

57° Congresso Nazionale FEDER.S.P.eV.

VERSO UN NUOVO WELFARE

**Relazione del Presidente Nazionale
Prof. Michele Poerio**

VERONA, 16/19 GIUGNO 2022



INDICE

PREMESSA	5
LA SITUAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA DOPO LA PANDEMIA E L'INVASIONE DELL'UCRAINA	7
LE FRATTURE SOCIALI E LE DISUGUAGLIANZE DEL PAESE	10
a) Le disuguaglianze di genere	11
b) I lavoratori fragili	14
IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DURANTE LA PANDEMIA	15
FUTURO DEL SSN E RIORDINO DEI SERVIZI TERRITORIALI: LE OPPORTUNITÀ OFFERTE DAL PNRR E QUELLE IGNORATE	17
IL COVID-19 DAL PUNTO DI VISTA CLINICO-EPIDEMIOLOGICO	21
IL PERSONALE SANITARIO: GLI EROI DIMENTICATI DELL'EMERGENZA	25
ANZIANI NON SOLO COSTI MA RISORSE	27
LA RECENTE ATTIVITÀ DELLA FEDER.S.P.eV.	30
CONCLUSIONI	35
APPENDICE	37



Autorità, care colleghe e cari colleghi, care amiche e cari amici, graditissimi ospiti, sono davvero felice di darVi il benvenuto a Verona per questo importante Congresso elettivo.

Potremo così iniziare a discutere del bilancio di questi due ultimi anni funestati dal Covid-19 e porre le basi per il prossimo futuro. Consentitemi di dare un benvenuto particolare ai nuovi Presidenti delle Sezioni di Alessandria, Dott.ssa Oria Trifoglio; Ascoli Piceno, Dott. Alfredo Marsili; Bologna, Prof. Pier Roberto Dal Monte; Cagliari, Dott. Antonio Muglia; Chieti, Dott. Alessandro Di Felice; Enna, Dott. Federico Emma; Forlì, Dott. Vittorio Ginanni; Lecco, Dott. Luigi Casiraghi; Novara, Dott. Federico D'Andrea; Padova, Dott. Mario Gambato; Parma Dott. Roberto Gallani; Pavia, Dott. Bruno Mazzacane; Piacenza, Dott. Marco Pisani; Potenza, Dott. Giuseppe Nicolò Cugno; Reggio Emilia, dott.ssa Marilena Ferraboschi; Rimini, Dott. Mario Agostini; Rovigo, Dott. Francesco Noce; Sassari, Dott.ssa Maria Antonietta Lamberti; Siena, Dott.ssa Marcella Cintorino; Treviso, Dott. Vincenzo Calì; Trieste, Dott. Giulio Cecovini.

Prima di entrare nei temi della relazione permettetemi di ricordare tutti gli amici e colleghi che non sono più con noi oggi ma, ai quali, siamo riconoscenti per il valido contributo che hanno sempre dato alla **FEDER.S.P.eV.**. Concedetemi un mio personale pensiero per Rory Previti, attiva e assidua collaboratrice della nostra rivista Azione Sanitaria e titolare del Blog Rosso e Nero, e per Leonardo Petroni, amico e collaboratore da tanti anni, già im-

portantissimo dirigente di una delle più grandi industrie farmaceutiche e rappresentante della FOFI nel nostro Comitato Direttivo Nazionale; per tutti vi chiedo un momento di raccoglimento.

Dopo avere sentito tutti i componenti il Direttivo Nazionale e molti altri colleghi, è stato deciso di convocare il Congresso Nazionale, nel rispetto delle norme vigenti, dopo mesi di attività da remoto. Colgo l'occasione per ringraziare il caro Presidente della Sezione di Verona, che ospita questa Assemblea congressuale, il Dott. Giuseppe Costa, che ha lavorato con me e lo staff della **FEDER.S.P.eV.** per la migliore riuscita dei lavori congressuali. Il Congresso rappresenta anche un segnale di ripresa, di parziale normalità. Sappiamo bene tutti che per un'associazione come la nostra conta il rapporto interpersonale, quasi fisico direi, per poter esprimere tutte le possibili potenzialità e pensieri. I mesi del lockdown hanno lasciato in tutti noi segni indelebili.

Desidero ringraziare di cuore la mia carissima amica Armanda Frapolli, Presidente della Sezione di Varese ed il mio carissimo amico Nino Arcoraci, Presidente della Sezione di Messina, che hanno avuto l'eccellente idea di raccogliere nel testo, che vi sarà consegnato, le impressioni di nostri numerosi iscritti che si sono ritrovati, dopo una prima fase di sconcerto, smarriti di fronte a quel misterioso virus che ha colpito 16,5 mln di persone nel nostro Paese ed oltre 482 mln nel mondo con oltre 162mila morti in Italia ed oltre 6 milioni nel mondo alla data odierna (dati OMS maggio 2022).

Un ringraziamento per l'instancabile lavoro svolto in questi anni a favore della **FEDER.S.P.eV.** rivolgo con gratitudine ed affetto alla sig.ra Teresa Gariglio, Vice-Presidente della Federazione e Presidente della Sezione di Torino, alla Dott.ssa Maria Luisa Fontanin già Presidente della Sezione di Treviso e Consigliere del Comitato Direttivo Nazionale, al Prof. Silvio Ferri già Presidente della Sezione di Bologna e Consigliere del Comitato Direttivo Nazionale e al dott. Carlo Sizia Consigliere del Comitato Direttivo Nazionale, caro amico, esperto in materia economica e previdenziale, le cui lucide analisi dei provvedimenti legislativi sono sempre un contributo prezioso alla nostra attività.

Un grazie al Dott. Stefano Biasioli, Consigliere CNEL in rappresentanza della **CONFEDIR** che instancabilmente sottopone all'attenzione dell'Organo costituzionale le

problematiche previdenziali, Past President **CONFEDIR**, Consigliere del Comitato Direttivo Nazionale **FEDER.S.P.eV.** e Presidente della Sezione di Vicenza, ma soprattutto amico presente e leale di sempre. Grazie ancora al Dott. Pietro Gonella che in questi delicati anni della pandemia ha elaborato pregevoli documenti che ci hanno consentito di confutare discutibili interventi legislativi in materia economico-sanitaria e previdenziale.

Permettetemi, inoltre, di ringraziare tutti i miei collaboratori per l'impegno profuso nella gestione della nostra Federazione (Esecutivo, Direttivo, Collegio dei Revisori dei Conti e Collegio dei Probiviri) e le segreterie di **FEDER.S.P.eV.** e **CONFEDIR**, l'addetta stampa, i nostri consulenti e tecnici che hanno lavorato per la migliore organizzazione e riuscita di questo Congresso e dei suoi lavori.



LA SITUAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA DEL PAESE DOPO LA PANDEMIA E L'INVASIONE DELL'UCRAINA

Oggi dobbiamo confrontarci non solo con il radicale cambiamento che la pandemia sta determinando sul piano socio-economico e che ha messo a nudo le criticità e le debolezze politiche e sociali del sistema europeo e quello del nostro Paese, ma anche con le conseguenze che l'insensata invasione dell'Ucraina, da parte della Federazione Russa, ha provocato nei già traballanti equilibri economico-politici mondiali.

Aggressione definita da Papa Francesco "disumana, ripugnante e sacrilega dove ogni giorno si ripetono scempi e atrocità".

Ma ciò che mi lascia "basito" sono le dichiarazioni di molti politici "putiniani", talora da lui finanziati, che non hanno nemmeno ascoltato in Parlamento, il 22 marzo scorso, l'intervento del Presidente Ucraino Zelensky che perorava la causa della sua Ucraina bombardata, massacrata e ridotta alla fame dopo oltre un mese di attacchi continuativi dell'esercito russo.

Da liberi rappresentanti di un libero e democratico Stato possono fare e dire ciò che ritengono opportuno; cosa che non avrebbero potuto fare nella Russia autocratica del satrapo Putin.

Non hanno speso nemmeno una parola di pietà verso i giornalisti uccisi, verso le donne e le bambine stuprate dalle soldataglie russo-cecene, verso gli avversari avvelenati e incarcerati da una giustizia succube.

Ma più repellenti sono, a mio parere, gli ignavi, coloro i quali, agitando le bandiere della pace, urlano "né con Putin né con la NATO".

Padre Dante questi soggetti li ha collocati nell'anti-inferno perché li giudica indegni di meritare sia la gioia del paradiso che le pene dell'inferno, perché non si sono mai schierati né a favore del bene né del male.

Personalmente mi ricordano tanto quelle belle anime progressiste che nel periodo più oscuro del terrorismo italico dicevano "né con lo Stato né con i terroristi" (rossi o neri che fossero).

Per fortuna il Presidente della Repubblica Mattarella, in occasione dell'incontro al Quirinale con i vertici militari e le associazioni partigiane, combattentistiche e d'arma per celebrare il 77° anniversario della liberazione dell'Italia dall'occupazione nazi-fascista, è intervenuto pesantemente ricordando che la pace, giustamente auspicata da tutti, non può e non deve identificarsi con "la resa alla prepotenza; resistenza è opporsi all'invasore, è giusto, quindi, aiutare gli ucraini con tutti i mezzi, anche inviando armi".

Da parte sua, il Presidente del Consiglio Draghi afferma: "dovremmo sostanzialmente accettare di difendere il Paese aggressore non intervenendo? È un terreno scivoloso che ci porta a giustificare tutti gli autocrati a cominciare da Hitler e Mussolini" e (aggiungo) Stalin.

Io condivido pienamente le due posizioni. Personalmente sono profondamente convinto che la Russia stia combattendo due guerre: una sul campo contro l'Ucraina, l'altra contro il mondo occidentale, contro i Paesi che aderiscono alla NATO e all'Unione Europea. Mosca vuole mettere all'angolo le de-

mocrazie occidentali e creare un nuovo equilibrio geo-politico in cui gli attori principali diventerebbero solamente alcuni Paesi autocratici: la Russia stessa e soprattutto la Cina. Noi apparteniamo ad un altro mondo, ad un mondo in cui proteggiamo vicendevolmente democrazia, diritti e libertà. Questa guerra, quindi, ci riguarda in pieno. Non dobbiamo mai dimenticarlo, ma soprattutto non lo devono dimenticare i “pacefondai”, anche se comporterà alcuni sacrifici.

Leggo sui mass media e sento dire in molti dibattiti che l’invasione dell’Ucraina, da parte della Federazione Russa, non dovrebbe riguardarci e che le sanzioni imposte alla Russia creano solo danni all’Italia. Certamente il nostro Paese vive una situazione economica grave, complicata da una inflazione dirompente causata da costi energetici letteralmente esplosi e materie prime che, anche se non carenti, hanno prezzi più che raddoppiati rispetto ad un anno fa.

Il PIL nel 2022 crescerà del 2,3%, circa l’1,5% in meno rispetto alle previsioni ma ricordiamo che la nostra economia esporta oltre l’80% dei nostri prodotti in area UE e Paesi Occidentali. Quindi se non vogliamo parlare di etica e solidarietà siamo, comunque, indissolubilmente legati alle democrazie atlantiche, nel bene e nel male; e se una crisi internazionale, come una guerra, è per la nostra economia più importante che in altri stati è solo un problema interno di un paese che per troppi anni è rimasto fermo e in balia degli eventi.

Le incognite del nostro futuro energetico, infatti, c’erano già tutte con la crisi del 1973 quando, dopo la guerra del Kippur, i paesi arabi dell’OPEC fecero schizzare alle stelle il prezzo del petrolio come risposta all’appoggio a Israele da parte degli USA e dei paesi

alleati. Ma nessuno affrontò seriamente il problema all’infuori di qualche domenica a piedi e di targhe alterne, spegnere la luce e razionare il riscaldamento, come già si inizia a prospettare oggi.

Bisogna, pertanto, iniziare seriamente a pensare di sganciarsi dal gas russo perché se Mosca decidesse di chiudere i rubinetti, come farebbe un paese dipendente dall’energia altrui a sopravvivere? Né il problema si risolve rivolgendosi ad altri paesi tipo Algeria e Qatar o Congo, altrettanto instabili se non di più della Russia, anche se utili e necessari nell’immediato!

Nel medio-lungo termine bisogna puntare sull’energia rinnovabile, molto più di quanto previsto nel PNRR, diversificando come hanno fatto altri paesi europei.

Ai francesi che hanno l’energia nucleare il gas interessa poco, la Spagna ha sia l’atomo sia una grande capacità di ricevere navi cariche di gas liquido.

L’Olanda ha molto petrolio nel Mare del Nord, come la Gran Bretagna che ha sia idrocarburi che nucleare. Quelli messi peggio sono l’Italia e la Germania, e noi siamo stati miopi a non attrezzarci per tempo ed ascoltare i lai ideologici degli ambientalisti.

Se vogliamo una seria autonomia energetica dobbiamo evitare che un qualsiasi sindaco di un qualsiasi paesino impedisca la costruzione di una centrale incatenandosi ad un palo.

Mentre scrivo, siamo a maggio, molte industrie fermano la produzione perché non ce la fanno a pagare le bollette. Con quali conseguenze? Crolleranno i consumi e la stagflazione, cioè l’insieme di stagnazione ed inflazione, già presente, farà il resto. Nulla sarà più come prima e probabilmente ci apprestiamo a rivivere un decennio, quello de-



gli anni Settanta, nel quale ben due crisi petrolifere sconvolsero le economie occidentali.

L'Italia fu, come oggi, tra i paesi più colpiti dai rincari delle materie prime energetiche, provocando una perdita di competitività dei nostri prodotti.

Le svalutazioni della lira ne attenuarono le conseguenze con un debito pubblico che, intanto (come ora) cresceva indisturbato. Ma una derivata non negativa di tutta questa situazione, e mi scuso per il cinismo dell'analisi, è rappresentata dalla maggiore consapevolezza (rispetto agli anni '70) che minori consumi e più attenzione alle energie rinnovabili siano scelte non più rinviabili né disgiunte.

Dal punto di vista squisitamente economico - finanziario nella partita per il futuro dell'economia mondiale (Stati Uniti-Cina-Europa) l'Italia rischia di fare la fine del proverbiale "vaso di coccio".

In questo settore l'Italia si presenta, dopo un prolungato periodo di crisi di oltre 20 anni, con grandi ritardi nella innovazione, con una Pubblica Amministrazione anziana (età media di oltre 50 anni), un sistema giudiziario in disfacimento che induce le nostre imprese a scappare all'estero e quelle straniere

a non investire in Italia, infrastrutture bloccate, o mai iniziate (vedi il Ponte sullo stretto voluto anche dall'Europa e che darebbe lustro e sviluppo alla Calabria e alla Sicilia), istruzione e formazione di tempi passati.

A tutto ciò dovrebbe ovviare il PNRR del Governo Draghi.

E questa situazione è vieppiù evidente perché inserita nel contesto di un conflitto di chi dominerà l'economia mondiale del ventunesimo secolo. Il conflitto interesserà soprattutto Stati Uniti e Cina con l'Europa (se non realizzerà una vera unione federale) in posizione marginale di cui l'Italia rischia di essere il fanalino di coda. Si tratta di una prospettiva che la nostra politica deve tenere in gran conto, soprattutto quella che guarda quasi esclusivamente alle elezioni del 2023, occupandosi di piantare bandierine (a sinistra la legge Zan, Ius soli, voto ai sedicenni; a destra libertà di decidere di vaccinarsi o meno con ammiccamenti elettorali ai no vax o no card, elucubrazioni pseudo filosofiche e pseudo giuridiche sulla libertà personale e similia) opponendosi o ammorbidendo riforme indispensabili come quella sulla Giustizia o sulla PA, solo realizzando le quali si potrà evitare una progressiva decadenza del nostro Bel Paese.

L'emergenza sanitaria con le sue pesanti conseguenze economiche ha inciso sui disagi e le disparità sociali. **Il 55° Rapporto del Censis sulla situazione sociale del Paese ha evidenziato, come nel corso del 2021, ci sia stato “un incremento dei disagi più tradizionali, un’insorgenza di nuovi disagi, oltre che un ampliamento delle disuguaglianze”.** Le famiglie italiane che vivono in povertà assoluta sono 2 milioni, il 65% di queste risiede al Nord, il 21% nel Sud ed il 14% al Centro. Secondo il Rapporto *“il primo dato importante è territoriale: la pandemia ha imposto lo stop ad interi settori economici considerati non essenziali o a più alto rischio di diffusione di contagio, coinvolgendo anche territori situati nel Nord che beneficiano di solito di economie e mercati del lavoro dinamici”.* La crisi provocata dalla pandemia di COVID-19 aveva, dunque, portato il mondo in recessione. L'emergenza sanitaria aveva indotto il Governo ad intervenire con diversi provvedimenti in favore delle famiglie e delle imprese. Le misure adottate sin dall'inizio avevano come obiettivo quello di fornire sostegno al reddito, al lavoro dipendente, al lavoro autonomo, con apertura di linee di credito e politiche fiscali. Fermatesi le attività, nonostante l'incremento della spesa sociale pubblica, molti cittadini si sono ritrovati senza reddito o con redditi ridotti cadendo pertanto sotto la linea della povertà, che ha colpito più duramente i soggetti nella fascia d'età tra i 35 ed i 44 anni, più interessata da lavori precari, intermittenti e saltuari.

La povertà assoluta familiare è cresciuta al 7.7%, quella individuale al 9.4%, mentre quella relativa è cresciuta al 10-11% (individuale al 13-14%). La disoccupazione dei giovani durante la pandemia ha raggiunto il 33% (scesa poi al 26,8% a dicembre 2021) mentre quella delle donne è al 12,8%. Il lavoro part-time è cresciuto al 20.3% (in prevalenza donne, alta percentuale di part time involontario). **Secondo gli ultimi dati INAPP (Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche),** il 35% delle nuove assunzioni è part-time tanto che i lavoratori a termine sono cresciuti fino a 3.077.000 unità (dic. 2021). È cresciuto ulteriormente il divario Nord-Sud su tutti gli indicatori (redditi, scolarità, salute, PIL, qualità della vita) e sono aumentati i divari fra settori lavorativi: a differenza di altre crisi sono più colpiti i settori ad alta intensità di relazioni personali (turismo, alberghi, ristorazione, servizi, in particolare di cura). Molte di queste disuguaglianze hanno radici profonde nel tessuto sociale e risalgono al passato mettendo in evidenza deficienze storiche della nostra società. Fenomeni, quindi, che non si possono contrastare con le misure emergenziali.

“Le disuguaglianze in questo momento storico sono un fenomeno complesso: si intrecciano tra di loro in modo inedito perché per la diversità di questa crisi rispetto le altre non è solo perché più grave, ma perché ha avuto il combinato impatto di una crisi economica, sociale, sanità. Disuguaglianze, ad esempio, ci saranno in futuro per effetto delle differenti modalità di attuazione della didattica a distanza durante questi due anni ed in

particolare nei periodi di lockdown ma anche nella mortalità, forse uno dei dati più drammatici. Anche sulla cassa integrazione, che è stata usata molto bene durante la pandemia, sono emerse disuguaglianze, ad esempio con i lavoratori autonomi e atipici perché è un istituto creato per un altro tempo. Durante la pandemia è emersa la vulnerabilità sociale dei professionisti, tra le categorie lavorative più colpite. Inoltre, è emerso come le professioni hanno diversi gradi di vulnerabilità che non sono stati considerati storicamente. Le disuguaglianze sono anche tra impresa e impresa appartenenti agli stessi settori in relazione al diverso grado di esposizione al rischio". **(Audizione del Presidente del CNEL Tiziano Treu in Commissione Lavoro alla Camera sulle nuove disuguaglianze prodotte dalla pandemia da Covid-19 nel mondo del lavoro).**

a) Le disuguaglianze di genere

Ma davvero crediamo che "l'Italia è una repubblica democratica fondata sul lavoro" se ancora oggi una donna su due risulta occupata con contratto reale a tempo pieno o parziale?

Sul fronte del mercato del lavoro quanto sopra descritto si traduce in una bassa partecipazione femminile e un basso livello dell'occupazione a più alto valore aggiunto.

Se nello stesso paese vengono segnalati divari salariali relativi nella Pubblica Amministrazione ma enormi al di fuori di questo settore? Se è lo stesso paese che vede indietro le ragazze che si sono laureate prima e meglio dei loro coetanei già nei primi cinque anni della loro attività lavorativa?

Ed ancora, come è possibile che la maternità costituisca un elemento negativo nella prosecuzione dell'attività lavorativa, soprattutto

nelle più giovani? Perché nessuno valorizza e quantifica il lavoro di cura dei figli, dei partner, degli anziani che vede le donne sempre in prima linea?

Si tratta di domande che sentiamo risuonare da decenni. Tutto sembra cambiare (prima la pandemia e dopo la guerra in Europa) e ci rendiamo conto che il tempo sta per scadere: non possiamo più permetterci che l'indipendenza economica delle donne sia così fragile. Un numero è impresso a fuoco nella mia mente: il 98% dei posti di lavoro persi durante la pandemia ha interessato le donne. Una disuguaglianza che, in realtà, nega il "core" dell'art. 1 della nostra Carta costituzionale. E può suscitare ancora oggi meraviglia la notizia che, nel corso di un colloquio di lavoro una giovane donna, sia stata assunta dopo aver rivelato che era in stato interessante? Finalmente si inizia a capire che ostacolare il lavoro delle donne con figli non è più un buon affare perché porta a ricadute negative non solo a livello personale e familiare ma anche per la crescita economica e la sostenibilità sociale del paese.

Non possiamo permetterci, in un'Italia che invecchia e che presenta il peggior quadro di denatalità europeo, di non valorizzare appieno il capitale umano femminile. La pandemia ha amplificato la disparità dell'occupazione tra uomo e donna che era già presente nel nostro paese e che continua ad essere uno dei problemi più radicati, tanto da essere inserito nel PNRR. Anche se scopriamo che i fondi diretti a colmare il divario di genere sono pari a 3.1 mld, insufficienti per dire che le pari opportunità siano una priorità per il paese. Non a caso lo stesso PNRR intende aumentare del 4% il tasso di occupazione femminile, ma anche se centrassimo questo obiettivo resteremmo in fondo alla

classifica UE per parità tra uomini e donne nel lavoro.

Secondo l'OCSE, infatti, le italiane si caricano del 70% del lavoro domestico e solo le greche arrivano al 73%.

L'88% delle aziende è nelle mani degli uomini, i dirigenti maschi, sia pubblici che privati, sono più dell'80%, la pensione media di un uomo è superiore di circa 420 euro mensili rispetto a quella della donna, nel privato gli stipendi delle donne sono più bassi del 17% e nel pubblico del 4% circa; le donne hanno contratti più precari e più flessibili rispetto agli uomini e sul piano dell'occupazione non lavora una su due e non per scelta. Ecco perché l'Italia è l'ULTIMA in Europa per parità tra uomini e donne sul lavoro. Ma ci stiamo impegnando abbastanza per colmare questi divari? A parole certamente sì, nei fatti decisamente non a sufficienza.

Continua a regnare indisturbato lo spartiacque maternità.

Tutti, dal Papa, ai governanti, dai demografi agli economisti, chiedono più figli. Tutti tranne le donne.

Nel 2020 ci sono state 15mila nascite in meno rispetto all'anno precedente, un record negativo che sicuramente si aggiornerà il prossimo anno e il prossimo ancora. E non suscita in me grande meraviglia perché tutta l'emancipazione conquistata dalle donne in anni e anni di studi universitari, carriere e lavoro continua ad essere spazzata via dalla maternità che, purtroppo, continua ad essere la principale fonte di discriminazione sui luoghi di lavoro e motivo principale di abbandono dell'impiego.

L'organizzazione del lavoro è ancora troppo rigida, non improntata a un'ottica di genere, accompagnata da una scarsa cultura della condivisione dei compiti all'interno della fa-

miglia e da un contesto sociale che, di fatto, non riesce a declinare un welfare sussidiario. Il lavoro di cura continua ad essere sopportato dalle donne e fa sì che, nel momento della nascita di un figlio, sorge il problema di scelta tra lavoro retribuito e quello non retribuito che non viene riconosciuto neanche in termini pensionistici. In tema di paternità obbligatoria la politica, dopo un dibattito infinito, ha partorito il classico topolino. Ma quello che più mi terrorizza è che il Global Gender Gap Report 2021 prevede che per la parità di genere nel mercato del lavoro ci vorranno 277 anni e per la parità di genere complessiva nella politica, nell'economia, nell'educazione e salute 135.6 anni. Forse sarebbe il caso di iniziare a darsi da fare un po' di più seriamente.

La Sanità italiana, poi, si declina sempre più al femminile con le donne al 48% dei medici e punte di oltre il 63% al di sotto dei 45 anni di età e il 69% dei dirigenti sanitari.

Una crescita di presenza femminile non supportata da strumenti di conciliazione tra tempi di vita e di lavoro e di effettiva parità nelle carriere che risentono del peso del lavoro di cura a carico, ancora oggi, della componente familiare femminile che comporta una loro presenza minoritaria nelle posizioni apicali, anche nelle discipline in cui è più elevata la quota femminile (pediatria 10%, psichiatria 23%, ginecologia 17%).

In soldoni, in un mondo di donne comandano sempre gli uomini. Il SSN è, forse, fuori da uno stress test senza precedenti. Durante la pandemia le donne della sanità hanno pagato il prezzo più alto in termini di contagio, di carichi di lavoro per turni senza fine, crescita della complessità e intensità assistenziale. Assenti nei luoghi dove si formavano le proposte strategiche, le donne sono state

ovunque dove si faticava, non dove si comandava. Si va, comunque, con una grande ondata femminile, verso la professione di cura, abbandonata dagli uomini perché meno prestigiosa di un tempo, anche economicamente.

Toccherà, quindi, alle donne realizzare il necessario recupero di autorevolezza della professione, portare la sanità pubblica fuori dalla crisi affermando una loro specificità. La strada è ancora lunga. Al di là del retorico bla bla sulle pari opportunità, è indispensabile un cambiamento culturale che riconosca le competenze femminili, una migliore distribuzione dei carichi di lavoro femminili familiari e, anche una maggiore consapevolezza, da parte delle stesse donne, delle proprie capacità e dei propri diritti, ancora terreno di battaglie, perché la “femminilizzazione” nella professione medica è un valore aggiunto per tutto il sistema sanitario.

Uno dei principali nodi da sciogliere riguarda la conciliazione del lavoro con le responsabilità familiari, che deve avere come asse portante il ruolo dei servizi per l’infanzia. Il vero salto di qualità è rendere l’accesso al nido un diritto per ogni nuovo nato. Su una donna che lavora o cerca lavoro e desidera un figlio non può e non deve pesare l’incertezza di non sapere se poi riuscirà a trovare posto in un nido.

Nel “Piano asili nido” del PNRR l’effettiva erogazione di nuovi posti avverrà solo nel quarto trimestre del 2025, piano che consentirà una copertura del 33%, mentre oggi la media è del 26%; lontana dalla copertura del 50% che Spagna e Francia hanno già realizzato nel 2019. È uno dei motivi del crollo della natalità negli ultimi 3 anni, che penalizza il Paese, specie in termini di sostenibilità del sistema pensionistico.

Va poi considerato che le esigenze di conciliazione si devono confrontare, ancor più nel nostro Paese, con la crescente domanda di cura e assistenza nei confronti degli anziani, per cui è sempre più indispensabile un potenziamento dei servizi, soprattutto domiciliari.

Tuttavia, non intono peana per la recentissima sentenza della Consulta che ha posto fine alla millenaria tradizione che impone ai figli il cognome del padre. La parità di genere si raggiunge con ben altre riforme. A febbraio 2021 la Corte, con **una procedura inusuale**, si era autorimessa la questione decidendo di demolire in via definitiva l’art. 262 del Codice civile che regola il cognome dei figli nati da genitori non sposati, intervento che fa cadere a cascata tutte le norme che disciplinano la materia.

È vero che la Corte, presieduta attualmente, dall’imperituro Giuliano Amato, aveva più volte, negli anni passati, rivolto al Legislatore inviti a modificare questa regola contraria al principio di uguaglianza e “retaggio di una concezione patriarcale della famiglia e della potestà maritale che non è più compatibile con il principio costituzionale della parità fra uomo e donna”. La Corte nel 2016 aveva, comunque, affermato che doveva essere riconosciuta ai genitori la possibilità di aggiungere, di comune accordo, al cognome del padre quello della madre. Non poteva, per ora, essere sufficiente? No! Nel febbraio 2021 (in piena tragica crisi pandemica) la Corte ha ritenuto di aprire, di **propria iniziativa**, una questione di legittimità costituzionale della intera normativa sul cognome che il 27 aprile 2022, con la sentenza n. 131, è stata dichiarata incostituzionale. Tremo all’idea di quello che si scatenerà in Parlamento, come sempre avviene quando si toccano

temi relativi alla famiglia!!! Era proprio necessario in questo tragico momento? Non sarà forse perché il Presidente della Consulta (prossimo alla scadenza del suo mandato) abbia voluto lasciare, ad imperitura memoria, la sua impronta su questa sentenza, dopo avere bocciato con “sottili” artifici giuridici il referendum sul fine vita che sicuramente avrebbe raggiunto il quorum portando alla vittoria anche quello sulla giustizia???

La dietrologia non è nel mio genoma ma diceva un grande politico della Prima Repubblica *“a pensar male si fa peccato, ma spesso ci si azzecca”!!!*

b) Lavoratori fragili

Rischia di pesare ancor di più, non solo in prospettiva, la crescita del cosiddetto **lavoro ‘fragile’**, ovvero di **un’occupazione più insicura e mal retribuita, con lavoratori sempre più vulnerabili ai cambiamenti della loro condizione occupazionale e del loro reddito**. Già prima della pandemia, nel 2019, le assunzioni a tempo determinato dalla durata inferiore a una settimana rappresentavano circa il 29% delle assunzioni a tempo determinato totali. I contratti della durata compresa tra una settimana e un mese, sebbene inferiori in valore assoluto, sono in aumento: da circa 50mila a più di 80mila. L’attivazione di contratti di lavoro con una durata fino a 6 mesi è tornata a crescere in maniera più evidente a partire dalla seconda metà del 2016.

Molto spesso **lavoratore fragile** vuol dire anche **lavoratore povero**. Il rischio di diventarlo dipende fortemente dal tipo di contratto: è circa il doppio per i lavori part-time (15,8%) rispetto a quelli a tempo pieno (7,8%) e quasi 3 volte superiore per i lavoratori con un lavoro temporaneo (16,2%) rispetto a quelli con contratti permanenti (5,8%). Allo stesso modo, i contratti dalla durata inferiore ad un anno sono ampiamente diffusi (18,3%) tra i lavoratori poveri, molto più di quelli con un anno o più di durata (9,1%).

Come nella maggior parte dei paesi europei, l’incremento del numero dei lavoratori poveri è stato accompagnato da un aumento del tasso di povertà (registrando alti livelli persino prima delle due crisi 2008 e 2020) e del lavoro precario. Accanto ai lavoratori a tempo determinato, si trova **un’altra categoria di lavoratori fragili: i lavoratori autonomi**, che spesso sono in realtà parasubordinati, con il doppio delle probabilità rispetto ai lavoratori dipendenti di cadere in povertà ed esclusione sociale; **anche se nel passato, spesso un po’ distratti nelle dichiarazioni IRPEF**.

Tutto questo mondo frastagliato di occupazione precaria e discontinua pone un duplice problema: quello della realizzazione di un salario minimo e quello di una tutela di chi non può raggiungere sufficienti contributi previdenziali. **(dai Rapporti di Ricerca INAPP - Istituto nazionale per l’analisi delle politiche pubbliche)**.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato uno stress test eccezionale per il Servizio sanitario nazionale. Secondo i dati più recenti si sono registrati in Italia dall'inizio della pandemia 16.5 mln di casi totali di COVID-19, e oltre 162.000 deceduti a causa del COVID-19. Del totale dei casi segnalati, 2.169.116 sono relativi al 2020, 4.237.257 al 2021, e oltre 4,5 milioni sono stati diagnosticati nel solo mese di gennaio 2022 (42% del totale).

Se, da una parte, si è vista quanto sia stata importante la presenza di un servizio sanitario pubblico e universale nell'arginare i danni della pandemia, dall'altra però si è rivelata tutta la fragilità di un sistema (soprattutto quello territoriale) sottoposto, negli ultimi anni, a ripetuti tagli nel finanziamento, che ne hanno indebolito la struttura e impedito le innovazioni necessarie.

La pandemia di SARS-CoV-2 (Covid) ha impresso un'accelerazione fortissima ai cambiamenti del nostro SSN, tanto che, secondo la Sda Bocconi School of Management, si può parlare di **"quattro epoche attraversate in due anni"** tra l'inizio del 2020 e la fine del 2021. Storicamente il SSN è stato caratterizzato da profondi processi di trasformazione che hanno generato "fasi di circa 7-10 anni", secondo i ricercatori il COVID-19 ha, invece, determinato il susseguirsi veloce di differenti policy, mission e cultura istituzionale. "Dopo la crisi economica del 2008, in particolare dal 2010 per il SSN il focus si è concentrato sul contenimento della spesa pubblica che ha rasentato un vero e proprio razionamento. Per circa un

decennio la stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica è stata ritenuta necessaria per governare il debito pubblico italiano. **All'inizio della pandemia la sanità italiana era ancora nel periodo di contenimento della spesa**, da perseguire attraverso l'istituzione di tetti per singolo fattore produttivo con l'accentramento dei poteri a livello regionale. A febbraio 2020 il nostro SSN registrava una delle spese sanitarie pro capite più basse dell'Europa occidentale, con un tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica prossimo a zero, se depurato dell'inflazione e con i disavanzi regionali azzerati o molto ridotti. **Il COVID-19 ha ribaltato questa logica istituzionale**, trasformando il SSN in un sistema mission e data driven seppur con un unico obiettivo: la cura, il monitoraggio e la prevenzione del contagio. **Da marzo 2020 ai primi mesi del 2021, è iniziata la seconda epoca, con i vincoli finanziari che sono stati sostanzialmente azzerati.** Trainata dai massicci stanziamenti emergenziali, la spesa sanitaria nel 2020 è cresciuta di oltre 6 miliardi rispetto al 2019 (+5%). La pandemia però ha investito trasversalmente tutti i setting di cura: prevenzione, monitoraggio, assistenza territoriale, cura ospedaliera ordinaria e intensiva, riabilitazione, assistenza socio-sanitaria. Inoltre, ha interessato molteplici discipline: infettivologia, immunologia, pneumologia, medicina interna, cardiologia, riabilitazione, anesthesiologia ed altre in misura minore. Di fatto, il COVID-19 ha consentito di acquistare beni e assumere personale per moltissime aree dell'azienda. Nel corso del 2020 e dei primi me-

si del 2021, la percentuale di posti letto dedicati al COVID-19 ha oscillato a fisarmonica dal 5 all'80%. **La flessibilità ha riguardato anche i profili del personale reclutato, con il consistente impiego di medici pensionati e medici non specializzati; le forme contrattuali, con una prevalenza di tempo determinato e libera professione; le modalità organizzative, con, ad esempio, la costituzione delle USCA.** Si può aggiungere la repentina attivazione di diverse forme di telemedicina, con l'irrompere di una generalizzata separazione fisica degli operatori dai pazienti. Da segnalare, al proposito, che la rivoluzione culturale è stata percepita maggiormente sul lato dei pazienti, rimasti a casa, mentre gli operatori sanitari continuavano a recarsi in ospedale o in ambulatorio. **La progressiva trasformazione del COVID-19 da emergenza in situazione endemica ma sufficientemente controllata ha condotto alla terza epoca. Un rallentamento dell'epidemia era stato sperimentato già tra giugno e settembre 2020.** Purtroppo, una stabile minore pressione sui reparti acuti si è concretizzata solo dopo l'esaurimento della seconda e della terza ondata epidemica, a fine primavera 2021, in parallelo con il consolidarsi della campagna vaccinale. Con la diminuzione della pressione ospedaliera è subentrata l'esigenza di recuperare l'enorme ritardo accumulato nella produzione di servizi per pazienti non COVID, in ogni ambito: prevenzione (screening); attività ambulatoriale, sia per prime visite, sia per follow up; attività ospedaliera, soprattutto chirur-

gica. Nel decennio passato, il SSN ha più volte cercato di generare shock endogeni per aumentare significativamente la propria produttività, ma senza risultati convincenti. In questo caso la sfida è stata ancora più complessa perché correlata a rilevanti ostacoli: una parte della capacità produttiva impegnata con le vaccinazioni e con i pazienti COVID, le esigenze di prevenzione anti-contagio basate sul distanziamento fisico dei pazienti, un corpo professionale stanco e provato. Gli elementi di facilitazione sono stati la cultura e l'esperienza della flessibilità sperimentate del periodo COVID-19, assieme a una quota di risorse aggiuntive straordinarie, dedicate dal governo al recupero delle liste d'attesa. Un altro fattore facilitante è stato l'incremento del personale, anche se spesso con contratti a tempo determinato. Sono stati raggiunti risultati rilevanti, seppur in modo disomogeneo tra regioni e ambiti assistenziali. **La quarta epoca, in pieno svolgimento, è quella della costruzione del portafoglio di progetti finanziabili con il PNRR.** Questi riguardano un ampio spettro di ambiti, dall'ospedale, al territorio, alla ricerca, e allo stesso tempo di fattori produttivi aziendali: edifici, apparecchiature, sistemi informativi, tecnologie. Del futuro del Servizio Sanitario Nazionale e del PNRR parleremo nel prossimo paragrafo.

(dal Rapporto OASI - Osservatorio sulle aziende e sul Sistema sanitario italiano 2021 elaborato dal CERGAS, oggi parte Sda Bocconi School of Management).

FUTURO DEL SSN E RIORDINO DEI SERVIZI TERRITORIALI: LE OPPORTUNITÀ OFFERTE DAL PNRR E QUELLE IGNORATE

Con le risorse messe a disposizione dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (insufficienti in quanto poco più di 20 mld) si ha l'occasione per tentare di ricostruire e innovare il nostro sistema di welfare sociosanitario. Con la pandemia è emersa chiaramente la necessità di concentrare le risorse per potenziare la prevenzione e la rete dei servizi sociali e sociosanitari nel territorio e domiciliari, in modo da costruire la risposta più appropriata alla domanda di salute e di cure che proviene dai crescenti bisogni legati alla diffusione delle malattie croniche e delle varie forme di non autosufficienza, connesse con l'invecchiamento della popolazione, e che, peraltro, riguardano proprio le persone più esposte agli stessi rischi da COVID-19. Abbiamo affermato ripetutamente che i sistemi di welfare devono essere oggetto di un profondo rinnovamento culturale. È necessaria una transizione da un sistema sanitario focalizzato sulla patologia a un sistema centrato sulla salute. È **necessario un rinnovamento delle politiche sociali**, a lungo relegate al margine delle politiche pubbliche, per accompagnare gli individui lungo l'intero percorso della vita, in particolare nei momenti di fragilità, in modo integrato con il sistema sanitario.

Il rinnovamento del welfare sociosanitario deve avere come leva principale il potenziamento dell'assistenza territoriale, il cui compito – presidiare la salute delle persone e delle comunità – è stato riscoperto dopo anni di disattenzione proprio in occasione della pandemia.

È opportuno partire dagli interventi contenuti nel PNRR.

Nella Component 1 della Missione 6 del Piano si investono complessivamente 7,9 miliardi per la riforma dell'assistenza territoriale e altri 12,33 miliardi nella Component 2, ovvero nella formazione, nella ricerca e nella digitalizzazione dell'assistenza sanitaria. Tali risorse includono il Piano nazionale complementare (Pnc) e il Recovery assistance for cohesion and the territories of Europe (REACT-EU).

La component 1 prevede:

- case della comunità e presa in carico delle persone: 2 miliardi;
- casa come primo luogo di cura — 4 miliardi in assistenza domiciliare e telemedicina;
- sviluppo delle cure intermedie: 1 miliardo;
- salute ambiente e clima: 0,5 miliardi (PNC).

Nel dettaglio dovranno essere attivate:

a) "Case della Comunità" (1 ogni 20.000 abitanti) – Standard 3.010.

Ora ne sono attive 459. Ne devono essere attivate, quale primo step, altre 1.288 entro il 2026 per un totale di 1.777 "Case".

E le restanti 1.233 "Case" per raggiungere lo Standard di 3.010? Saranno attivate entro il 2.030 quale secondo step?

b) "Ospedali di comunità" (1 ogni 50.000 abitanti) – Standard 1.205.

Ora sono attivi 3.163 posti letto. Devono essere attivati 381 "Ospedali", per un totale di ulteriori 7.620 posti letto (381 x 20 p.l.), per complessivi 10.783 posti letto quale primo step.

E i restanti 13.317 posti letto per raggiungere lo Standard di 1.205 per un totale complessivo di 24.100 posti letto (1.205 x 20 p.l.), numero che richiede l'attivazione di altri 665 "Ospedali"? Saranno attivati entro il 2.030 quale secondo step?

c) "Cure domiciliari" (per 1.500.000 abitanti, ovvero il 10% degli over 65). Ora sono seguiti a domicilio circa 702.000 pazienti (il 5,1% degli over 65).

d) "Centrali Operative Territoriali" (1 ogni 100.000 abitanti), quindi 602 in corrispondenza del Territorio di ogni Distretto.

Il PNRR prevede la completa attivazione dei punti c) e d) in soli 5 anni, dal 2022 al 2026 (quale primo step), mentre, per i punti a) e b) è prevista solo una attivazione parziale/intermedia.

Su quest'ultimo punto ci risulta impensabile, quasi demenziale lasciare incompiuto – a metà strada – il processo di riorganizzazione del sistema sanitario incentrato sulla creazione di diffuse reti/strutture territoriali di prossimità verso i reali e quotidiani bisogni di salute, sia individuali che collettivi.

Per tale motivazione il nostro Centro studi coordinato dal dott. Pietro Gonella responsabile a suo tempo della gestione del personale del SSN, con esperienza decennale di Coordinamento dei Direttori Generali di ASL/AULSS, ha provveduto alla quantificazione di questi costi – relativamente al secondo step. Le tabelle elaborate sono strutturate in voci analitiche. Sono basate sul concetto fondamentale che, perché esse funzionino, dovranno disporre di tutto il personale necessario per un "funzionamento corretto alla bisogna", senza tagli aprioristici dello stesso/dotazione organica.

I bacini territoriali di riferimento e gli standards relativi sono stati desunti dal Docu-

mento presentato (a porte chiuse!) nel mese di maggio 2021, al Policlinico San Matteo di Pavia, dall'Agenas (Agenzia Nazionale per la Sanità).

In sintesi, ecco i costi annuali del personale (inclusi gli oneri riflessi):

- Case di comunità: 1 ogni 20.000 abitanti, ciascuna con 68 figure professionali e con costi annuali pari a 4.190.000 euro/anno. La spesa totale per il previsto Standard di 3.010 case sarebbe quindi di 12,611900 miliardi di euro/anno. Circa 7,5 miliardi di euro/anno sono attualmente già sostenuti dai bilanci delle ASL. Restano pertanto da coprire circa 5 miliardi di euro/anno.

In merito il Recovery Fund non dà alcuna indicazione di percorso...

- Ospedali di comunità: 1 ogni 50.000 abitanti, ciascuno con 20 posti letto e con 20 operatori; costo annuale del personale = 800.000 euro/ospedale. Con la realizzazione entro il 2030 di altri 13.317 nuovi posti letto per complessivi 24.100 posti letto (in nuove costruzioni o in pre-esistenti ospedali dismessi), si dovrà sostenere un costo di personale sui 964 milioni di euro/anno.

In merito il Recovery Fund non dà alcuna indicazione di percorso...

Facendo 4 conti, la spesa per il personale sarebbe pari ad almeno 13,5 miliardi di euro/anno. Tenendo conto che 8 miliardi sono attualmente già sostenuti dai bilanci delle ASL, restano almeno 5,5 miliardi di euro/anno che ovviamente andrebbero ad aggiungersi alla spesa annua attualmente sostenuta dal SSN. Perché, in questo caso, riorganizzazione non significherebbe contenimento della spesa territoriale ma ampliamento della stessa anche attraverso un parziale (quanto parziale?) trasferimento di risorse dal settore

ospedaliero. Ovviamente ciò, per noi, dovrebbe avvenire non a scapito delle strutture ospedaliere emergenziali, messe nettamente in crisi nel 2020-2021, perché sottostimate rispetto alla media europea e rispetto a una pesante emergenza, qual è stata e qual è ancora la pandemia COVID-19.

Al riguardo ci chiediamo se il Governo sia consapevole di questo e quali siano gli intendimenti per il post 2026 per potenziare concretamente i servizi territoriali, così da completare il disegno riformatore previsto dal PNRR che richiede un finanziamento annuale non inferiore al 7,3% del Pil.

Nel corso dell'audizione innanzi alle Commissioni riunite di Camera e Senato tenutasi il 2 marzo u.s. il Ministro Speranza ha annunciato che alle risorse precedentemente richiamate, nei prossimi mesi, in collaborazione con il Ministero per il SUD e la Coesione territoriale, se ne aggiungeranno altre sempre di matrice europea, circa 625 milioni. Il nostro Paese, dunque, per la prima volta avrà finanziato dalla Commissione europea un **Piano Operativo Nazionale salute**. A queste risorse bisogna aggiungere quelle nazionali che ammontano a 124 miliardi. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal PNRR per il potenziamento dell'assistenza territoriale, **la legge di bilancio** ha autorizzato la spesa per il personale di 90,9 milioni per l'anno 2022, 150,1 milioni per l'anno 2023, 328,3 milioni per l'anno 2024, 591,5 milioni per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Facendo un confronto tra i costi degli interventi da realizzare e le risorse a disposizione

sopra riportate emerge dunque chiaramente che queste ultime sono insufficienti per raggiungere gli obiettivi prefissati, risorse indubbiamente esigue se si vuole davvero puntare ad una "sanità sicura e sostenibile". Gran parte di questi fondi sono assorbiti dalla medicina territoriale fino ad oggi lasciata alla deriva, ma i circa 5,5 mld destinati alla medicina ospedaliera (che con grandi sacrifici ha evitato assieme all'encomiabile azione delle forze dell'ordine, un vero e proprio "disgregamento sociale del nostro Paese"), sono assolutamente, lo ribadiamo, insufficienti. Lo stesso Ministro della Salute aveva, a suo tempo, chiesto 34 mld per gli ospedali (costruiti al 50% in epoca anteguerra) per il loro ammodernamento tecnologico e per l'adeguamento alle normative antisismiche e antincendio (solo per questo ultimo adeguamento i tecnici hanno stimato una spesa di oltre 14 mld). Ci avviamo da una sanità ospedalocentrica verso una sanità territorio-centrica? Mi auguro di no!

Il rinnovamento del welfare sociosanitario abbiamo affermato, ripetutamente, deve avere come leva principale, il potenziamento dell'assistenza territoriale. Entro il 30 giugno deve essere approvato il **regolamento** chiamato dal Ministro della salute **DM 71**, un DM che dovrebbe seguire il n. 70 che a giugno del 2015 avviò la razionalizzazione della rete ospedaliera e progressivamente la riorganizzazione degli ospedali, comportandone di molti la chiusura.

Il DM 71 è considerato la premessa ed il punto di partenza della riforma dell'assistenza territoriale. Si prevede di realizzare gli interventi sopra descritti.

Il 20 gennaio 2022, dopo l'intesa della Conferenza Stato Regioni, è stato firmato anche il **decreto di ripartizione delle risorse.**

È utile ricordare che l'Italia per la salute spende tra pubblico e privato l'8,81% del Pil, esattamente come la media dei Paesi Ocse. Ma se si analizza il pro-capite a parità di potere di acquisto, siamo sui 3.428 dollari, contro i 3.992 della media. In testa a questa classifica ci sono gli Stati Uniti con 10.586 dollari (in gran misura privata-out of pockets), in fondo il Messico con 1.138. Inoltre, in Italia un punto e mezzo-due punti del Pil sono spesa sanitaria privata, una proporzione più forte che in altri Paesi. La pandemia ha messo a nudo le nostre carenze.

Noi riteniamo che **un finanziamento annuo per la sanità pubblica pari al 7% costante sul Pil** consentirebbe al Paese di supportare:

- a) la ricostruzione del SSN secondo le linee del PNRR, con particolare riferimento all'apprestamento ed all'attivazione concreta della nuova organizzazione sanitaria territoriale, riparando il vulnus causato al futuro del SSN dal mancato ricorso al MES (37 miliardi!);
- b) la messa a disposizione di organici del personale in grado di superare le carenze che al riguardo hanno reso sempre più difficile la capacità di adeguate risposte ai crescenti bisogni indotti da un quadro epidemiologico e demografico radicalmente modificatosi negli ultimi trent'anni (cronicità, pluripatologie, crescita della popolazione anziana).

Nei diversi documenti trasmessi agli organi istituzionali, nonché nelle audizioni avute con gli stessi abbiamo insistito molto sulla necessità di ricorrere alle risorse del MES –

Meccanismo europeo di stabilità –, proposta ignorata politicamente per vile presunzione e inutile demagogia. Queste risorse avrebbero, invece, garantito nel tempo il funzionamento degli ospedali del futuro e la riorganizzazione della medicina territoriale. La perfetta integrazione ospedale-territorio rimane infatti l'unica soluzione per una sanità equa ed universale. Ma non basta potenziare (male) la rete ospedaliera e appena sufficientemente la rete territoriale. È indispensabile potenziare la dotazione organica soprattutto medica e infermieristica, senza la quale sarà vano ogni sforzo di rilancio e di resilienza soprattutto nel mezzogiorno al fine di cercare di colmare, anche parzialmente, il baratro che divide la sua sanità da quella del centro nord. Baratro che sarà ulteriormente accentuato dal rilancio della cosiddetta autonomia regionale differenziata. A tutto ciò si aggiungano lo scarso finanziamento della ricerca e le penalizzazioni dei ricercatori a tutt'oggi relegati contrattualmente nei comparti invece che nelle aree dirigenziali (e ci chiediamo perché i migliori fuggono all'estero?). Oggi il SSN investe nella ricerca circa lo 0,2% del suo sempre sotto finanziato bilancio (negli ultimi 15-20 anni ha subito tagli per circa 37 mld) mentre l'accordo di Lisbona prevede almeno il 3% (mai realizzato). Lo stesso identico discorso vale per la prevenzione, cenerentola della medicina, indispensabile per la sostenibilità del SSN. Qualcuno ha detto che la montagna di risorse del PNRR attutirà l'impatto della crisi, certamente non di quella sanitaria!

Dal punto di vista clinico-epidemiologico è indispensabile continuare ad affermare che i vantaggi dei vaccini sono indiscutibili malgrado sacche di irrazionale resistenza dei no vax e dei no green pass.

Mai avrei pensato che alcuni soggetti (anche se insignificante minoranza) potessero andare in piazza per protestare contro la ragione, contro la loro stessa salute, contro il progresso scientifico.

Le parole del Presidente Draghi “chi invita a non vaccinarsi invita a morire o peggio a far morire i più deboli, i più anziani”; sono pietre nei confronti di coloro che hanno urlato “libertà” nelle piazze italiane ed europee e nei confronti di quei politici che flirtano con i no vax, no card ed i complottisti sperando di recuperare voti da questi soggetti senza considerare che difficilmente andranno a votare.

Peraltro, le parole del Presidente Draghi trovano la conferma nell'intero mondo scientifico, dall'Europa agli USA: i ricercatori di Yale hanno dimostrato che dal dicembre 2020 al giugno 2021 i vaccini, solo negli USA, hanno evitato 249 mila morti, 1,2 mln di ospedalizzazioni e 10 mln di infezioni da COVID-19.

Per cui possiamo tranquillamente affermare con il Prof. Remuzzi (Direttore dell'Istituto Mario Negri di Milano) che oggi esistono due tipi di epidemie: quella dei vaccinati, paragonabile ad una influenza e quella dei non vaccinati potenzialmente letale e spesso (20-30%) portatrice del “long Covid” (una infezione che a lungo andare può interessa-

re una decina di organi (fra cui cervello, polmoni, fegato e rene).

Ma ciò che è stato inaccettabile in queste manifestazioni e, nello specifico in quella di sabato 9 ottobre dello scorso anno a Roma, è la violenza di qualche centinaio di infiltrati nei cortei, generalmente pacifici, dei no vax e no card, anche se fra di loro non mancano frange estreme.

Agitatori professionisti sia di destra, sia di sinistra che hanno condotto l'assalto alla sede della CGIL al cui Segretario Generale Landini abbiamo espresso tutta la nostra solidarietà.

Così come sono inaccettabili le manifestazioni di quegli ignoranti che hanno sfilato per le strade di Novara il 31 ottobre scorso urlando libertà e vestendo casacche simili a quelle degli ebrei nei campi di sterminio nazisti.

Ben venute le norme che limitano queste demenziali manifestazioni.

Ritornando al problema COVID-19, abbiamo assistito e continuiamo ad assistere alla più vasta campagna vaccinale che il mondo abbia mai conosciuto con i più moderni ed accurati sistemi di sorveglianza degli eventi avversi (certamente al tempo della vaccinazione contro la poliomielite non era così).

Da rilevare, inoltre, che esistono anche farmaci antivirali quale quello prodotto da Merck, il Molnupiravir, efficace contro ricoveri e decessi: va somministrato entro 5 giorni dall'inizio dei sintomi e non agisce nelle fasi avanzate della malattia.

Anche la pillola Pfizer (Paxlovid) se somministrata entro tre giorni dall'insorgenza dei



sintomi dovrebbe ridurre dell'89% l'ospedalizzazione e la morte.

Gli anticorpi monoclonali, ora iniettabili per via intramuscolare a domicilio, possono essere efficaci anche in una fase avanzata della malattia.

Sono allo studio altre molecole antivirali per cui i progressi nella terapia anti Covid-19 si possono rivelare notevoli.

Bisogna, però, precisare che i vaccini costano molto meno (un ciclo di Molnupiravir costa 700 dollari) e sono più efficaci dato che difendono a monte dalla malattia. Avere nuovi farmaci non significa rinunciare a migliorare ed utilizzare i vaccini. È arrivato, tra l'altro, il vaccino Novavax, definito il vaccino dei no vax, perché realizzato come i vecchi vaccini, mediante tecnologie in uso da oltre 30 anni, come quello contro l'epatite B, il me-

ningococco e l'anti-influenzale, quindi con una tecnologia diversa sia dai vaccini a Rna messaggero (Pfizer-Moderna) sia da quelli a vettore virale di Astra-Zeneca e J&J. L'AIFA certifica per il Novavax una efficacia di circa il 90% e reazioni avverse di tipo "locale".

Tutto ciò è confermato dalle notizie che provengono dall'estero, soprattutto da Israele dove è già iniziata da tempo la campagna di immunizzazione con la terza e la quarta dose, riservata (per ora) solo ai più fragili e agli over 80.

Altra ragione per cui è indispensabile bloccare la diffusione del virus è l'emergenza delle varianti come stiamo sperimentando con la Delta e la Delta plus e la Omicron 1, 2, 3, 4 e 5. Con la 2 che sta rapidamente sostituendo la 1 si sta sviluppando in tutta Europa un nuovo incremento di casi. E quando i

casi sono tanti, come la 4 e la 5, anche se la variante non è particolarmente cattiva, c'è un aumento delle ospedalizzazioni anche in terapia intensiva. Per cui attenti al "liberi tutti" perché il virus continua a circolare in maniera importante ed è estremamente contagioso anche per la nuova sottovariante Xe (isolata in Gran Bretagna) che è una ricombinazione di Omicron 1 e 2 e più contagiosa del 10% circa di Omicron.

E la situazione, con una grave recrudescenza della pandemia tale da indurre a ripristinare il lockdown in alcune importanti città come Pechino e Shangai, Hong Kong ed altre, ne è la lampante dimostrazione.

C'è poi, come già detto, un altro aspetto che spesso è trascurato: il rischio del long Covid. Sempre più numerose sono le segnalazioni nella letteratura medica mondiale delle complicazioni a lungo termine anche per gli asintomatici e in chi non è stato ricoverato superando l'infezione senza eccessivi problemi. Si stima che fino al 20-30% (OMS) dei malati di Covid sviluppino sintomi respiratori di varia entità nel tempo: dalla mancanza di fiato, alla tosse, a forme asmatiche, alla temuta fibrosi polmonare, mentre molti altri accusano disturbi a carico di organi diversi. L'Italia dovrà affrontare questo problema con nuovi bisogni di salute che si aggiungono alla necessità di recuperare tutti i ritardi diagnostici e di assistenza che la pandemia ha determinato.

I no vax che temono fantasiosi effetti collaterali a lungo termine dei vaccini, sarebbe meglio si preoccupassero dei molto più concreti e reali disturbi che potrebbero sviluppare, qualora contraessero l'infezione anche in forma non grave e asintomatica.

È pur vero che non sappiamo quali rischi la vaccinazione comporti da qui a qualche de-

cennio, ma ancor meno conosciamo i rischi che comporta la malattia in chi sopravvive ad essa.

Si temono i pericoli nell'assunzione del vaccino (ben pochi basandosi sulle esperienze precedenti) ma si ignorano quelli infinitamente maggiori nel rifiutarlo (morte, costosissimi ricoveri in rianimazione, probabilità di gravi conseguenze a livello polmonare e immunologico).

"Non vogliamo essere cavie" vanno urlando i no vax senza capire che aumentando il numero dei vaccinati sono diventati, loro malgrado, cavie di controllo utilissime al fine di misurare l'efficacia del temuto vaccino.

Il fine pandemia non è ancora molto vicino e se riusciremo a confinarlo in alcune aree non sarà più pandemia ma epidemia. Vi rammento che solo due volte nella storia le malattie virali sono state completamente eradiccate: il vaiolo umano (ben diverso dal c.d. vaiolo delle scimmie, molto meno pericoloso) e la peste bovina ma con una vaccinazione massiva in tutto il mondo. Comunque, è raro che una epidemia scompaia del tutto perché, in genere, i virus continuano ad essere ospitati negli animali e continuano a mutare. Come, ad esempio, è avvenuto molti anni fa in Russia, in una situazione analoga all'attuale, alla fine del XIX secolo.

A S. Pietroburgo, nel lontano 1889, è scoppiata una epidemia chiamata "influenza-russa" una vera e propria pandemia diffusa in tutto il mondo con almeno un milione di morti accertati. Le similitudini con la situazione attuale sono notevoli: il presunto responsabile è un coronavirus (OC43) che provocava una gravissima polmonite e uccideva soprattutto gli anziani. Pur senza vaccini e farmaci il virus è rimasto attivo per 2-3 anni per poi "spegnersi".

Le autorità sanitarie dell'epoca raccomandavano ventilazione e disinfezione degli ambienti, distanziamento e isolamento degli infetti e con sospensione (comprese le scuole) di tutte le attività. Le analogie con COVID-19 sono impressionanti e il presunto virus OC43 circola ancora ed è uno dei tanti patogeni del raffreddore. Possiamo sperare che il finale di questa storia riguardi anche il COVID-19. Ma non avverrà domani. Bisogna, quindi, continuare a mantenere tutte le precauzioni previste dalla normativa del momento.

Una certa tranquillità potrà essere raggiunta quando sarà vaccinato almeno il 90% della popolazione, compresi giovani e bambini.

E' un tema, quello dei bambini, del quale si discute molto ma è assolutamente incontestabile che i bambini possono ospitare il virus anche se molti studi recenti dimostrano che non lo trasmettono così facilmente.

Un recente studio pubblicato sul *British Medical Journal* su 90.000 bambini ha dimostrato che la loro contagiosità è molto bassa per cui molti si chiedono che senso abbia vaccinarli. In realtà non esiste un approccio che vada bene per tutti.

In Italia la loro vaccinazione potrebbe non essere una priorità, ma in molte nazioni del mondo (Brasile, Indonesia, India) i bambini si ammalano e muoiono. In effetti non conosciamo ancora il perché dell'aumento della mortalità infantile in questi paesi. Si ipotizza sia determinato dalle varianti più pericolose del virus originario che potrebbero anche sfuggire agli anticorpi prodotti dall'infezione o dalla vaccinazione. Comunque, le certezze con il COVID-19 sono sempre relative al momento in cui si parla e all'ambiente di cui si discute. Anche per questo, vaccinare i bimbi potrebbe diventare importante.

In fondo al tunnel si può iniziare ad intravedere, in Italia, una pur flebile luce, ma con questo virus dovremo convivere ancora per lungo tempo, soprattutto perché nei paesi meno sviluppati la percentuale di vaccinati con doppia e tripla dose è bassissima.

Per esempio, in Africa è del 15.3% e non è sufficiente inviare i vaccini che spesso scadono perché mancano le strutture per inocularli.

È indispensabile, quindi, aiutare questi paesi con progetti sanitari a medio lungo termine non solo legati al COVID-19. È inaccettabile che l'Africa debba dipendere quasi totalmente dagli altri paesi dal punto di vista sanitario.

Il che dimostra il completo fallimento del cosiddetto Covax, questo sconosciuto. Sono sicuro che ben pochi sappiano cosa sia il Covax: è un organismo nato su iniziativa dell'ONU nell'aprile del 2020 che avrebbe dovuto vaccinare il mondo intero, soprattutto i paesi poveri e che ha fallito miseramente la sua missione.

Auguriamoci che il progetto dell'ultimo G20 che intende vaccinare entro il 2022 il 70% della popolazione mondiale non faccia la stessa fine.

Non è solo un problema morale, ma è anche nell'interesse di tutti di evitare la nascita di nuove varianti del COVID-19.

Ritengo che la pandemia non finirà fintanto che non saremo capaci di vaccinare tutti e ovunque. Per pensare ad un ritorno alla normalità è necessario assemblare tutta la tecnologia disponibile in ciascun paese per produrre vaccini sempre più sofisticati e soprattutto vaccinare il mondo intero. Senza un'altissima percentuale di vaccinati continueranno ad esserci focolai di virus e la normalità potrebbe diventare una chimera.

IL PERSONALE SANITARIO: GLI EROI DIMENTICATI DELL'EMERGENZA

All'inizio del mese di maggio 2022 si contavano in Italia dall'inizio della pandemia 164.000 vittime per COVID-19, molte di queste appartengono al personale sanitario, soltanto tra i medici abbiamo avuto fino a maggio di quest'anno 374 decessi. Sono stati chiamati eroi, applauditi sui balconi di tutta Italia. A loro sono stati dedicati murales, disegni, cartelloni, canzoni, poesie e preghiere. Sono stati ringraziati, più volte, dalle Istituzioni del Paese. Due anni dopo, gli eroi di quei giorni sono ignorati. I medici vivono con grande difficoltà la loro condizione professionale. **I dati che emergono da un'indagine quantitativa su "La condizione dei medici a due anni dall'inizio della pandemia da COVID-19", commissionata dalla FNOMCeO all'Istituto Piepoli sono a dir poco scioccanti.**

Un terzo dei medici italiani andrebbe subito in pensione. E a sognare di appendere il camice bianco e magari scappare in un paese esotico oggi stesso sono soprattutto i giovani dottori: "Il 25% dei medici tra i 25 e 34 anni e il 31% di quelli tra i 35 e i 44 anni". Durante la pandemia è lapalissiano che **l'aumento dei carichi di lavoro sia stato rilevante:** oltre il 37% sul territorio, più 28% in ospedale ed ha riguardato la stragrande maggioranza dei medici e odontoiatri. Lo dichiarano mediamente il 75% dei medici del territorio, il 64% dei medici ospedalieri, il 24% degli specialisti ambulatoriali e il 12% degli odontoiatri. Un impegno gravoso che ha avuto **ripercussioni anche sul rapporto di fiducia con i cittadini provocando stress**

e preoccupazione nella stragrande maggioranza dei professionisti, dal 90% dei medici del territorio al 72% dei medici ospedalieri, dall'80% degli specialisti ambulatoriali al 62% degli odontoiatri.

Purtroppo, sono di nuovo vittime di aggressioni, minacce e accuse ingiustificate.

Secondo i dati Inail, sono 2500 gli episodi di violenza denunciati ogni anno in Italia dagli operatori sanitari come infortunio sul lavoro. Un numero sottostimato per i medici, dal momento che le denunce Inail riguardano esclusivamente il personale dipendente e non quello convenzionato, fra cui medici di famiglia e guardie mediche. Il 55% dei medici ospedalieri ha subito almeno un episodio di violenza, in base ai dati raccolti da un'organizzazione sindacale. La situazione è molto critica anche per chi lavora sul territorio: serve una maggiore consapevolezza dell'importanza di sporgere denuncia. Questo spesso non avviene e il sanitario tende a subire in silenzio.

Eroi dimenticati anche dal punto di vista contrattuale. La CONFEDIR ha chiesto ripetutamente ai diversi interlocutori istituzionali, ai Ministri della Funzione Pubblica e Salute, al Presidente della Conferenza delle Regioni *una rapidissima apertura della tornata contrattuale 2019-21 (ormai indecentemente scaduta) per tutti i lavoratori pubblici.* La Confederazione insiste, anche per un dovere morale, sul fatto che **devono essere rinnovati prioritariamente i contratti anche del personale dirigenziale** di quei settori pubblici che da oltre due anni sono in

prima linea nella lotta all'emergenza sanitaria, *sanità e scuola* che, insieme alle *forze dell'ordine*, hanno contribuito a garantire la coesione sociale, evitando pericolose disaggregazioni.

Non solo non si procede al rinnovo del CCNL dell'Area Sanità triennio 2019-2021 ma nemmeno trova applicazione a livello aziendale quello siglato il 9 dicembre 2019 (triennio 2016-2018) per i dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dopo dieci anni di blocco della contrattazione. Da un'altra indagine è emerso che nel 98% degli ospedali italiani continua a trovare applicazione il contratto 2006-2009.

La Corte dei Conti nel 2020 affermava che la drammatica lezione della emergenza pandemica ci ha confermato che è indispensabile dare assoluta priorità al poten-

ziamento e alla ri-strutturazione dell'assistenza integrata sociosanitaria territoriale, avendo ben presente che la principale risorsa di cui il settore ha bisogno è il personale.

Di fronte alla ricostruzione del sistema sociosanitario nazionale occorre dunque **un piano straordinario per il personale**, una moratoria del numero chiuso per facoltà e scuole di specializzazione per le professioni sanitarie, l'allentamento dei vincoli di spesa per il personale, **una contrattazione collettiva nazionale e aziendale che, nel rispetto dei termini di scadenza dei rinnovi contrattuali, sia in grado di rispondere ad esigenze di valorizzazione professionale ed economica del personale, solo così si potrà evitare la fuga dal Servizio sanitario nazionale.**



È del 2007 il film *“Non è un paese per vecchi”* dei fratelli Coen, definito “un intenso e profondo racconto sociale, quello di una nazione ferita, ammalata, piena di fragilità” (4 premi oscar, 2 golden globe ed altro ancora, per un totale di 12 premi e 14 nomination).

Il titolo di questo film è ben appropriato per il nostro Paese *“l’Italia non è un Paese per vecchi”*.

Questo argomento è stato da me affrontato nelle precedenti relazioni congressuali.

Siamo un Paese in forte decrescita demografica, si stima che nel 2045 la popolazione si ridurrà del 10,5%, arrivando a 53,7 milioni. La decrescita sarà varia nelle diverse aree del Paese ne soffriranno soprattutto le aree interne e il Meridione. Per la prima volta gli uomini tenderanno a superare il numero delle donne. La decrescita modificherà i rapporti fra le generazioni con il progressivo aumento degli anziani e la diminuzione dei giovani. Nel 2045 gli over 65 saranno in media il 33,6% della popolazione. La straordinarietà di questo fenomeno, e le sue nuove implicazioni, sono dimostrate anche dal fatto che, durante il G20, tenutosi nel 2019 ad Osaka, l’invecchiamento della popolazione, fino ad allora tema per demografi, è stato annoverato fra i problemi economici emergenti e considerato un «rischio globale».

In uno studio del 2020 *“La dinamica demografica durante la pandemia COVID-19 anno 2020”*, l’Istat ha collocato il numero dei nuovi nati ai minimi storici, mentre i decessi sono stati 112.000 in più rispetto al 2019. Si può affermare che i dati dei decessi e dei nati del 2020

sono stati i peggiori da un secolo a questa parte, e hanno avuto l’effetto di un saldo negativo record, il valore inferiore dall’Unità d’Italia, se si fa eccezione del 1918 quando l’epidemia di «spagnola» si rese responsabile della metà dei morti totali registrati.

Il 2020 in Italia, complice la pandemia da SARS-CoV-2, è stato, dunque, un anno record per i decessi che, considerando tutte le cause di morte è stato il più elevato dal secondo dopoguerra, 746.146 decessi.

L’eccesso di mortalità ha inciso prevalentemente sulla popolazione più anziana, mentre per quella più giovane (*under 49*) si è registrato addirittura un decremento, probabilmente dovuto ai vari *lockdown* che hanno implicitamente diminuito gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro.

Tutto ciò ha avuto notevoli effetti sul sistema pensionistico, con conseguente cancellazione di numerose pensioni proprio a causa della morte degli anziani.

Secondo il IX Rapporto di Itinerari previdenziali, presentato al Senato nello scorso febbraio da Alberto Brambilla, uno dei massimi esperti in materia previdenziale, **la tragedia COVID ha fatto risparmiare ai conti dell’Inps 1,1 miliardi di spesa pensionistica**, fino al 2029 si avrà di conseguenza una spesa minore per 11,9 miliardi. *“Il 96,3% dell’eccesso di mortalità registrato nel 2020 – si legge nel Rapporto – ha riguardato persone con età uguale o superiore a 65 anni, per la quasi totalità pensionate”*.

Dopo una serie di riforme, secondo il 54° Rapporto Censis, la previdenza ha comunque retto l’impatto con il COVID-19, per-



ché in buono stato: il rapporto occupati/pensionati nel 2018 era risultato pari a 1,45 (nel 2008 era 1,36) sufficiente per la sostenibilità di lungo periodo, la spesa previdenziale comprensiva di quella assistenziale era pari al 16,6% del Pil.

Dai dati è emerso che **la spesa per le pensioni nel tempo si è assestata su un ritmo sostenibile, mentre le spese per l'assistenza sociale** (tutela per invalidi civili, indennità di accompagnamento per i non autosufficienti, le pensioni e gli assegni sociali, le pensioni di guerra e le integrazioni al minimo, un insieme di voci di spesa pari nel 2020 a 22,3 miliardi di euro) **sempre in capo alla previdenza sono aumentate.** Poco meno della metà dei pensionati beneficia di forme di assistenza monetaria in quanto nel corso della vita lavorativa non è riuscito a versare il minimo contributivo. Nell'anno della pandemia la spesa pensionistica propriamente detta è stata pari all'11,7% del Pil, mentre includendo la componente assistenziale senza la Gias (Gestione interventi assistenziali) è stata del 12,9%, con la Gias è arrivata al 16,6% **(dati tratti dal 54° Rapporto Censis).** **Da qui l'indispensabile necessità di sepa-**

rare l'assistenza dalla previdenza, come sostenuto da noi da oltre un trentennio.

La multifunzione delle pensioni non è, però, solo istituzionale, ma anche sociale se si pensa che nel corso dell'emergenza sanitaria le pensioni ed i pensionati hanno svolto ancora una volta il ruolo di *silver welfare*. Con il lockdown tutti hanno scoperto il ruolo decisivo e silenzioso che le pensioni hanno nella tenuta di nuclei familiari allargati. Nell'ambito del welfare reale le pensioni attraverso la redistribuzione della *family economy* costituiscono uno strumento di integrazione di redditi da lavoro inadeguati.

Il silver welfare è, dunque, un elemento importante del modello sociale italiano, che ha dato un contributo essenziale per ammortizzare i costi sociali della pandemia (55° Rapporto Censis).

Gli anziani, quindi, rappresentano uno dei più importanti ammortizzatori sociali per gli aiuti ai propri familiari per una cifra calcolata pari almeno a 10 miliardi di euro annui. **La popolazione italiana non solo è sempre più anziana, ma anche sempre più fragile.** I non autosufficienti nel nostro Paese sono circa 3 milioni un numero destinato a cre-

scere nel futuro, nel 2045 potrebbero raggiungere una cifra variabile fra 4.296.000 e gli oltre 5milioni 500mila. Molto dipenderà dalle politiche di prevenzione che verranno realizzate.

Gli anziani non autosufficienti esprimono una domanda di assistenza e bisogni molto complessi a cui si riesce a dare risposta a fatica, un peso che le famiglie portano sulle loro spalle spesso in solitudine. La pandemia ha mostrato come le risposte offerte dal nostro Paese ai bisogni di cura dei suoi cittadini più fragili, gli anziani non autosufficienti, sono state inadeguate e costose.

Le persone anziane non possono essere però considerate da una parte come bancomat, come semplici ammortizzatori familiari e dall'altra degli inutili costi, perché improduttive.

Sono in realtà delle risorse non soltanto economiche, ma individui preziosi per la società, basti pensare ai tanti colleghi medici, vo-

lontari, rientrati dalla pensione, che non si sono risparmiati nelle corsie degli ospedali e negli ambulatori durante l'emergenza sanitaria.

Per essere all'altezza della sfida demografica che ci attende occorre mettere al centro la persona con i suoi bisogni (affettivi, sanitari, sociali, culturali); occorre ripensare all'invecchiamento per individuare nuovi modelli di salute all'altezza di una società in profonda trasformazione.

Tutte le Parti coinvolte nei cambiamenti in atto devono lavorare per costruire una società basata sulla cooperazione, sull'integrazione e sulla coesione, ciascuno deve fornire il proprio contributo in termini di capitale umano, di patrimonio culturale e di creatività per costruire una società più giusta.

Noi come **FEDER.S.P.eV.** vigileremo e chiederemo conto alla politica e ai partiti di tutto quello che viene fatto o non fatto rispetto al sociale.



Quando oltre 10 anni fa sono entrato a far parte della **FEDER.S.P.eV.** una delle cose che mi ha colpito è che sul nostro giornale **AZIONE SANITARIA** sulla copertina c'è scritto subito sotto la denominazione "**Organo di informazione del sindacato dei pensionati sanitari**".

Questo elemento, a me che ho fatto attività sindacale per oltre 40 anni nella CIMO, uno dei sindacati più rappresentativi dell'area medica non poteva che far piacere.

La **FEDER.S.P.eV.** rappresentava la naturale casa dove poter continuare a fare sindacato una volta in quiescenza.

La vocazione sindacale della nostra Associazione è chiaramente indicata negli artt.1 e 11, comma 7 del nostro Statuto, due norme che non danno adito a dubbi di natura interpretativa, in particolare **la seconda affida al Presidente dell'Associazione un mandato preciso** in quanto dichiara che lo stesso "*propone ed attua l'attività sindacale, politica, assistenziale e di patronato della Federazione*".

Sono stato sempre fermamente convinto nei miei oltre 50 anni di attività che la tutela dei diritti e degli interessi delle categorie rappresentate non può essere ampia ed efficace se condotta individualmente dalla singola organizzazione.

Ciò mi ha indotto nel 2008 a proporre in qualità di Segretario Nazionale all'allora Presidente della **FEDER.S.P.eV.** dott. Eumenio Miscetti **l'adesione della stessa alla CONFEDIR** "Confederazione dei dirigenti, funzionari, quadri, ed alte professionalità, in servizio ed in quiescenza, della Pubblica Amministrazione", tra le Confederazioni

maggiormente rappresentative dei dirigenti e dei quadri, pubblici e privati, per cui è chiamata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri a designare un suo rappresentante in seno al CNEL.

Tale proposta non solo è stata condivisa dal Presidente Miscetti, ma discussa ed approvata all'unanimità dalla 48° Assemblea congressuale della FEDER.S.P.eV, tenutasi nel maggio 2011 ad Abano Terme.

Mi sono adoperato come Presidente perché sviluppassimo dei Patti con altre organizzazioni.

Colgo l'occasione per ringraziare i Presidenti rispettivamente di ANSE (Associazione Nazionale Seniores Enel) e di ALATEL (Associazione Seniores Telecom Italia) i dott.ri Franco Pardini e Vincenzo Armaroli che sono oggi qui con noi, con i quali abbiamo siglato il **PATTO FEDERATIVO A TUTELA DEGLI ANZIANI**, insieme negli anni abbiamo realizzato importanti ed incisive iniziative, e ci stiamo già confrontando per significativi eventi autunnali.

La presenza della **FEDER.S.P.eV.** un'associazione qualificata, sindacalmente competente e preparata, nonché molto numerosa in seno alla **CONFEDIR** ha permesso alla nostra Federazione di esprimere in questi anni ben **due Segretari Generali**, il sottoscritto ed il dott. Stefano Biasioli, che è stato designato anche per due legislature al **CNEL** in rappresentanza della Confederazione.

In qualità di Segretario generale ho sensibilizzato la Confederazione a prendere atto della **situazione del nostro sistema previdenziale**, moltiplicando le azioni in materia previdenziale e pensionistica arrivando a

contare attraverso le Organizzazioni sindacali aderenti alla CONFEDIR decine di migliaia di associati in quiescenza della dirigenza pubblica e privata, quadri ed alte professionalità, **così ampliando la rappresentanza e potenziando la capacità rappresentativa**. In questi anni si è cercato di **sviluppare un continuo dialogo con i responsabili politici**, attraverso gli incontri e le audizioni sui provvedimenti legislativi. Particolarmente intenso è stato il confronto con il **Ministero del Lavoro**, con quello della **Salute**, con la **FNOMCeO** e con l'**ENPAM**.

I temi trattati sui quali la nostra Federazione per il tramite della Confederazione ha avanzato proposte ed emendamenti sono stati molteplici, previdenza soprattutto, lavoro pubblico e privato, economia, fisco, ammortizzatori sociali, sicurezza sul lavoro, sanità, scuola, formazione, politiche giovanili, coesione sociale, equità.

Instancabile in questi anni è stata *l'attività della FEDER.S.P.eV. in materia previdenziale*, a favore sia di coloro che dovranno andare in quiescenza sia di coloro che lo sono già. Abbiamo chiesto e chiediamo *una vera riforma previdenziale* che punti a: **flessibilità in uscita, previdenza complementare, separazione tra previdenza ed assistenza, giovani e pensioni di reversibilità.**

Sosteniamo con fermezza che qualsiasi riforma previdenziale debba essere legata a due elementi: *un'efficace politica del lavoro* (il nostro è un sistema a ripartizione) e *la realizzazione di un secondo pilastro previdenziale*, la cd *pensione integrativa*, che dovrebbe tutelare prima di tutto coloro che hanno carriere discontinue (giovani e donne) e coloro che hanno iniziato la loro attività lavorativa dal 1° gennaio 1996.

A difesa delle pensioni abbiamo nel 2019 promosso con **CONFEDIR e FORUM NAZIO-**

NALE PENSIONATI i ricorsi avverso la Legge di bilancio 2019 che riservava ai pensionati un trattamento tra i più iniqui. Infatti, le norme prevedevano **un meccanismo di perequazione lesivo dei principi di uguaglianza, ragionevolezza e proporzionalità della prestazione previdenziale e di conservazione, adeguatezza ed effettività reale del trattamento pensionistico**, reintroducendo nei fatti un **"blocco perequativo"** in evidente contrasto con i principi costituzionali. Si precisa che la penalizzazione della perequazione colpisce tutte le pensioni a partire da quelle superiori a 3-4 volte il minimo INPS (circa 1500-2000 Euro lordi mensili).

A questo sistema si aggiungeva inoltre **la riduzione dei trattamenti pensionistici superiori a 100.000,00 euro lordi**. I ricorsi hanno riguardato sia dipendenti pubblici che privati in quiescenza.

La questione di legittimità delle norme contestate è stata sollevata dai giudici a quo e rimessa alla Corte Costituzionale.

La FEDER.S.P.eV., è stata ascoltata in merito dalla Corte per il tramite di una memoria scritta quali **"Amici curiae"**. Con orgoglio posso affermare che siamo stati tra le poche Associazioni ad utilizzare questo strumento introdotto dalla Consulta su iniziativa dell'allora Presidente Cartabia, **strumento che consente a soggetti istituzionali, associazioni di categoria ed organizzazioni non governative in quanto portatori di interessi collettivi o diffusi di rappresentare elementi utili di valutazione e di conoscenza del caso sottoposto al giudizio della Corte.** **La Corte Costituzionale con la sentenza n. 234/2020** ha dichiarato *"che il legislatore può raffreddare la rivalutazione automatica delle pensioni di elevato importo e imporre a carico delle stesse un prelievo di solidarietà, a condizione che osservi i principi costituzionali di ragionevolezza"*

za e proporzionalità, anche in ordine alla durata della misura” (come da Comunicato stampa del 9/11/2020, da parte della Corte stessa). La limitazione della perequazione automatica delle pensioni di maggiore importo è intervenuta periodicamente dal 1998 ad oggi e, continuativamente, in ben 11 degli ultimi 14 anni, con azzeramento addirittura della rivalutazione negli anni 2008, 2012 e 2013. Per quanto attiene al prelievo (cosiddetto “contributo di solidarietà”) sulle pensioni di maggiore importo per il quinquennio 2019-2023 (prelievo graduale e crescente dal 15 al 40% sugli importi delle pensioni che eccedono i 100.000 € annui lordi), la Corte ne ha riconosciuto la illegittimità solo per il periodo 2022-2023, in quanto esorbita la manovra triennale di bilancio di cui alla legge n. 145/2018, che contiene appunto la norma in questione. Tuttavia, le sorprese, le ambiguità, le ipocrisie contenute nella sentenza citata sono molteplici.

Ciò che tuttavia ha più sconcertato è il **relativismo** che permea i giudizi della Corte in materia di diritti costituzionali e previdenziali, visto che “*apprezza*” che la rivalutazione delle pensioni di maggiore importo “*non è azzerata, ma solo diminuita*”, che il contributo di solidarietà operi “*solo sulla quota di pensione che eccede i 100.000 € lordi/anno*” e che gli spezzoni di pensione residuati dai prelievi imposti siano anch’essi indicizzati, naturalmente al ribasso. Atterrisce, invece, **la visione prospettica della Corte**, secondo cui la legittimità dei contributi straordinari sulle pensioni di elevato importo deve essere valutata sulla base dei seguenti criteri “*necessità, sostenibilità, proporzionalità, temporalità, destinazione endo-previdenziale del prelievo* (ndr: ancora una volta è scomparsa la *adeguatezza*, ma questa volta manca anche la *ragionevolezza*), *nell’ambito di una valutazione*

complessiva dominata dalle ragioni di necessità, più o meno stringenti, indotte dalle esigenze di riequilibrio e sostenibilità del sistema previdenziale”, senza dimenticare “*la funzione di riequilibrio dei trattamenti pensionistici*” (come a dire che Robin Hood è permanentemente alle nostre porte per qualsiasi futura scorreria, non sempre e non solo per trasfondere dai ricchi ai poveri, sempre cosiddetti).

In questo modo, **la Corte non rispetta il suo ruolo costituzionale super partes a tutela e garanzia del rispetto dei principi costituzionali vigenti e della correttezza delle leggi del nostro Ordinamento**, ma diventa una sorta di “**legislatore aggiunto**” deputato a dare qualche avvertimento e porre qualche “cerotto” qua e là, diventando però corresponsabile del legislatore di turno e delle sue eventuali malefatte.

Ribadisco che gli artt. 3, 36, 38, 42, 53, 136 della nostra Carta costituzionale esistono, e reclamano di essere rispettati ed attuati, come ben sanno i giudici del Tribunale di Milano e di numerose sezioni giurisdizionali regionali della Corte dei conti, ed i nostri iscritti pensionati, che hanno sollevato la questione di legittimità costituzionale in merito alle numerose e sconcertanti deroghe (rispetto a diritti e principi consolidati e fondamentali) contenute, da ultimo, nella legge 145/2018. Questa sentenza non ci ha però scoraggiati, le nostre azioni a tutela delle pensioni sono continuate e solo la consueta determinazione della **FEDER.S.P.eV. e della CONFEDIR** con continue interlocuzioni con il Presidente del Consiglio dei Ministri, i Ministri dell’Economia e del Lavoro, nonché diversi esponenti politici tra cui l’On. Giorgia Meloni che era tornata a chiedere il rinnovo del contributo di solidarietà sulle pensioni di importo più elevato, ci ha permesso di conseguire **due importanti vittorie**.



Abbiamo ottenuto *il ripristino della perequazione delle pensioni secondo la modalità meno penalizzante per le nostre fasce pensionistiche.*

Il decreto del Mef del 17/11/2021 (G.U. Serie generale n.282 del 26/11/2021) ha stabilito (art. 2) di determinare, sulla base dei dati Istat, “la percentuale di variazione della perequazione delle pensioni per l’anno 2021 in misura pari a +1,7% dal 1° gennaio 2022, salvo conguaglio da effettuarsi in sede di perequazione per l’anno successivo”.

Per effetto dell’anzidetto DM, nonché della circolare INPS del 23/12/2021 dal 1° gennaio 2022, e per il prossimo triennio, non opereranno più le 6 fasce di rivalutazione (100%, 77%, 52%, 47%, 45%, 40%), rispetto all’indice Istat (fasce introdotte dalla legge di bilancio 160/2019), per ritornare ai più logici e giusti criteri che avevano caratterizzato il primo decennio degli anni 2000, durante i quali l’incremento da rivalutazione non avveniva secondo una unica percentuale, decrescente rispetto al valore complessivo dell’assegno (criterio penalizzante introdotto dal Governo Letta con la legge 147/2013), ma in misura distinta per i vari segmenti di importo di una singola pensione.

Quindi dal 2022 le pensioni INPS, ex INPDAP, avranno il seguente sviluppo, sulla base delle diverse fasce di importo:

- fino a 4 volte minimo INPS 2021 (2.062,32 €) +100% indice Istat= +1,700% di aumento;
- da 4 a 5 volte “ (da 2.062,33 a 2.577,90 €) + 90% ind. Istat = +1,530% di aumento;
- oltre 5 volte “ (da 2.577,91 € in poi) +75% ind. Istat = +1,275% di aumento.

Si passa, quindi, per le pensioni medio-alte (diciamo quelle oltre le 6 volte il minimo INPS), da un recupero complessivo ben inferiore al 50%, rispetto all’inflazione accertata del periodo, fino a toccare l’80 - 85%.

Questa è la prima vittoria, la seconda è che il 31/12/2021 è terminato l’iniquo contributo di solidarietà che perfino la Corte costituzionale ha riconosciuto come illegittimo per la durata (5 e non 3 anni), ma, purtroppo, legittimo nella formulazione e applicazione (trattasi di vera e propria tassa mascherata a carico solo di taluni pensionati e non di tutto il parco dei contribuenti con uguali introiti). Anche questo tema è stato da noi difeso, sempre, sentenze e tabelle alla mano. La solidarietà “spuria e coatta a carico dei soliti noti” è finita. Speriamo lo sia per sempre.

Per ora abbiamo vinto. Ma noi vigileremo perché la cosa non si ripeta più, qualunque sia il Governo e qualunque sia la maggioranza politica che lo reggerà.

Al centro delle nostre proposte ci sono state sempre le persone, a maggior ragione nel corso della pandemia.

Ci siamo opposti all'insensata iniziale proposta della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) di non ricoverare in rianimazione gli ultraottantenni, limitandosi a curarli con terapia palliativa. Abbiamo ingaggiato una lotta senza quartiere contro questa demenziale iniziativa, riportando una clamorosa vittoria, poiché ha impedito che tale proposta, variamente modificata, venisse inserita nel **piano pandemico 2021/2023** con la frase "...se le risorse sono scarse privilegiare i pazienti che possono trarne maggiore beneficio..." che avrebbe determinato una incostituzionale selezione dei pazienti. A questa demenziale proposta si potrebbe rispondere "se ci sono poche risorse e bisogna scegliere chi curare non sarebbe più semplice utilizzare i 37 mld del MES dedicati alla Sanità senza alcun condizionamento e da restituire con tassi di interesse ridicoli?"

Con la semplice affermazione "sono vecchi" si è giustificata la morte di migliaia di persone senza minimamente considerare ciò che hanno rappresentato nella nostra società.

Quegli anziani che ci hanno lasciato sono gli stessi che hanno ricostruito l'Italia del dopoguerra portandola ad essere il quinto paese industrializzato d'Europa; sono quelli che hanno combattuto le dittature nazi-fasciste e comuniste, sono quelli che si sono battuti per la libertà e la democrazia. Sono quelli che hanno rappresentato e continuano a rappresentare il più importante ammortizzato-

re sociale del nostro Paese calcolato in almeno 10 mld annui per gli aiuti a figli e nipoti disoccupati o sottoccupati. Molti nostri colleghi, nostri soci si sono, altresì, resi disponibili per la campagna vaccinale.

Ribadisco la preoccupazione, che ho già espresso nel corso del Consiglio nazionale della nostra associazione che si è tenuto a Roma nel novembre scorso, relativa alla cd "cultura dello scarto" che alligna spesso inconsapevolmente nella società.

Non ci siamo fermati a queste iniziative, siamo *interventuti sull'obbligatorietà per i professionisti del possesso del domicilio digitale, sulla certificazione unica ai pensionati, sulla possibilità per i medici pensionati di vaccinare nel corso dell'emergenza pandemica.*

Di seguito sono riportate solo alcune delle note inviate alle diverse istituzioni.

La **FEDER.S.P.eV.** però non si è attivata solo per i pensionati ma anche per i dirigenti sanitari in servizio, chiedendo con fermezza il *rinnoovo dei CCNL*. Stiamo altresì portando avanti la lotta per *la difesa del congedo obbligatorio di paternità nel settore pubblico* che in Italia, contrariamente alla normativa europea, è penalizzato iniquamente e se l'Italia non si allineerà **entro giugno 2022 con la direttiva europea 2019/1158 UE**, relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza, sarà multata. Ringrazio per il suo encomiabile impegno su questa importante questione il **vicepresidente vicario di FEDER.S.P.eV., il prof. Marco Perrelli Ercolini.**

Diversi *i convegni* promossi con i quali abbiamo cercato di stimolare il confronto e la discussione tra le parti coinvolte nei grandi processi di cambiamento in atto.

CONCLUSIONI

Di fronte alla crisi sociale ed economica causata dalla pandemia e incrementata dalla guerra occorre, dunque, realizzare compiutamente i principi della nostra Costituzione ripartendo dai fondamentali valori di libertà, giustizia, uguaglianza, solidarietà, diritto alla salute, all'istruzione, al lavoro, ad un reddito giusto e una giusta pensione, all'assistenza ed alla cura per costruire un nuovo welfare. Il COVID-19 ha portato dolore, morte, sconcerto, ma ha fatto registrare anche con un

certo stupore che può divenire il propulsore di cambiamenti in ambito economico, sociale, tecnologico, ed ambientale.

La pandemia è stata definita da alcuni *“un portale, un passaggio da un mondo a quello successivo”*.

L'augurio che desidero lasciarvi è che il mondo futuro sia migliore, senza conflitti, povertà e disuguaglianze, e che la **FEDERS.P.eV.** continui ad essere viva ed a dare il suo contributo determinante a difesa dei propri soci e dei propri valori.





APPENDICE AL CAPITOLO
“La recente attività
della FEDER.S.P.eV.”



FEDER.S.P.E.V.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE
Il Presidente Nazionale

00192 Roma – Via Ezio 24 – Tel.: 063221087 – fax: 063224383
Sito Internet: www.federspev.it – e mail: federspev@tiscali.it

Prot. 12755

Roma 23 Dicembre 2019

Ill.mo Dottor
Filippo Anelli
Presidente FNOMCeO
ROMA

Caro Presidente,

nell' inviarTi gli auguri di Buon Natale e, in particolare, di un Felice 2020, colgo anche l'occasione per esprimere il mio vivo compiacimento per la decisione di una revisione del sistema ECM che nell'attualità è vissuto da molti medici come un incubo e poco risponde alle finalità di un vero aggiornamento all'evoluzione tecnologica e scientifica della nostra professione.

A questo proposito potrebbero essere di supporto le esperienze vissute e le vere esigenze della nostra categoria di fronte a questa continua evoluzione scientifica. Dunque siamo a Tua disposizione per eventuali discussioni di esigenze e problematiche.

A presto, dunque, e cordialmente Ti saluto e ancora carissimi auguri.

Prof. Michele Peerio



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il Presidente

AL PRESIDENTE
FEDERSPEV
dr Michele POERIO
mail:
federspev@tiscali.it
micpoerio@gmail.com

Egregio Presidente,

sono a informarTi che il Comitato Centrale nella riunione dello scorso 15 luglio ha preso in esame la Tua sollecitazione riguardo alle criticità connesse alla previsione dell'art 37 del Decreto Legge cosiddetto "Semplificazione".

Il Comitato Centrale ha condiviso quanto da Te chiaramente esposto in ordine all'obbligatorietà per i professionisti del possesso del domicilio digitale, il cui inadempimento comporta a carico degli Ordini territoriali la diffida con irrogazione della sanzione della sospensione del professionista fino alla comunicazione del domicilio digitale stesso.

Uguualmente per la difficoltà per alcune categorie di professionisti di adempiere a un simile obbligo.

Fatte ulteriori considerazioni il Comitato Centrale ha indirizzato al Presidente del Consiglio dei Ministri avv. Giuseppe Conte la nota che in copia Ti allego al fine di sensibilizzarlo sulla questione per un intervento in sede di conversione del Decreto.

Ti terrò informato sugli sviluppi che dovessero intervenire.

Un caro saluto

Filippo Anelli

Firmato digitalmente da

All.n.1

FILIPPO ANELLI

CN = ANELLI
FILIPPO
O = FNOMCEO
C = IT

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582

La seguente nota, è stata altresì inviata a:

On. Sen. Enrico PIANETTA - *Coordinatore Nazionale Seniores FI*,

On. Sen. Annamaria PARENTE - *Presidente XII Comm. Igiene e Sanità del Senato della Repubblica*,

On. Marialucia LOREFICE - *Presidente XII Comm. Affari Sociali della Camera dei Deputati*,

Prof. Tiziano TREU - *Presidente CNEL*,

Dott.ssa Olimpia TARZIA - *Resp. Dipartimento Bioetica e Diritti Umani FI*,

Prof. Lorenzo d'AVACK - *Presidente Comitato Nazionale per la Bioetica*.



Roma, 4 Dicembre 2020

Prot. n. 550

Ill. On.

Roberto SPERANZA

Ministro della Salute

Lungotevere Ripa 1

00153 Roma (RM)

segreteriaministro@sanita.it

OGGETTO: scelte terapeutiche in tempi di COVID 19

Illustre Ministro,

Le scrivo in qualità di Presidente FEDER.S.P.eV. “Federazione nazionale sanitari pensionati e vedove” e di Segretario Generale CONFEDIR “Confederazione dei dirigenti, funzionari, quadri, ed alte professionalità, in servizio ed in quiescenza, della Pubblica Amministrazione” per rappresentarle le forti perplessità e critiche che le Associazioni suddette nutrono riguardo al documento congiunto FNOMCEO – SIAARTI sui criteri che potrebbero supportare il medico, qualora si trovasse di fronte a “*scelte tragiche*”, dovute allo squilibrio tra necessità e risorse disponibili.

In questo tempo di emergenza sanitaria assistiamo impietriti a dei veri e propri bollettini di guerra, con i quali vengono comunicati i numeri dei contagiati e dei morti. Piangiamo per i tanti, troppi lutti causati dall'emergenza epidemiologica in atto. La maggior parte di queste vittime sono persone anziane tra le più fragili per il COVID 19 ed anche numerosi colleghe e colleghi medici, volontari, alcuni rientrati dalla pensione, che non si sono risparmiati nelle corsie degli ospedali, negli ambulatori, fedeli al giuramento pronunciato tanti anni prima.

Abbiamo molto apprezzato l'istituzione da parte Sua della commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, presieduta da Mons. Vincenzo Paglia. Abbiamo colto in tale iniziativa la giusta e doverosa attenzione nei confronti degli anziani,

sempre più longevi nel nostro Paese, ma sempre più esposti alla non autosufficienza, che è sicuramente il nuovo terreno di sfida della sanità e del welfare

La FEDER.S.P.eV. e la CONFEDIR non condividono i criteri interpretativi ed i principi espressi nel documento congiunto FNOMCEO-SIAARTI-SIMLA. Non riteniamo che le proposte avanzate siano conformi ai principi etici e a quelli professionali.

Per tali motivazioni abbiamo chiesto un parere ad uno Studio legale esperto in diritto sanitario in merito al documento sopracitato

Le nostre Associazioni desiderano condividere con spirito costruttivo tale parere, avendo appreso in questi giorni, peraltro, della prima stesura delle LG sul “triage COVID” e dell’apertura sulle stesse di una discussione pubblica da parte dell’ISS, alla quale abbiamo chiesto di partecipare.

In attesa di un Suo cenno di riscontro Le invio i più cordiali saluti.

Prof. Michele Poerio

Presidente FEDER.S.P.eV.

Segretario Generale CONFEDIR





FEDER.S.P.E V.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE
Il Presidente Nazionale

00192 Roma – Via Ezio 24 – Tel.: 063221087 – fax: 063224383
Sito Internet: www.federspev.it – e mail: federspev@tiscali.it

Prot. 12948

Roma 17 dicembre 2020

Al Presidente INPS

Dr. Pasquale Tridico

Al Presidente Consiglio dei Ministri

On. le Giuseppe Conte

Al Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

On.le Nunzia Catalfo

Al Ministro dell'Economia e delle Finanze

On.le Roberto Gualtieri

e p.c.

Al Presidente Agenzia delle entrate

Ernesto Maria Ruffini

Oggetto: invio rettifica CU 2020

Sta arrivando in questi giorni a molti pensionati una lettera Inps contenente una nuova certificazione unica, precisando che annulla e sostituisce quella precedente perché le somme certificate non corrispondono a quelle effettivamente erogate o trattenute nel 2019 e invita il cittadino a controllare le eventuali discordanze rispetto alla CU data a marzo colla quale è stata fatta la denuncia dei redditi e, in caso di discordanze, ripresentare la dichiarazione dei redditi per evitare accertamenti e più

pesanti sanzioni. Anche coloro che si sono avvalsi della dichiarazione precompilata fornita dall'Agenzia delle Entrate dovranno procedere alla rettifica in caso di discordanze.

Poiché i termini ordinari per la presentazione della dichiarazione dei redditi sono scaduti (il 10 dicembre ultimo giorno) dovranno avvalersi del ravvedimento col pagamento di sanzioni oltre alle eventuali differenze per debito di imposta e alle parcelle del commercialista o del Caf.

Si rileva inoltre che la suddetta certificazione unica riporta la non veritiera data del 31 marzo 2020 e non quella attuale, in altre parole un falso.

Tanto premesso si chiede che le rettifiche avvengano d'ufficio con comunicazione all'intestatario senza applicazioni di penalità per evitare aggravii di spese al contribuente per errori o omissioni commessi dai Vs. uffici.

In assenza di quanto richiesto saremo costretti a procedimenti legali e spiacevoli denunce.

In attesa, distinti saluti

Prof. Michele Poerio




FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il Presidente

PROF. MICHELE POERIO
Presidente FEDERSPeV

micpoerio@gmail.com
federspev@tiscali.it

Egregio Presidente,

in riferimento alla questione da Lei sollevata relativamente al documento congiunto FNOMCeO-SIAARTI in tema di cosiddette "scelte tragiche" e facendo seguito alle interlocuzioni intercorse, La informo che il Comitato Centrale della FNOMCeO, nella seduta del 10 dicembre scorso, ha deciso di costituire un gruppo di lavoro con i rappresentanti FNOMCeO-SIAARTI e FEDERSPeV, nell'ottica di un dialogo e confronto costruttivi sulla tematica.

A riguardo, La invito a indicare due rappresentanti dell'Associazione FEDERSPeV, al fine di procedere all'istituzione del citato Gruppo di lavoro.

RingraziandoLa per la collaborazione, Le invio cordiali saluti.

Filippo Anelli



FILIPPO ANELLI
14.01.2021
15:05:36 UTC

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582

STUDIO LEGALE CIRESE

Via C. Fracassini, 4 - 00196 Roma

tel +39 063235710

e-mail: info@studiocirese.com – pec: studiocirese@epec.it

C.F. CRS VNA 55B43 G482C - P.I. 05791870586

Avv. Vania Cirese

Patrocinante in Cassazione

Esperto AGENAS

Esperta in Responsabilità Sanitaria

Al Ministro della Salute On. Roberto Speranza

segreteriaministro@sanita.it

gab@postacert.sanita.it

Capo di Gabinetto Pres. Goffredo Zaccardi

segr.capogabinetto@sanita.it

al Presidente FNOMCeO Dott. Filippo Anelli
e p. c. ai membri del Comitato centrale FNOMCeO

presidenza@fnomceo.it

segreteria@pec.fnomceo.it

al Presidente Siaarti Prof.ssa Flavia Petrini

flavia.petrini@unich.it

al Presidente della SIMLA Prof. Riccardo Zoja

riccardo.zoia@unimi.it

ai Coordinatori del Gruppo di Lavoro su
“Decisioni per le cure Intensive in caso
sproporzione tra necessità assistenziali
e risorse disponibili in corso di pandemia
da COVID-19”

Prof.ssa Francesca Ingravallo
francesca.ingravallo@unibo.it

Prof. Luigi Riccioni

luigiriccioni@yahoo.it

al Presidente ISS Prof. Silvio Brusaferrò

presidenza@iss.it

bioetica@pec.iss.it

al Presidente della Conferenza Stato Regioni

Stefano Bonaccini

segreteriapresidente@regione.emilia-romagna.it

segreteriapresidente@postacert.regione.emilia-romagna.it

Oggetto: Piano pandemico 2021/2023

Triage di emergenza e selezione di pazienti

ATTO DI INVITO E DIFFIDA

In nome e per conto di Feder.S.P.eV. in persona del legale rappresentante Prof. Michele Poerio, che ratifica e sottoscrive il presente atto si rappresenta alle SV. Ill.me quanto segue.

Premesso che

La SIAARTI (Soc. Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva) che non rappresenta tutti gli anestesisti e tanto meno tutti i medici intensivisti il 6.3.2020, ha formulato una serie di raccomandazioni scritte, con lo scopo di supportare i medici (non solo quelli iscritti alla SIAARTI) nelle decisioni relative alla cura dei pazienti con COVID-19. In questo documento si arrivava ad ipotizzare che, nell'eventuale carenza di risorse da dedicare alle cure, si possa arrivare ad una selezione dei pazienti, sulla base di una valutazione costi/benefici, di fatto considerando i pazienti over 80 anni e con pluripatologia come persone da affidare solo alla "terapia palliativa". Una proposta contraria sia all'etica medica che alla sostanza e allo spirito della Costituzione. Il 9.7.2020 l'ISS ha invitato i Presidenti della SIAARTI e della SIMLA a redigere una bozza finale di documento.

L'11.11.2020 è stata proposta una consultazione pubblica CNEC-ISS dalla quale la Feder.S.P.eV., che aveva richiesto di partecipare, è stata inopinatamente esclusa.

Venuta a conoscenza di questi lavori e bozze, la FEDERSPeV nazionale ufficializzava il proprio dissenso contro il documento stesso.

Nel maggio 2020 veniva istituita una Commissione mista FNOMCeO e SIAARTI al fine di ottimizzare il documento stesso, peraltro mantenendone la sostanza: la selezione dei pazienti da trattare, in presenza di emergenze critiche del SSN, come quelle pandemiche (tipo COVID-19) sul piano strutturale (organizzativo, strumentale, medico-infermieristico).

Un testo che, a nostro avviso, contrasta con il codice deontologico e con i principi costituzionali.

La spiegazione fornita dalla SIAARTI e dalla FNOMCeO alla bozza in questione è stata che, da sempre, il paziente che arriva in pronto soccorso o in una rianimazione, viene classificato con un codice di gravità (score APACHE, colori vari, Indici di Charlson e Elixhauser...). Tuttavia una cosa è identificare la gravità del paziente e assegnare una priorità, altra cosa è utilizzare un sistema di questo tipo per arrivare a negare a qualcuno le cure necessarie, anche in tempi di COVID-19.

Il predetto documento è stato valutato (a nostra conoscenza, senza grosse riserve) da parte della Consulta Deontologica Nazionale (CDN) della FNOMCeO.

Non appena il testo del documento è arrivato a conoscenza della FEDERSPeV, la stessa si è attivata per cercare di impedirne l'adozione, con richieste formali indirizzate alla FNOMCeO e al Ministero della Salute, alla Commissione Nazionale di Bioetica che, peraltro, tramite il Presidente Prof. Lorenzo d'Avack, ha espresso parere contrario a questa iniziativa.

Il contenuto delle proposte avanzate ha destato e desta grande perplessità e preoccupazione in ordine alle possibili gravi conseguenze legate a questi "indirizzi" sul modo di affrontare clinicamente situazioni sanitarie quali quelle pandemiche, in carenza di risorse.

Il documento, nella sostanza (ammantato da una serie di fumosità) propone dunque una vera e propria e arbitraria SELEZIONE dei PAZIENTI, spesso senza alcun consenso del paziente interessato (in coma, precoma o comunque in situazione critica e senza supporto familiare o legale) né alcuna informativa ai familiari (esclusi dall'accesso all'ospedale e dalla visita del paziente stesso).

Secondo il documento i medici dovrebbero arbitrariamente decidere chi trattare o no.

Esaminiamo i punti essenziali del documento.

Al punto **d** si legge: *..." ..il ricorso selettivo a criteri che valgano a legittimare differenziate modalità di cura è da considerarsi esclusivamente in stato di assoluta necessità (emergenza/urgenza indifferibile in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili)....* e si ribadisce al punto **g** che ci si deve astenere dall'accanimento terapeutico.

Ai punti **c** e **d**, si afferma che “ogni decisione è formulabile caso per caso nel rispetto della dignità delle persone”.

Al punto **d** si ribadisce che "... nelle situazioni emergenziali il medico finalizza l'uso ottimale delle risorse...evitando ogni discriminazione..." salvo poi aggiungere 3 righe dopo che " *...in caso di persistente squilibrio tra necessità e risorse... è data la precedenza per l'accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà da essi ottenere un concreto, accettabile e duraturo beneficio! A tal fine si applicano criteri rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati caso per caso quali: gravità clinica, comorbilità, stato funzionale pregresso, potenziali effetti collaterali, espressioni precedenti di volontà personale, età biologica...*".

Ancora una volta ribadiamo che una cosa è classificare un paziente sulla base di parametri oggettivi e altra cosa è utilizzare questa classificazione per negare a un paziente un trattamento efficace e serio, indirizzandolo invece su una terapia palliativa.

Il legislatore, in venti anni, non è stato in grado di varare una legge sul “fine vita” (nonostante le indicazioni della Consulta) e oggi, questo documento, vorrebbe invece assegnare al medico di turno (magari in piena notte dopo una giornata di lavoro massacrante!) la decisione relativa a chi trattare, giustificandola sulla presenza di “carenze strutturali” e di “costi eccessivi per il SSN”?

Purtroppo la cosa ha avuto un seguito. Nella BOZZA sul NUOVO PIANO PANDEMICO 2021-2023 (140 facciate) redatta dal Ministero della Salute e resa nota (in modo informale,) nelle ultime settimane, compare – da pag.24 in poi – una analoga proposta di selezione di pazienti:

"quando la scarsità rende le risorse insufficienti rispetto alla necessità allora i principi di etica possono consentire di allocare risorse scarse in modo da fornire i trattamenti necessari preferibilmente a quei pazienti che hanno maggiori probabilità di trarne benefici".

Mentre si afferma che *"un quadro di etica è tra le fondamenta delle politiche di sanità pubblica: i principi di etica sono alla base della visione e della pianificazione"* e che tale quadro deve essere caratterizzato da *"equità, trasparenza e coerenza"*, si afferma che si devono stabilire anche priorità e le responsabilità.

Si asserisce infatti che *"una pianificazione eticamente e clinicamente corretta deve mirare a garantire risorse e protezioni giuste ed eque con particolare attenzione ai*

gruppi vulnerabili “ ma si smentisce l'assunto con vari "tuttavia" che costituiscono gravi deviazioni dai principi che sono richiamati. Infatti si afferma che, durante le situazioni di crisi, i valori etici fondamentali consentono alcune azioni che non sarebbero accettabili in circostanze ordinarie e che occorre un bilanciamento tra costi e benefici possibili perchè in condizioni di crisi sarebbero giustificate (arbitrarie) limitazioni alle cure .

In altre parole si afferma che lo squilibrio tra necessità e risorse disponibili *"può rendere necessario adottare criteri per il triage nell'accesso alle terapie"*, confondendo volutamente- come già scritto da NOI - la doverosa classificazione relativa alla gravità del paziente con la decisione "soggettiva" su chi trattare o no.

Insomma, mentre si afferma che i sanitari anche durante la crisi devono fornire le cure migliori e appropriate, di nuovo un "tuttavia" mette in discussione questo principio inderogabile affermando che quando le risorse sono insufficienti rispetto alle necessità allora i principi di etica non valgono più e si possono allocare queste scarse risorse in modo arbitrario , fornendo trattamenti in modo preferenziale solamente ai pazienti che hanno maggiori probabilità di trarne beneficio.

Invero in medicina non si può mai essere certi che un paziente risponda peggio o meglio di un altro alle cure....

A causa di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, il Piano pandemico vorrebbe legittimare un triage di accesso alle terapie allocando le risorse perché scarse ai soli pazienti che possono avere maggiori probabilità di successo per la loro salute pretendendo un bilanciamento tra i valori ma in realtà introducendo un'inaccettabile ed arbitraria eugenetica non consentita né dal nostro ordinamento né dalle Convenzioni Internazionali ed UE. In altre parole si stabilisce che è possibile decidere di selezionare i pazienti in ragione di una previsione arbitraria di risposta al trattamento.

Invano si afferma che tutti i cittadini hanno la stessa pretesa di ricevere assistenza sanitaria di cui sono bisognosi perché questo diritto lo si alloca solo in condizioni normali mentre durante l'emergenza, per l' impatto dell'evento pandemico che può superare la capacità di risposta dei servizi sanitari, si legittima la possibilità di fornire ai cittadini un'assistenza selezionata che invece verrebbe erogata a tutti in condizioni

ordinarie. Non vi è nessuna norma che legittimi un trattamento differenziato, arbitrario e discriminante in situazioni "non ordinarie".

Inutilmente si fa richiamo ai dettati costituzionali, all'art. 2 ai diritti inviolabili dell'uomo come singolo e nelle formazioni sociali, all'art. 3, principio di uguaglianza formale e sostanziale, al catalogo dei diritti fondamentali riconosciuti all'art. 32 Cost., ai doveri del codice di deontologia medica ma poi si prevede invece di poter selezionare i pazienti da curare in spregio a tutti i citati dettami.

La logica che ispira le proposte inserite nella bozza del Piano pandemico 2021/2023 è quella di negare l'accesso alle cure in violazione del principio costituzionale dell'uguaglianza dei cittadini, selezionando chi curare e a chi riservare unicamente i trattamenti palliativi accompagnandolo alla morte.

Il criterio di selezione risponde da una parte a logiche economiche di equa distribuzione delle risorse disponibili e dall'altra a logiche utilitaristiche (bilancio tra costi benefici di ogni pratica clinica commisurata agli esiti prevedibili).

In altre parole, poiché sono scarse le risorse sanitarie non saranno erogate a tutti i pazienti le cure bensì ad alcuni soltanto. Ci saranno pazienti esclusi e non curati per un "giudizio clinico" (aprioristico ed arbitrario) di prognosi sfavorevole per cui riceveranno solo trattamenti compassionevoli (palliativi) per accompagnarli al decesso, in questo caso sicuro, poiché non si tenta nemmeno di scongiurarlo con cure che potrebbero invece essere efficaci e risolutive. Stupisce l'arbitrarietà di tale sentenza di condanna a morte a priori senza alcun tentativo salvifico del paziente. Non si comprende poi quale sarebbe la legittimazione - e in capo a chi - a decretare l'ineluttabilità, sempre a priori, di un decorso sfavorevole e perciò non degno di alcun impegno professionale dei sanitari a scongiurarne gli effetti nefasti.

La differenziazione di modalità di trattamenti (cure con possibilità di guarigione o unicamente palliative di accompagnamento alla morte) viene giustificata nell'emergenza/urgenza COVID-19 a causa dello squilibrio tra necessità (di cure) e risorse disponibili, caso per caso nel rispetto della dignità della persona (dei malcapitati destinati a morire) dando la precedenza ai pazienti che potrebbero ottenere un concreto e

duraturo beneficio. Va rilevato immediatamente che detta prassi ben si potrebbe prestare a evidenti abusi anche a rilevanza penale (corruzione, truffa ecc.) per la possibilità di facili dazioni di denaro o altra utilità, elargite al medico che negli ospedali riveste la qualifica di pubblico ufficiale, affinché curi quel paziente piuttosto che l'altro...

Non può sfuggire inoltre la gravità sotto il profilo etico-deontologico di un tale orientamento, l'arbitrarietà di decisioni di selezioni di pazienti da curare o da abbandonare, l'aleatorietà e pericolosa soggettività e autoreferenzialità di "giudizi clinici" da parte dei medici preposti a decidere quali pazienti tentare di salvare e quali abbandonare, a priori, senza il benché minimo impegno a scongiurare l'esito letale di alcuni. La risposta soggettiva del paziente e l'interazione nelle cure appare un dato del tutto negletto in favore di una supponenza aprioristica di poter già prevedere da parte del medico che non ci sarà né miglioramento né guarigione per quel determinato paziente. Invero nessun paziente bisognoso sarà in grado di salvarsi senza cure e negargliele in partenza ben potrebbe integrare estremi di reato: omissione di atti d'ufficio, omissione di soccorso, omicidio volontario. La selezione avanzata nel documento ufficiale FNOMCeO-SIAARTI-SIMLA è stata ripresa dalla precedente bozza di revisione del Piano Sanitario Nazionale.

Un'ulteriore bozza ufficiosa, fatta circolare successivamente, apparentemente alleggerisce il testo del precedente comma 24, ma non ne modifica la sostanza, consentendo di fatto una selezione attiva dei pazienti da curare, utilizzando in modo distorto una quantificazione della gravità del rischio clinico (metodologia usuale in PS e in emergenza) per decidere di non trattare i pazienti più anziani o più gravi, perché avrebbero scarse chances di un esito positivo.

Val la pena poi ricordare che:

-Il Piano Pandemico nazionale non è stato aggiornato dal 2006, nonostante le indicazioni dell'OMS e del Regolamento sanitario internazionale del 2007 (Articoli 5-13 e Annesso 1);

-Prima che il nuovo piano pandemico nazionale sia pienamente attivo, passeranno dei mesi, perché dovrà essere completato dai piani regionali e comunali, di attuazione, con successiva check list a tutti i livelli.

È evidente che, nel frattempo, alcuni medici potrebbero attuare la citata selezione, basandosi proprio sui documenti originali sopra citati.

Considerato

che:

il nostro ordinamento giuridico tutela il diritto alla vita e non alla morte. Dottrina e giurisprudenza si sono più volte espresse nel senso del divieto di ogni forma di condotta

eugenetica. Inoltre il reato di eutanasia è tuttora vigente e non è stato abrogato. E se si parla di diritto alle cure o anche diritto a rifiutare le cure, ciò implica sempre la volontà e l'autodeterminazione del paziente che in questo caso sarebbero invece sostanzialmente negate da parte dei sanitari che scelgono arbitrariamente e unilateralmente non rispettando alcuna indicazione del paziente, che non è nemmeno informato o non lo sarebbe in modo sostanziale.

L'art. 32 Costituzione prevede il diritto alla salute quale diritto fondamentale, strutturalmente legato al principio dell'uguaglianza sostanziale. Si tratta di un diritto inalienabile del cittadino e interesse della collettività, esteso a tutti senza discriminazioni o selezioni arbitrarie e illegittime, tanto che si garantiscono cure gratuite agli indigenti proprio perché nessuno resti deprivato dei trattamenti sanitari e dell'accesso alle cure.

Il diritto alle cure a tutti gli individui è valore universale che lo Stato deve assicurare e ciò sottende necessariamente all'istituzione del nostro SSN esteso a tutti i cittadini a prescindere dal loro status giuridico, economico, sociale, di maggiore o minore gravità di malattia. Non sono ammesse disparità di erogazione delle cure, né deroghe.

Il SSN è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizione di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie in attuazione del citato art. 32 Cost.

Il SSN dalla sua istituzione (legge 833/78) si basa sui principi di universalità, uguaglianza ed equità. Universalità significa estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. Ciò significa promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione con un'organizzazione capillare sul territorio nazionale e senza nessuna selezione basata su sesso, etnia, età, malattie pre-esistenti e in atto, risorse del sistema stesso.

Se così invece fosse, non si spiegherebbero i costi e le cure sui pazienti trapiantati, dializzati, vaccinati (anche se in tarda età) né l'esistenza di Unità di cure ospedaliere dedicate ai malati oncologici, anche terminali, e/o ai pazienti in coma persistente da oltre 6 mesi.

Secondo il principio di uguaglianza, i cittadini devono accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali. Secondo il principio di equità a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Non sono ammesse disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

Va garantita a tutti qualità, efficienza, appropriatezza, trasparenza del servizio e delle prestazioni. I ricordati principi fondamentali del SSN vengono affiancati da principi organizzativi che fanno sì che il SSN rispetti la “*centralità della persona*”, garantendo i diritti esercitabili da parte dei singoli cittadini che rappresentano dei doveri per tutti gli operatori sanitari del SSN.

Tra questi diritti spicca il diritto del paziente (ciascun paziente) a essere preso in carico dal medico o dall'equipe sanitaria durante il percorso terapeutico e per tale non s'intende certo il mero accompagnamento alla morte bensì l'impegno professionale con la massima diligenza, prudenza e perizia per ripristinare il benessere psico-fisico del paziente e per garantire la sua guarigione anche se ciò è un'obbligazione di mezzi e non di risultato, tuttavia è un'obbligazione da assolvere.

Considerato

che:

la Costituzione italiana riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo ex art. 32, ivi incluse le prestazioni sanitarie e la libertà di cura. Nella libertà rientra il diritto anche di rifiutare le cure ma certamente non di vedersene negare arbitrariamente.

Sotto il profilo giuridico è compito della Repubblica creare le condizioni affinché le persone possano esercitare il diritto a ottenere la tutela della propria salute e l'accesso all'assistenza sanitaria generale e specialistica, diritto qualificato come fondamentale. E questo deve realizzare un serio Piano pandemico.

La Corte Costituzionale ha affermato più volte la necessità di effettuare un bilanciamento tra valori costituzionali, in altre parole il diritto ai trattamenti sanitari necessari alla tutela

della salute è garantito ad ogni persona come diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti (sentenza 509/2000). Tuttavia è stato sempre precisato che non è ammissibile che l'esito del bilanciamento sia un pregiudizio delle prerogative fondamentali derivanti dal diritto di cui siamo titolari. Il nucleo essenziale del diritto alla salute - che comprende anche l'accesso alle cure - deve essere sempre rispettato, pena la violazione del dettato costituzionale e l'illegittimità di norme che si pongano in contrasto con esso. Le sentenze della Corte (309/99; 252/2001; 354/2008) segnano chiaramente che le esigenze della finanza pubblica non possono assumere nel bilanciamento del legislatore un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana.

La tutela del diritto universale alla salute e di pari accesso alle cure e l'inderogabilità di questi principi è anche assicurata a livello internazionale, dalla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, dalla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, dal Patto Internazionale sui Diritti economici sociali e culturali.

Non vi è dubbio che il contenuto nella BOZZA del Piano pandemico 2021/2023 nella parte in cui dispone e legittima la selezione di pazienti, violi diritti fondamentali, garantiti dalla Costituzione, violi principi e leggi del nostro ordinamento giuridico e anche norme internazionali.

Atteso

che:

le proposte contenute nella bozza del Piano pandemico 2021/2023 si pongono in contrasto con il principio dell'autodeterminazione del paziente, della libertà e del suo consenso previa informazione. L'applicazione di simili prassi può essere censurabile anche sotto il profilo penale potendo dette condotte integrare estremi di reato (omicidio, eutanasia, abuso di atti d'ufficio, omissione di soccorso, rifiuto di atti di ufficio) da parte dei medici che rivestono anche la qualifica pubblicistica.

Per tutto quanto fin qui esposto formalmente si

invita e diffida

le SV. Ill.me a voler procedere senza ritardo ad **astenersi dall'inserire nel Piano pandemico 2021/2023 e/o ogni altro atto o decreto da qualsiasi riferimento a possibili selezioni di pazienti nell'erogazione di cure e trattamenti in tempo di pandemia o tempi non ordinari**, garantendo, anche nell'emergenza e in ogni tempo, a tutti i pazienti, il diritto di accesso alle cure e ai trattamenti sanitari urgenti e di elezione, non essendo ammissibile alcuna arbitraria selezione di pazienti da curare e rendendosi necessario invece predisporre misure adeguate per rafforzare il SSN con utili e inderogabili investimenti su presidi/attrezzature, adeguamento degli organici rapportato agli standards UE, ossia garantendo al SSN un finanziamento correttamente rapportato al PIL, contrariamente a quanto avvenuto dal governo Monti in poi.

Roma, 25 Gennaio 2021

Prof. Michele Poerio

Avv. Vania Cirese



FEDER.S.P.e V.
FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE
IL PRESIDENTE NAZIONALE

00192 Roma – Via Ezio 24 – Tel.: 063221087 – fax: 063224383
Sito Internet: www.federspev.it – e mail: federspev@tiscali.it

Prot. 130273

Roma 7 Aprile 2021

Oggetto: campagna vaccinale

Al Commissario Straordinario emergenza Covid
Generale Francesco Figliuolo
Al Capo Dipartimento Protezione Civile
Ing. Fabrizio Curcio
Al Comandante Brigata Taurinense
Generale Davide Scalabrin
Loro Sedi

Stimate Autorità,

la FEDER.S.P.e V, Federazione che rappresenta oltre 20.000 medici (soprattutto), veterinari, farmacisti in quiescenza e loro superstiti, ha più volte espresso la disponibilità di molti medici aderenti all'Associazione a partecipare alla campagna di immunizzazione anti Covid-19 (vedi corrispondenza intercorsa fra il Generale Figliuolo e il Presidente regionale FEDER.S.P.e V. Piemonte Dott. Umberto Bosio).

Da notizie di stampa mancherebbero circa 30.000 vaccinatori per raggiungere l'auspicata vaccinazione di 500mila cittadini al giorno e quindi realizzare l'agognata immunità di gregge all'inizio del prossimo autunno. Sorgono, però, molte perplessità fra i medici pensionati a causa dell'art.3 bis della legge 12 marzo 2021 n° 20 (incarichi retribuiti al personale sanitario collocato in quiescenza) che prevede la mancata erogazione del trattamento previdenziale per le mensilità in cui l'incarico è retribuito.

I medici in quiescenza iscritti agli Ordini professionali sono circa 90.000 e molti di loro, soprattutto i pensionati più giovani, sicuramente sono interessati a scendere in campo, anche a livello volontaristico, garantendo la somministrazione di grandi quantità di vaccini, ma con rimborso spese e copertura assicurativa e senza subire interruzioni del trattamento previdenziale.

In attesa di un cortese riscontro, si porgono distinti saluti.

Prof. Michele Poerio
Presidente Nazionale FEDER.S.P. e V.



Roma, 4 ottobre 2021
Prot. n. 360

Lettera aperta

Al Presidente del Consiglio dei Ministri
Ai Sottosegretari alla Presidenza Consiglio dei Ministri
Al Ministro dell'Economia
Al Ministro del Lavoro
Al Ministro dello Sviluppo Economico
Al Ministro della Salute
Al Presidente della Corte Costituzionale
Ai Capigruppo Camera e Senato
Ai Segretari dei Partiti politici maggioranza ed opposizione
Ai principali quotidiani italiani
Al Presidente FNMOCeO
Al Presidente ENPAM
Al Signor Presidente della Repubblica
LORO SEDI ISTITUZIONALI

e.p.c.

Oggetto: perequazione automatica delle pensioni in godimento

In rappresentanza delle decine di migliaia di pensionati e vedove/i della **FEDER.S.P.E.V.** (Federazione Sanitari Pensionati e Vedove) e della **CONFEDIR** (Confederazione maggiormente rappresentativa della dirigenza pubblica e privata, dei quadri e delle alte professionalità), in qualità rispettivamente di Presidente Nazionale e Segretario Generale, osservo e segnalo quanto segue:

- il 31/12/2021 viene a cessare l'ennesima penalizzazione (di cui alle leggi nn. 145/2018 e 160/2019) a danno dei titolari di pensioni (superiori a 3-4 volte il minimo INPS), che ha visto la perequazione di tali pensioni azzerata, o fortemente limitata, in 11 degli ultimi 14 anni, calpestando però fondamentali principi costituzionali (in particolare quelli degli artt. 36 e 38) e decine di sentenze della Corte costituzionale.

Prendendo a riferimento i 14 anni anzidetti, cioè dal 2008 al 2021 compresi, si può dire con sicurezza che gli interventi peggiorativi sulla perequazione delle pensioni oltre le 6 volte (e ancor più oltre le 8 volte il minimo INPS), intervenuti in deroga ai criteri della legge n. 388/2000, hanno determinato una perdita **permanente** del potere d'acquisto delle pensioni in questione di non meno del 15-20%, in concreto da 500 €. mensili circa a più di 1.000 €. mensili, anche senza tener conto dell'appesantimento fiscale delle addizionali comunali e regionali intervenute dai primi anni

duemila e del taglieggiamento crescente dei cosiddetti “contributi di solidarietà” a carico delle cosiddette pensioni d’oro.

A ciò si aggiunga che dal 2014 ad oggi ha continuato ad operare il criterio di perequazione introdotto dalla legge Letta (L. n. 147/2013), che è nettamente peggiorativo rispetto al meccanismo precedente (L. n. 388/2000), infatti l’incremento interviene (ed in misura decrescente) sulla base dell’intero importo della pensione goduta, anziché in misura distinta (a scaglioni, cioè), come avveniva in precedenza per i vari segmenti di una singola pensione.

Anche senza gli interventi sgraziati anzidetti, c’è da dire che **la perequazione automatica delle pensioni non raggiunge mai il pieno ristoro dall’inflazione** per almeno i seguenti principali motivi:

- 1) perché **il recupero interviene in tempi successivi rispetto al momento dell’insulto inflattivo**;
- 2) perché **il “paniere” che pesa l’incremento del costo della vita per le famiglie di operai ed impiegati non è specifico per le persone anziane**, anche se rappresenta la base per la rivalutazione riconosciuta delle pensioni;
- 3) perché, anche in via ordinaria, **la percentuale di rivalutazione è riconosciuta in misura progressivamente decrescente al crescere dell’importo della pensione goduta**.

A seguito dei ricorsi di migliaia di nostri iscritti (promossi dalla FEDER.S.P.eV. e dalla CONFEDIR), **la Corte costituzionale**, con sentenza 234/2020, ha limitato al 31/12/2021 (rispetto al precedente 31/12/2023) il “contributo di solidarietà”, come previsto dalla legge 145/2018 secondo i seguenti criteri:

- - 15 % sugli importi delle pensioni oltre i 100.200 € lordi/anno e fino a 130.260 €;
- - 25 % sulla parte che eccede i 130.260 € e fino ai 200.400 €;
- - 30 % sulla ulteriore parte che eccede i 200.400 € e fino ai 350.700 €;
- - 35 % sulla parte che eccede i 350.700 € e fino ai 501.000 €;
- - 40 % per la parte ancora eccedente rispetto ai 501.000 € lordi/anno.

La Corte anzidetta, invece, non ha avuto nulla da eccepire rispetto agli interventi dei nostri legislatori che si sono accaniti, per ben 11 degli ultimi 14 anni, nel limitare gravemente (o addirittura azzerare nel 2008, 2012, 2013) la perequazione automatica a danno dei titolari di pensione oltre le 6 od 8 volte il minimo INPS.

Assistiamo quindi spesso a sentenze della Corte che rivelano un imbarazzante ossequio rispetto agli input che provengono dal Palazzo, anche a costo di sconfessare lettera e spirito di principi e valori della Costituzione vigente (su tutti quelli di cui agli artt. 3, 36, 38, 42 e 53) e decine di precedenti sentenze della Corte stessa su analoga materia (da ultimo, la sentenza 250/2017, come la sentenza 234/2020, che ribaltano la precedente sentenza 70/2015 in materia di perequazione automatica).

Per le considerazioni fin qui espresse, chiediamo, con la forza delle ragioni e dei diritti riconosciuti e consolidati in capo a tutti i pensionati, che almeno dal 1° gennaio 2022 (liberati ormai dal peso

dell'*esproprio* del contributo di solidarietà) si torni ai più ragionevoli e giusti criteri di perequazione automatica di cui alla legge n. 388/2000: cioè perequazione "a scaglioni" sui diversi importi di una singola pensione, vale a dire 100% sugli importi fino a 3 volte il minimo INPS, 90% sugli importi tra 3 e 5 volte il minimo INPS ed il 75% sugli importi eccedenti 5 volte il minimo.

Qualora, in caso malaugurato, ciò non si realizzasse:

- nessuno, neppure il Presidente del Consiglio, potrebbe legittimamente dire che il Governo Draghi non intende aumentare le tasse perché il prelievo sulle pensioni (mancata o ridotta indicizzazione, come il contributo di solidarietà), al di là del *nomen juris*, altro non è se non un tributo altamente discriminante nei confronti di redditi similari per significato ed importo, nonostante i tentativi della Corte costituzionale di dimostrare il contrario;
- nessun Partito o Movimento potrebbe accreditarsi come rispettoso dei diritti e dei principi della nostra Carta, così come della dignità del ceto medio e delle categorie dirigenti, spina dorsale del Paese di ieri e di domani;
- sarebbe particolarmente scandaloso continuare a negare diritti previdenziali acquisiti e consolidati da parte di importanti quote di pensionati;
- non sarebbe peraltro credibile ricorrere ancora allo stato di "necessità ed urgenza" per giustificare uno strumento improprio come la legge di bilancio per intervenire in materia di indicizzazione delle pensioni (sarebbe la dodicesima volta in quindici anni!);
- l'ingiustizia paventata diventerebbe intollerabile visto l'incremento in atto dei processi inflattivi e tenuto conto della condizione di "grandi contribuenti fiscali" propria della nostra benemerita categoria di pensionati che rappresenta uno dei maggiori ammortizzatori sociali italiani (10mld anno nei confronti di figli e nipoti disoccupati e sottoccupati);
- infine è chiaro che, di fronte al perseverare di un accanimento di così lunga durata a danno dei nostri pensionati, le categorie che rappresentiamo non accetteranno supinamente un'eventuale proroga dei commi 260 e segg. della legge di bilancio 145/2108 e tantomeno ulteriori penalizzazioni.

Rimaniamo comunque a disposizione per ogni utile e doveroso incontro e confronto in materia, a maggior ragione in occasione della prossima legge di bilancio.

Il Segretario Generale CONFEDIR
Il Presidente Nazionale FEDER.S.P.eV.
Prof. Michele Poerio





FEDER.S.P.eV.
FEDERAZIONE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE
MEDICI - VETERINARI - FARMACISTI



Illustre Presidente del Consiglio dei Ministri
Prof. Mario Draghi

Gentile On.
Giorgia Meloni
Presidente Fratelli D'Italia

Loro sedi

Prot. 13111-13/12/2021

Oggetto: contributo di solidarietà e ricalcolo delle pensioni retributive

Da notizie di stampa (Adnkronos) l'On. Giorgia Meloni, al termine dell'incontro col Presidente del Consiglio Prof Mario Draghi, ha dichiarato "A dicembre scadrà il contributo di solidarietà ai pensionati (over 100.000 € lordi/anno – ndr) molto, molto più fortunati di quelli che vanno in pensione oggi o dei giovani di domani: chiediamo che si reintroduca il contributo di solidarietà e abbiamo portato al Presidente Draghi la nostra storica proposta di ricalcolo delle pensioni retributive troppo alte per sanare la vergogna delle pensioni d'oro".

Illustre Sig. Presidente del Consiglio e gentile On. Meloni, la presente per rammentarvi che dal 2000 a oggi il contributo di solidarietà è stato applicato per ben quattro trienni (12 anni su 20) nonostante la Consulta abbia più volte sentenziato "...il contributo sulle pensioni costituisce una misura del tutto eccezionale nel senso che non può essere ripetitivo e tradursi in un meccanismo di alimentazione del sistema della previdenza".

Voglio precisare che, se il Paese è in difficoltà, a chi riceve una pensione elevata si possa richiedere un contributo di solidarietà eccezionale e limitato nel tempo **a patto**

che tale contributo venga richiesto anche ai lavoratori attivi e ai cittadini con uguale introiti di qualsiasi tipo essi siano. Si tratta infatti di una vera e propria **tassa**, e le tasse debbono essere pagate da tutti i cittadini, non solo da una sola categoria, a norma di Costituzione.

Contributo di solidarietà definito da Dario di Vico come “slittamento lessicale che sostituisce la parola **tassa**”, ma che personalmente amo definire come “esproprio proletario di sovietica memoria”, che scaricato sulle pensioni over 100.000 € lordi/anno rastrella risorse tali da assomigliare, dal punto di vista del Bilancio dello Stato, a semplici briciole.

Siamo stati variamente definiti come “parassiti sociali” (termine molto usato, purtroppo in tempi abbastanza recenti della nostra storia che ci auguriamo definitivamente superati), “ladri di pensioni” e “più avari di Arpagone” da soggetti che mentono sapendo di mentire.

Siamo “Dirigenti pubblici e privati” che per oltre quarant’anni di vita lavorativa hanno versato contributi previdenziali per un importo, attualizzato alla data di cessazione del servizio attivo, da 1,8 milioni di euro a oltre 2 milioni, cifre che coprono abbondantemente l’entità delle pensioni in essere come più volte dimostrato dal Prof Alberto Brambilla, Presidente di “Itinerari Previdenziali”, nelle aule parlamentari in occasione della presentazione al Governo e alle Commissioni parlamentari dell’annuale “rapporto sul bilancio del sistema previdenziale”.

Siamo pensionati che contribuiscono abbondantemente ad assicurare a tutti i cittadini il pieno godimento di diritti fondamentali quali istruzione, sanità, assistenza sociale, etc. (da precisare che oltre il 50% dei 16,2 milioni di pensionati è parzialmente o totalmente assistito e che oltre il 50% dei 40 milioni di contribuenti italiani dichiara al Fisco “zero” o poco più: dati questi da terzo mondo e non da settima potenza industriale mondiale).

Siamo pensionati che sono andati in quiescenza nella certezza del rispetto del principio di “legittimo affidamento” ai sensi del quale quando vanno in pensione firmano con lo Stato un vero e proprio contratto che non può essere disatteso da una delle parti contraenti. **Pacta servanda sunt.**

Siamo pensionati che continuano a pagare l’aliquota marginale massima dell’Irpef diversamente da quanto succede nei più importanti Paesi europei dove i pensionati godono di una fiscalità di favore e vengono detassati in rapporto all’età.

Si precisa inoltre che il ricalcolo delle pensioni retributive con il metodo contributivo proposto nel tempo da vari politici e caldeggiato dall’ex Presidente INPS, Prof Tito Boeri, il quale dovrebbe sapere che non è realizzabile per assoluta carenza di dati sicuri, soprattutto relativamente agli anni ‘60 e ‘70, in quanto il ricalcolo contributivo

non può prescindere dalla conoscenza analitica dei contributi versati durante l'intera attività lavorativa.

Si tratta di soggetti i quali da anni sono accecati da anacronistiche ideologie di ispirazione catto-comunista che vorrebbero trasferire risorse previdenziali da chi le pensioni le ha maturate e meritate (sia per le alte funzioni svolte che per i contributi versati) a chi gode oggi di pensioni senza, o con una insufficiente base contributiva, ancora una volta confondendo assistenza e previdenza, i cui bilanci non sarebbero in sofferenza senza il peso improprio dei carichi di natura assistenziale che devono essere sostenuti dalla fiscalità generale ai sensi dell'art. 53 della Costituzione. Separazione già prevista dalla Legge 88/1989 e dalla Legge 335/1995.

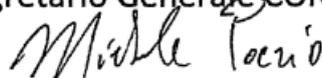
A Lei, Signor Presidente, e alla On. Meloni (che improvvidamente a novembre Le ha formalmente chiesto di rinnovare il contributo di solidarietà) **ricordiamo che**, qualora il maxiemendamento alla Legge di Bilancio 2022 contenesse un comma che rinnovi un contributo di solidarietà a carico dei soliti tartassati, la Feder.S.P.eV. e le Associazioni a essa collegate, si attiveranno per invitare tutti i nostri iscritti, i loro parenti e i loro amici, a **non votare** per tutti quei partiti che saranno complici di questa reiterata ingiustizia.

Noi non staremo zitti e tranquilli. Sappiamo, però, come agire per tutelare i nostri diritti pensionistici frutto di decenni di lavoro e di contributi.

Torniamo, quindi, a chiedere a Lei, Signor Presidente, e alla On. Meloni di incontrarci per spiegare, cifre e tabelle alla mano, la **correttezza delle nostre idee e delle nostre legittime pensioni.**

Rispettosi saluti.

Prof. Michele Poerio
Presidente Nazionale Feder.S.P.eV.
e Segretario Generale CONFEDIR



Roma, 13/12/2021



