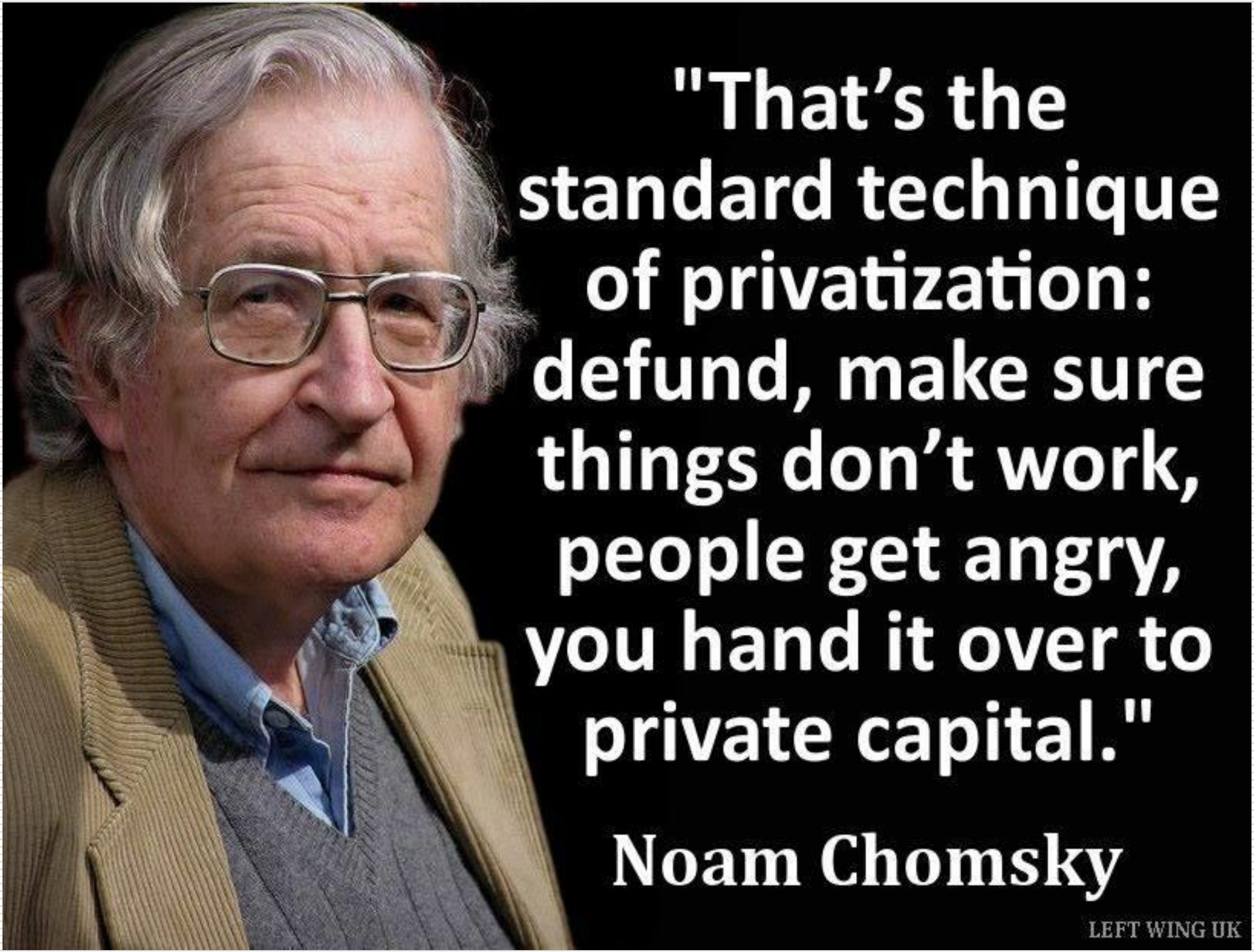
Collasso dell'attuale sistema sanitario **universalistico.**

Creazione di una **sanità duale**: una povera e residuale per i poveri; una ricca di risorse e professionalità per i ricchi, sostenuta da fondi sostitutivi e assicurativi.

www.anaao.it

L'attacco silenzioso all'universalismo

- Blocco del turnover con riduzione progressiva del personale
- Riduzione dell'offerta pubblica di servizi (posti letto; attività chirurgica; diagnostica e specialistica ambulatoriale)
- Incremento spropositato dei ticket
- Spostamento delle fasce più abbienti della popolazione verso l'offerta sanitaria del privato attraverso fondi integrativi/sostitutivi e assicurazioni


"That's the standard technique of privatization: defund, make sure things don't work, people get angry, you hand it over to private capital."
Noam Chomsky
LEFT WING UK

La sostenibilità del SSN: è una questione culturale e politica.

«Non vi è alcun standard su quanto un Paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno, pertanto il sistema è tanto più sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia»

Roy Romanow

Rapporto sul futuro del Servizio Sanitario canadese, 2002

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

La salvaguardia dell'universalità del Diritto alla Tutela della Salute

Il diritto alla salute va preservato anche attraverso la ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza la cui fruibilità deve essere realmente ed omogeneamente garantita su tutto il territorio nazionale nel rispetto dei principi di equità e solidarietà. Il SSN è il primo fattore di equità sociale nel nostro Paese. La più grande infrastruttura sociale che ne caratterizza il grado di civiltà.

"Compito dello Stato è quello di garantire a tutti gli ammalati livelli di cure appropriate ed efficaci" (Sergio Mattarella, 2015)

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Norberto Bobbio

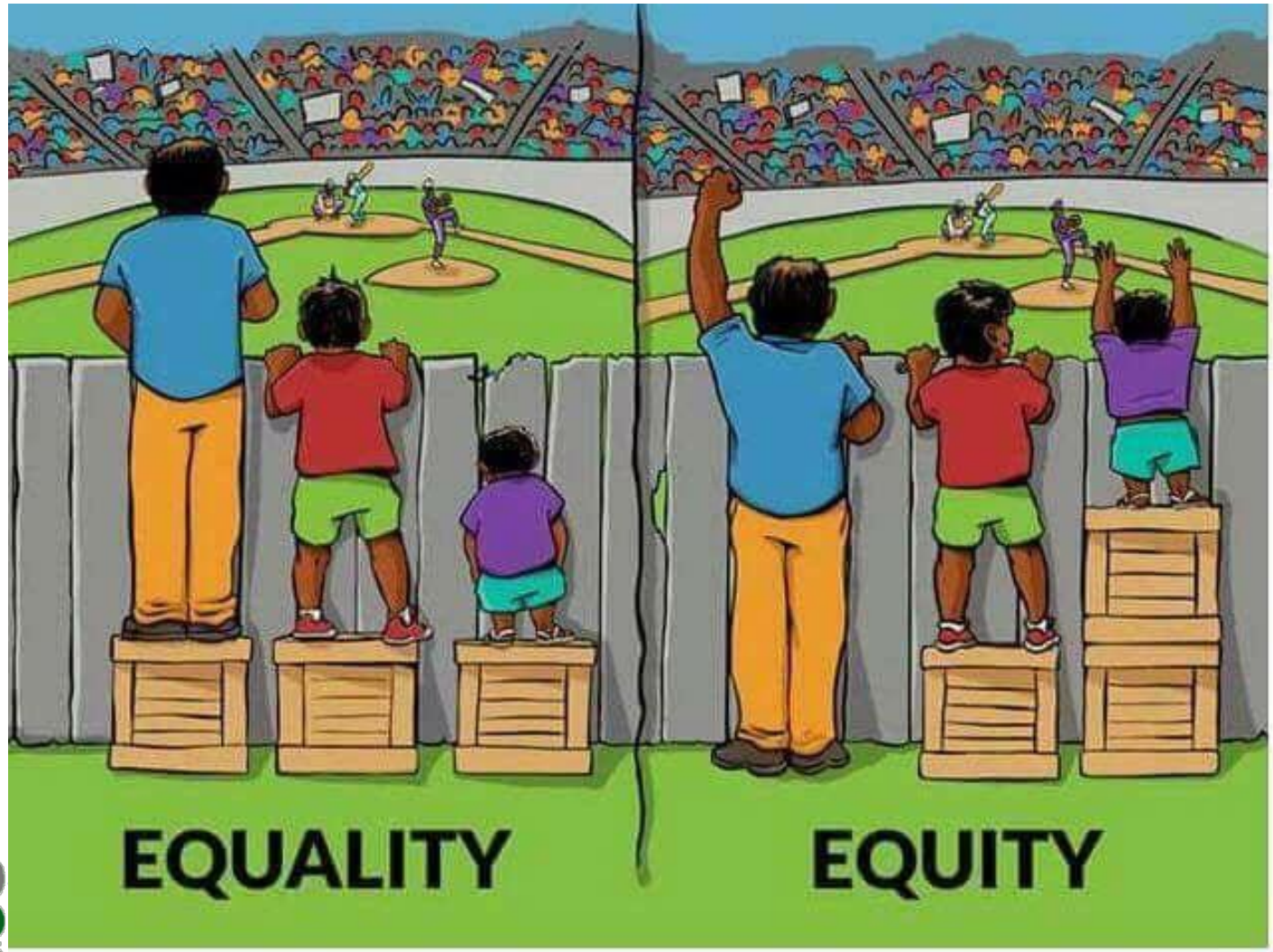
- La ragion d'essere dei diritti sociali come il diritto all'istruzione, il diritto al lavoro, il diritto alla salute, è una ragione egualitaria. Tutti e tre mirano a rendere meno grande la diseguaglianza tra chi ha e chi non ha, o a mettere un numero di individui sempre maggiori in condizioni di essere meno diseguali rispetto a individui più fortunati per nascita e condizioni sociali.

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Destra e Sinistra, 1994

Amartya Sen: la distribuzione delle risorse per essere effettivamente corretta ed equa, dovrebbe tener conto delle differenze di salute, di capacità economica, di bisogni e di vulnerabilità dei diversi soggetti, perseguendo così la ricerca di «esiti» che siano i più omogenei possibili *(The idea of justice, 2009)*

Don Milani: Non c'è nulla che sia ingiusto quanto far parti uguali tra diseguali. (*Lettera ad una professoressa, 1967*)



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Grazie per l’attenzione