



d!rigenza medica

- 2 **Annao in audizione al Parlamento sulla Manovra economica**
La sanità non decolla.
Per il personale segnali deboli
- 10 **Annao Giovani**
Borse scuole di specializzazione non assegnate
- 12 **Dirigenza sanitaria**
Fermare la discriminazione al ribasso

Il mensile dell'Anaa Assomed



Revisione
del Dlgs n. 502/1992

Un nuovo modello di governance delle Aziende e stato giuridico della Dirigenza Medica e Sanitaria

La proposta
Anaa
Assomed



CAMPAGNA
ISCRIZIONI

ANAAO È MIGLIAIA DI CAMICI. INCLUSO IL TUO.

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI I SERVIZI
PER GLI ISCRITTI



Pat Carra per l'Anaao Assomed



IL MENSILE DELL'ANA AO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Editore
Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com

Ufficio Commerciale
info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002. Anno XXIV
Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96
Finito di stampare
nel mese di novembre 2025

PRIMA SIGLA SINDACALE

La conferma
per l'Anaao Assomed
dai dati Aran



Anaao Assomed si conferma la prima sigla sindacale della dirigenza medica e sanitaria con un peso in termini di rappresentatività del 27,05%. La buona notizia arriva dai dati Aran, pubblicati sul sito dell'Agenzia, che certificano le deleghe sindacali a dicembre 2024.

È un risultato importante per l'Associazione che ne conferma la forza e l'affidabilità. Il nostro impegno e la nostra azione sindacale, resi ancor più difficili da un contesto in cui il sindacato viene spesso demonizzato e delegittimato, riesce con ogni evidenza ad attirare sempre più professionisti. E l'Anaao, con i suoi 10 mila iscritti under 40 si conferma un polo attrattivo anche per le giovani generazioni.

Le sfide che abbiamo davanti non ci spaventano e i numeri ufficializzati dall'Aran ci spingono a proseguire nel solco tracciato: in difesa della sanità pubblica e dei diritti dei medici e dei dirigenti sanitari.

Nell'esprimere la massima soddisfazione per questo risultato, il mio grazie - va a tutte le articolazioni periferiche e agli organismi centrali dell'Associazione per l'ottimo lavoro svolto nel non semplice compito di rappresentare il sindacato nei luoghi di lavoro.

Le difficoltà del Ssn e al suo interno del ruolo e dell'identità professionale dei medici e dei dirigenti sanitari esigono un sindacato più forte per evitare che il costo della crisi e i tentativi di uscirne, vengano tutti scaricati sui cittadini e sul lavoro professionale.

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaao Assomed

RAPPRESENTATIVITÀ
OLTRE IL **27%**

Audizione in Parlamento sulla Manovra economica 2026

Pubblichiamo il documento Anaao Assomed consegnato alle Commissioni riunite Bilancio dei due rami del Parlamento sul disegno di legge AS 1689 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028"

LA SANITÀ NON DECOLLA

Per il personale segnali deboli

Il testo della manovra economica che approda in Parlamento risponde solo in parte alle richieste dell'Anaao Assomed. L'aumento significativo del Fondo Sanitario Nazionale, 2,4 miliardi che si aggiungono ai 3,6 dello scorso anno, è da salutare con soddisfazione, anche tenendo conto del recente picco inflattivo, per fare fronte alla crescita dei costi tecnologici e della domanda sanitaria legata all'invecchiamento della popolazione. Il 6,4% del PIL rimane, però, ancora al di sotto della media Ocse.

Il segnale che avevamo chiesto è arrivato per la dirigenza medica, seppure

attraverso il trascinamento di risorse stanziata nello scorso anno e seppur rinviato alla prossima tornata contrattuale (una sorta di "pagherò"), insieme con l'ormai rituale regalo alla sanità privata accreditata (ben 123 milioni a decorrere dal 2026 per l'ampliamento del tetto di spesa relativo all'acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica e di assistenza ospedaliera dagli erogatori privati accreditati). Una boccata di ossigeno di 412 milioni per salari calati del 7,5% rispetto al 2021, una quantità che non si vedeva dall'epoca covid, sia pure al lordo della erosione del fiscal drag. Accompa-

gnata dall'aumento della spesa per le prestazioni aggiuntive necessarie al contenimento delle liste di attesa, ancorché al costo del prolungamento di un orario di lavoro che già è al di là del debito contrattuale. Le Regioni, infatti, potranno aumentare la spesa per le prestazioni aggiuntive, ma nonostante l'imposta agevolata al 15%, ci si dimentica che il personale medico e sanitario è stremato da turni massacranti e da livelli di burnout sempre più elevati. Profondo rammarico suscita, però, il trattamento riservato alla dirigenza sanitaria, che pure condivide luoghi e condizioni di lavoro con quel-



“

Una manovra di bilancio frammentata in “micromisure”, priva di un piano strutturale di rilancio del finanziamento pubblico e di riforme per la sua organizzazione non può garantire una visione strategica per la salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale

appaiono consistenti perché includono risorse già stanziolate dalle precedenti manovre, ma in rapporto con il Pil, la quota destinata alla sanità dopo un lieve aumento del 2026, scenderà nel 2028 sotto la soglia del 6%.

Si corre il rischio che il gap esistente tra entità di FSN e le previsioni di spesa sanitaria fissate dal DPEF finisca per pesare sui bilanci delle Regioni ed inevitabilmente sui cittadini con aumento della tassazione ed eliminazione di servizi e prestazioni a loro favore.

La stessa Corte dei Conti (*Quaderno n. 4 - La Sanità in cammino per il cambiamento*) ribadisce che la sanità italiana procede tra contraddizioni e squilibri strutturali e mette in luce i progressi reali ma anche le criticità che rischiano di compromettere la tenuta del modello universalistico (la spesa sanitaria cresce ma non abbastanza, la quota di spesa privata resta elevata, aggravando la regressività del sistema e i divari di accesso tra Nord e Sud; la sostenibilità economica regionale resta fragile e invita a “rafforzare il coordinamento nazionale per evitare nuove crisi di liquidità”; il personale la vera criticità).

Preoccupa anche il naufragio di un pia-

zione della categoria.

Discutibile appare la mancata estensione alla dirigenza della flat tax sul lavoro notturno e festivo, come se il disagio di un lavoro necessario tutte le notti e le festività dell'anno fosse diverso a seconda del reddito degli operatori e non richiedesse comunque uno specifico trattamento.

Senza personale non si può fare sanità. Ed anche il sostegno ricevuto dai redditi medio bassi attraverso la riduzione del cuneo fiscale, non servirà a niente se si è costretti a rinunciare alle cure o a spese catastrofiche per difendere la salute propria e dei propri cari.

Ricordiamo che già nel 2024 i cittadini hanno speso di tasca propria oltre 41 miliardi per curarsi e 5,8 milioni di persone hanno rinunciato a prestazioni sanitarie.

In particolare vogliamo sottoporre alla Vostra attenzione le disposizioni contenute nell'articolo 69, commi 1 e 3. L'articolo 69 comma 1 della Manovra per il 2026, prevede una modifica dell'articolo 1, comma 350 della legge 30 dicembre 2024, n. 207 **sostituendo l'importo già stanziato di 327 milioni con l'importo di 412 milioni a decorrere dall'anno 2026**. In definitiva vengono stanziati per l'incremento degli importi dell'indennità di specificità medico-veterinaria di cui all'articolo 65 del Ccnl Area Sanità triennio 2019-2021, **ulteriori 85 milioni**.

Il comma 3 del medesimo articolo prevede una modifica dell'articolo 1 comma 351 della legge 30 dicembre 2024, n. 207, inserendo un incremento per l'indennità della dirigenza sanitaria pari a 13,5 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026. Si ricorda che la legge 207/2024 non prevedeva per la dirigenza sanitaria incrementi per il 2026.

Per esemplificare si riportano le tabelle di in questa pagina.

Le modifiche della manovra per il 2026, tuttavia, fanno rimanere in vita l'intero articolato della manovra precedente (legge 207/2024 art. 1, commi 350-351) che lega gli incrementi dei vigenti importi dell'indennità di specificità medico veterinaria e sanitaria ai rinnovi contrattuali (“nell'ambito della contrattazione collettiva”) non individuando come dies a quo dell'incremento la data del 1° gennaio 2026. Quindi gli incrementi di 412 milioni (327 previsti dalla scorsa manovra integrati dagli 85 milioni della manovra per il 2026) saranno disponibili ma solo per la successiva tornata contrattuale (una sorta di “pagherò”,

TABELLA 1

Indennità specificità medica	2025	2026	totale
c. 350 L. 207/2024	50	327	377
Manovra 2026		85	85

TABELLA 2

Indennità specificità sanitaria	2025	2026	totale
c. 351 L. 207/2024	5,5	0	5.5
Manovra 2026		13,5	13,5

la medica, dimenticata, se non tagliata fuori, dagli incrementi retributivi previsti nonché dai benefici fiscali delle prestazioni aggiuntive. Nel “dimenticatoio” finiscono biologi, fisici, chimici, farmacisti ospedalieri, psicologi, “colpevoli” di essere stati dimenticati lo scorso anno tra i destinatari delle risorse stanziolate. Un pericoloso vulnus che chiediamo al Parlamento di sanare. Va riconosciuto alla politica il merito di aver ottenuto un incremento del Fondo Sanitario Nazionale dal 2025 al 2026: si giunge a 6,6 miliardi di cui 4,2 già stanziati nelle precedenti manovre. Tuttavia, le cifre assolute per il 2026

no di assunzioni annunciati da anni, visto lo stanziamento di risorse insufficienti a garantire il turnover dei medici, figurarsi coprire carenze che peggiorano le condizioni di lavoro. Riemerge quindi il tema del personale sanitario che rappresenta uno dei punti più critici del sistema: la disaffezione verso il servizio pubblico, la carenza di nuove adesioni ai corsi per le professioni sanitarie e la fuga all'estero dei medici giovani. Solo alcuni esempi di fenomeni che aggravano il problema del ricambio generazionale e rendono urgente un ripensamento delle politiche di formazione e incentiva-

Segue a pagina 14



**Revisione
del Dlgs n. 502/1992**

Settembre 2025

Nuovo modello di governance delle Aziende e stato giuridico della Dirigenza Medica e Sanitaria

1. INTRODUZIONE

L'Anaao Assomed intende individuare un percorso di fattibilità legislativa atta a porre le basi per una riforma del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 riguardo all'individuazione di un sistema di "Governance" e di uno "status giuridico" adeguato ai professionisti che operano nel Servizio Sanitario Nazionale. Obiettivo è definire in modo esplicito il ruolo e la specificità della dirigenza medica e sanitaria valorizzando la disciplina speciale contenuta nel d.lgs. 502/1992 e ssmi e individuando ruoli e contenuti attraverso i quali favorire la partecipazione dei professionisti al governo delle aziende sanitarie. Il "disagio medico" è un fenomeno antico, oggi divenuto uno tsunami che rischia di travolgere il servizio sanitario pubblico e nazionale costruito in oltre quaranta anni di lavoro e sacrifici.

La "grande fuga" e il "quiet quitting" sono frutto non solo di retribuzioni insufficienti, ma anche del generale peggioramento delle condizioni di lavoro e di una accresciuta insofferenza verso un modello di governance non privo di elementi di autoritarismo, causa non ultima della crescente disaffezione al lavoro ospedaliero.

Il processo di aziendalizzazione introdotto dal D.lgs. 502/1992 ha aperto un profondo conflitto tra l'organizzazione e la professione medica, due mondi diversi e distinti, di valori e di vocazioni, che una cultura di matrice manifatturiera non è riuscita a saldare o, quantomeno, a far convergere in modo efficace. Nelle aziende sanitarie medici e dirigenti sanitari si sentono poco amati, controllati, vincolati alle norme che ne fissano i livelli di subordinazione, limitando, non di rado, la stessa autonomia clinica. Il rispetto ossessivo del feticcio della produttività li ha ridotti a numeri chiamati a produrre altri numeri, esclusi dalla par-

tecipazione ai modelli organizzativi e operativi aziendali, finendo con il perdere autorevolezza professionale senza acquisire potere negoziale nella programmazione delle proprie attività.

Appare necessaria una diversa collocazione dei dirigenti medici e sanitari nella governance delle aziende sanitarie perché la specificità della produzione richiede strumenti appropriati di direzione e di riconoscimento delle criticità e delle opportunità di sviluppo, per garantire qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini.

Il binomio "risorse-riforme", indispensabile per la difesa e rilancio del Servizio Sanitario Nazionale vede risorse insufficienti e riforme dichiarate solo nelle intenzioni. Come illustrato nell'ultimo Rapporto Crea (gennaio 2025) il Ssn ha bisogno di maggiori risorse (secondo il rapporto tra i 20 e i 40 miliardi), ma la cattiva ripartizione di quelle a disposizione crea opacità nella gestione e penalizza la sanità

La proposta Anaao Assomed

territoriale (finanziamento in larga misura a “residuo”, come si evince anche dal continuo crescere delle risorse allocate direttamente agli ospedali). Il finanziamento del sistema stesso è concentrato sulle tasse di meno del 20% della popolazione mentre il restante 80% versa meno del valore dei servizi sanitari che in media riceve dallo Stato. Tra il 2019 e il 2023 i vincoli finanziari sono prevalsi sui fabbisogni reali, scaricando sulle Regioni e sulle Aziende Sanitarie l'onere di coniugare bisogni e risorse insufficienti. Bisogna pertanto rendere il Servizio Sanitario Nazionale capace di riallineare “le promesse” alle risorse disponibili, evitando razionamenti impliciti che sono fonte di ingiustizia, allargando i confini dell'intervento pubblico, occupandosi della “governance” di tutto il sistema sanitario. Oggi l'Italia è il paese più ricco dei paesi più poveri per quanto riguarda la salute e se si vogliono mantenere le promesse fatte con le riforme succedute negli anni sono necessarie scelte precise.

2. IL GOVERNO CLINICO. UN NUOVO MODELLO DI GOVERNANCE

L'idea di governo clinico, (che non è il governo dei clinici!) riconosce la centralità del ruolo delle professioni all'interno delle Aziende Sanitarie e può garantire le finalità etiche, civili e tecnico-professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie, reclutando tutti i professionisti all'obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale.

Il riconoscimento e il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale deve tradursi nell'individuazione di organismi professionali che orientino e supportino il management aziendale nelle scelte tecniche e di procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali e autoritarie. L'idea del governo clinico mantiene le sue buone ragioni anche se ha perso forza, agibilità e concretezza, in una inerzia legislativa che ha indebolito potenzialità e deluso speranze.

Un nuovo modello di governance deve mettere competenze e conoscenze dei professionisti al centro di organizzazioni votate non al puro controllo dei costi, ma a risultati di salute. Si tratta, in sostanza, di prospettare un nuovo modello di organizzazione e gestione delle attività di tutela della salute in cui riconoscere più spazio e più peso ai professionisti dipendenti, alle associazioni dei cittadini e ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute. La complessità del mondo sanitario non può, cioè, essere governata con i soli strumenti della cultura aziendale, anche ove questi venissero utilizzati al meglio, cosa che in verità accade raramente. O riconducendo la complessità delle organizzazioni e della gestione delle attività di cura e assistenza a catene di comando sempre più corte occupate da tecnocratie che operano secondo

procedure top-down.

Occorre assicurare agli organismi collegiali rappresentativi dei dirigenti medici e sanitari un ruolo nei processi decisionali che hanno impatto sulla attività clinica, attraverso l'espressione di pareri anche vincolanti. E rilanciare il modello del Dipartimento come organo indispensabile nei processi gestionali (budget, standard organizzativi del personale, investimento tecnologico, formazione), di governo dei meccanismi di carriera, di valutazione professionale, di monitoraggio e rimedio del disagio lavorativo. Perché non si può accettare di essere gestiti senza alcun potere negoziale nei confronti del management, adattandosi alle necessità aziendali e tirandosi fuori dai codici etici e deontologici. L'aziendalizzazione ha costruito una cascata gerarchica stringente: Presidente di regione, Assessore alla sanità, Direttore generale con i suoi associati Direttore amministrativo e Direttore sanitario. Un processo senza freni che reifica insieme il medico e il malato.

Per invertire la rotta, occorre ripensare l'attuale modello di governance e quindi i rapporti tra contenuto e contenitore.

La novità storica delle donne, maggioranza della forza lavoro del Ssn, rappresenta una spinta ulteriore in tal senso, rendendo urgente una nuova organizzazione del lavoro, capace di conciliarlo con i tempi di vita, senza passi indietro sul terreno dei diritti. È un modello di governance che affermi una visione di genere e un'elaborazione finalizzata anche a modelli di cura attraversati dal pensiero e dall'espressione della differenza, come valore capace di trasformare l'ambiente sanitario. Le donne costituiscono di per sé un elemento rinnovatore nei processi aggregativi. Arrivate negli interstizi del potere maschile reclamano la valorizzazione delle differenze e la aspirazione a tempi di vita dilatati.



La proposta Anaao Assomed di revisione del Dlgs n. 502/1992

Un diverso equilibrio o meglio l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie, quello politico, quello manageriale e quello tecnico professionale, è oggi questione centrale e soprattutto cruciale nel vincere (o perdere) le due sfide più grandi per il nostro sistema sanitario e cioè quella del consenso dei cittadini e quella della sua sostenibilità economica, anche per la salvaguardia dei valori delle professioni di cura cui tocca garantire l'esigibilità dell'articolo 32 della Costituzione. Evitando che medici e personale sanitario diventino il parafulmine della rabbia e della insoddisfazione dei cittadini.

La sostenibilità del Servizio sanitario passa per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti, il cui lavoro reclama un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato.

I piani di azione che si possono individuare per equilibrare in modo più partecipativo e "democratico" la gestione delle aziende sanitarie e ospedaliere sono tre:

1. REGIONALE

- **definire** specifici percorsi e obblighi di informazione preventiva e concertazione su temi quali: programmazione regionale, bilancio e finanziamento alle aziende sanitarie, rapporti con università, formazione e reclutamento, piano sanitario e socio-sanitario regionale etc., attraverso l'elaborazione e la sottoscrizione di un patto di legislatura per la difesa del diritto alla salute e la difesa del SSR.

2. AZIENDALE

- **istituire** la figura del Direttore Clinico (dirigente medico dell'Azienda) nominato dal Collegio di Direzione all'interno della Direzione Generale, con specifiche funzioni di proposta e condivisione di tutti gli

atti amministrativi;

- **recupero** della funzione del Consiglio dei sanitari - già previsto come elettivo - con diritto di informazione preventiva e obbligo di parere su specifici temi, in assenza del quale le delibere perdono efficacia;
- **elezione** del Direttore di Dipartimento, con durata del mandato di 3 anni e limite di due mandati consecutivi, da parte del Comitato di Dipartimento, composto dai titolari di incarico di struttura complessa, semplice e di altissima specializzazione;
- **rafforzamento** del ruolo del Collegio di Direzione chiamato a esprimere parere preventivo vincolante su tutti gli atti di programmazione e di valenza economico-finanziaria dell'azienda e sui piani di fabbisogno del personale, con possibilità di autonoma iniziativa, non vincolante, su atti dell'Azienda.

3. TERRITORIALE

- **prevedere** con legge regionale (o rafforzare dove già prevista) l'istituzione della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) composta dai sindaci del territorio dell'AUSL o AO. Il Presidente della Regione nomina il Direttore Generale, il cui mandato non può durare meno di 5 aa, d'intesa con la CTSS cui spetta l'approvazione dei bilanci annuali e di tutti gli atti di programmazione e organizzativi dell'azienda;
- la CTSS istituisce un tavolo di confronto periodico con rappresentanze sindacali, professionali e sociali del territorio di competenza.

Una "Governance" a "cerchi concentrici" (Azienda - Territorio e CTSS - Regione) introduce forti e vincolanti meccanismi di partecipazione, trasparenza, codecisione, valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e della cittadinanza responsabile.

Le proposte non comportano oneri per la finanza pubblica.

3. RUOLO E SPECIFICITÀ DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA

Uno stato giuridico adeguato ai professionisti

I **dirigenti medici** e sanitari sono gli unici che per la loro attività lavorativa hanno come riferimento una norma della Costituzione dove il diritto alla salute, che è la loro missione, è definito fondamentale. Questo a dimostrazione del ruolo e della specificità della dirigenza medica e sanitaria di cui all'articolo 15 del d.lgs. 502/1992. Oggi, però, lo stato giuridico del dirigente medico e sanitario costituisce un ossimoro peculiare: dipendente, per collocazione all'interno del pubblico impiego, e dirigente, sia per la natura intrinseca di unico interprete dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà nella gestione di risorse economiche e tecnologiche anche ingenti. La responsabilità gestionale è insita in ogni atto per la valenza delle risorse impiegate e ogni scelta clinica rappresenta una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile. Nella morsa della crisi, l'ossimoro disegnato dalla Riforma Bindi mostra tutti i suoi limiti. Oggi i medici si sentono sempre più stretti nel contenitore del pubblico impiego, nel quale non si riconoscono, che tratta allo stesso modo professionisti, cui è demandata la tutela di un bene prezioso, quale la salute, e impiegati dello Stato. Professionisti che per le aziende non sono altro che uno dei tanti fattori produttivi di un modello organizzativo rimasto l'ultima espressione di fordismo.

Un esempio eclatante dell'anomalia è dato dalla contraddizione relativa all'area contrattuale della dirigenza sanitaria. Le linee di indirizzo e gli atti programmatori nazionali in campo sanitario sono assunti dal Ministero della Salute, mentre l'organizzazione dei servizi sanitari e la gestione del personale è definita dalle Regioni e le mo-



La proposta Anaao Assomed di revisione del Dlgs n. 502/1992



dalità di contrattazione dal Ministero della Funzione Pubblica.

La riscrittura del lavoro medico all'interno delle organizzazioni sanitarie passa per una modifica dello stato giuridico. Quello che la grande fuga ci racconta è una forte disaffezione nei confronti del proprio posto di lavoro. Manca uno spirito di appartenenza e una condivisione di valori, complice anche l'incertezza cognitiva sui percorsi strategici, la scarsa trasparenza nella gestione delle risorse, l'irrilevanza cui le categorie professionali sono tenute dalla prosopopea di una certa cultura aziendalista che pensa di potere costruire maxi aziende con mini medici e mini dirigenti sanitari. Senza dimenticare l'invadenza pervasiva della politica che cerca e trova altri cavalli su cui puntare per le proprie sorti elettorali. Esclusa la categoria speciale, che è la morte del sindacato senza nemmeno garantire miglioramenti concreti economici e normativi, accentuare il carattere di "Dirigenza speciale" delineato dall'art. 15 del d.lgs. 502/1992 e ssmi è condizione necessaria ma, forse, non sufficiente.

Il rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria è già disciplinato dalla legislazione "speciale", contenuta nel d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché da una contrattazione specificamente dedicata (Area Sanità). La stessa legge delega Madia 124/2015 all'art. 111 aveva ignorato la dirigenza sanitaria, a conferma della specialità di questi dirigenti. L'anello di collegamento fra il sistema

generale e quello speciale è costituito dall'art. 15, comma 2 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ove si prevede che la "dirigenza medica è disciplinata dal D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni (ndr. ora d.lgs. n. 165 del 2001), salvo quanto previsto dal presente decreto". Appare utile un intervento legislativo che preveda un'inversione della formulazione della norma nel senso di stabilire che la dirigenza sanitaria è disciplinata dalla 502 e, in via residuale e/o sussidiaria, per quanto non previsto, dal d.lgs. 165/2001, al fine di accentuare ed enfatizzare il carattere di specialità della legislazione della dirigenza del ruolo sanitario rispetto alle altre dirigenze del pubblico impiego.

Sarebbe opportuno costruire anche una declinazione interpretativa e attuativa di tale "specialità" in alcuni particolari istituti strategici per la dirigenza sanitaria.

In particolare:

PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO. La dirigenza del ruolo sanitario per le sue peculiarità è una dirigenza di tipo tecnico professionale. Le caratteristiche del ruolo e la sua specificità, disciplinata dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, richiedono che le materie dell'orario di lavoro e dell'organizzazione del lavoro, di cui al comma 2 del decreto legislativo 165/2001, siano negoziabili tra le parti collettive. Tale modifica normativa non comporta alcun onere di spesa a carico della

finanza pubblica.

Pertanto sull'organizzazione del lavoro si potrebbe inserire un livello di contrattazione Regionale; tale intervento andrebbe a ridurre la variabilità di applicazione contrattuale all'interno della stessa regione tra un'Azienda e l'altra; garantirebbe la crescita del livello di competenza sia datoriale che sindacale, mettendo soprattutto a riparo la parte sindacale; consentirebbe nel tempo la costruzione di un monitoraggio di contrattualizzazione aziendale tale da selezionare e diffondere le migliori pratiche.

FLESSIBILITÀ. È necessario accompagnare il cambiamento del mondo del lavoro. Il concetto di "flessibilità" andrebbe applicato in prima ipotesi al sistema di accesso alla dirigenza medica e sanitaria, sistema oggi molto rigido. Aumentare la flessibilità in entrata (attualmente inesistente, solo avvisi e concorsi pubblici) è un'innovazione che va incontro non solo alle attuali attitudini e necessità dei professionisti, ma consente anche di migliorare e rendere più tempestiva e adattabile l'organizzazione del lavoro nel Ssn. Il principio guida della flessibilità va sostenuto anche durante tutta la carriera lavorativa consentendo il passaggio tra rapporti e ruoli diversi.

Per garantire una flessibilità in entrata si rende necessario procedere e intervenire sui seguenti temi:

A. Semplificazioni procedure concorsuali.

Il privato accreditato – che è parte del Ssn – ha su questo punto un inaccettabile vantaggio competitivo. Il decreto legge 14 marzo 2025, n. 25 convertito in legge 9 maggio 2025, n. 69 all'articolo 12 co. 2 muove in questa direzione.

B. Tipologia dei rapporti di lavoro:

- valutare oltre alla dipendenza standard, una sorta di liberalizzazione del part time;
- valutare differenti regimi di impegno orario;
- prevedere maggiore flessibilità per prestazioni aggiuntive e libera professione, anche per specializzandi;
- prevedere il passaggio della contrattazione collettiva al Ministero della salute.

Segue a pagina 16

FATTORE DI RISCHIO ESSERE MEDICO

È arrivato il momento
di riconoscere la professione
medica come usurante

Quando si parla di sanità, il dibattito pubblico affronta spesso nodi evidenti — posti letto, liste d'attesa, finanziamenti — ma raramente si sofferma sul prezzo umano che pagano i medici, sul carico quotidiano — fisico, psicologico, emotivo, di responsabilità — che in modo invisibile lascia segni tangibili sulla salute dei professionisti. Il riconoscimento della professione medica come usurante è un tema di recente discussione a livello europeo. A giugno, alcuni membri del parlamento europeo hanno presentato un'interrogazione parlamentare alla Commissione Europea su questo argomento anche grazie alle evidenze che la Federazione Europea dei Medici Dipendenti — FEMS ha messo nero su bianco in diverse iniziative: il lavoro medico, così come è strutturato nei sistemi sanitari europei, presenta tutte le caratteristiche dell'attività usurante. Purtroppo, ad oggi, in nessun paese dell'UE la professione medica viene riconosciuta come usurante, con una

piccola eccezione della Bulgaria e della Romania ma per i soli medici a contatto con le radiazioni ionizzanti.

È ora che governi, istituzioni e parti sociali si muovano con misure concrete per salvaguardare il capitale umano e professionale che assicura la cura e la salute dei cittadini, volano di crescita ed economia.

In Italia, la recentissima sentenza della Cassazione n. 26923/2025 ha stabilito che nel caso di un medico deceduto per infarto durante un turno di lavoro prolungato, caratterizzato da condizioni altamente stressogene e turnazioni articolate, si sia verificato il nesso causale fra prestazione lavorativa e danno alla salute. Questa disposizione può rappresentare un punto di svolta nel riconoscimento del lavoro medico come usurante, riconoscendo formalmente il potenziale danno strutturale della professione medica in condizioni gravose, aprendo la porta a riconoscimenti più ampi nell'ambito della responsabilità aziendale e della tu-

tela previdenziale.

Nel quadro della normativa italiana, la definizione di "attività usurante" o "lavoro gravoso" richiede che vi sia «un impegno psico-fisico particolarmente intenso e continuativo» e/o una attività lavorativa notturna per un certo numero di notti all'anno.

L'interpretazione restrittiva della norma da parte delle istituzioni, rifacendosi ad un rigido conteggio matematico delle notti, risulta inadeguata ed inattuale nell'inquadramento del rischio e del danno che il lavoro medico ha sulla salute dei suoi operatori. Non è solo il numero delle notti a rendere un lavoro usurante ma la lunghezza dei turni, diurni e notturni, l'articolazione oraria, il prolungato stress emotivo e fisico, l'alterazione del ritmo del sonno, gli squilibri ormonali e il crescente carico di responsabilità che nella cronica cornice di tagli economici e carenza di personale non trova prospettive di miglioramento.

Anche la prospettiva di una crescente



correlate a peggiori esiti di salute mentale.

Questa evidenza rafforza l'idea che l'usura non sia solo fisica ma profondamente psicologica e sistemica.

La FEMS ha appena pubblicato un Policy paper a supporto del riconoscimento della professione medica come usurante proponendo una definizione che va oltre la specializzazione o il settore di attività ma si affida nella sua valutazione su quei fattori che hanno un impatto sulla salute:

“Il lavoro usurante del medico è definito come l'attività professionale la cui organizzazione dell'orario di lavoro – in particolare i turni e il lavoro notturno –, l'intensità e la frequenza del carico di lavoro e/o la responsabilità medica connessa alla professione determinano, in modo continuo o ricorrente, un rischio apprezzabile per la salute fisica e mentale del medico”.

La forza del documento sta nella sua concretezza: non si limita a una diagnosi, ma indica cinque assi di intervento che dovrebbero guidare qualsiasi riforma seria.

1. Riconoscimento formale della professione come ardua

La FEMS chiede che la combinazione di notti, ore prolungate, stress psicologico e responsabilità medica sia riconosciuta come fattore qualificante. Questo dovrebbe tradursi in meccanismi di pensionamento anticipato o in fattori di correzione nel calcolo dell'età pensionabile paragonabili a quelli utilizzati per altre professioni ad alto rischio.

2. Riorganizzare l'orario di lavoro per ridurre stress e rischio

Riduzione delle ore cliniche e dei turni notturni senza tagli salariali, possibilità di lavoro flessibile o part-time, adeguamento dei luoghi di lavoro alle esigenze legate all'età e al genere, maggiori pause e congedi per chi opera in specialità ad elevato stress, e programmi di sorveglianza sanitaria strutturati soprattutto per chi ha più di 55 anni.

3. Garanzie finanziarie e previdenziali lungo tutto il percorso di carriera

Proposte come pensionamento graduale volontario, abbassamento dell'età pensionabile senza penalizzazioni, contributi previdenziali potenziati e piani di welfare/assicurazioni su misura per la professione medica.

digitalizzazione della sanità avrà scarso effetto sulla natura usurante della professione medica perché, come riportato anche dal recente documento della Commissione Europea (Giugno 2025) Study of the Deployment of AI in Healthcare, l'adozione di crescenti tecnologie presenterà effetti positivi principalmente sull'organizzazione dei flussi di lavoro e sui processi amministrativi, non sul lavoro clinico.

A ciò si aggiunge un'ulteriore conferma proveniente dalla WHO Europa: lo studio MeND (Mental Health of Nurses and Doctors survey) ha raccolto oltre 90 000 risposte da 29 Paesi dell'Unione Europea, Islanda e Norvegia. I risultati sono allarmanti:

- **circa** 1 medico su 3 ha riportato sintomi di depressione o ansia.
- **circa** 1 operatore sanitario su 10 ha pensieri suicidari o di autolesionismo.
- **condizioni** di lavoro quali orari irregolari, turni notturni, violenza sul luogo di lavoro sono strettamente

4. Migliorare la soddisfazione professionale e il benessere

Maggiore autonomia professionale, riduzione dei carichi amministrativi, supporto psicologico strutturato per burnout e stress cronico, politiche family-friendly e misure per migliore integrazione vita-lavoro.

5. Progettare ambienti di lavoro che riducano la fatica

Tempo non clinico protetto per ricerca e formazione, una transizione digitale accompagnata da risorse e formazione adeguate (per evitare che la digitalizzazione aumenti la mole di lavoro), e chiarimenti normativi sul ruolo dell'IA che non scarichino responsabilità irragionevoli sui medici.

Per il contesto italiano, le indicazioni della FEMS e gli elementi forniti da WHO/Europa e dalla giurisprudenza nazionale possono tradursi in alcune priorità operative:

- **Inserire** la professione medica nell'elenco delle attività usuranti con criteri specifici e applicabili a ospedale, emergenza territoriale e continuità assistenziale.
- **Semplificare** la certificazione dei requisiti per l'accesso a pensionamenti anticipati e applicare fattori correttivi nell'età contributiva, in linea con quanto richiesto da FEMS.
- **Finanziare** programmi nazionali di sorveglianza sanitaria e supporto psicologico per il personale sanitario, soprattutto in vista dei dati MeND che mostrano l'allarme sulla salute mentale negli operatori.
- **Adottare** incentivi per ridurre i turni notturni (assunzioni mirate, riorganizzazione dei percorsi assistenziali) e introdurre normative che impediscano l'abuso di reperibilità e straordinari non compensati.
- **Rafforzare** i controlli aziendali sulle condizioni di lavoro e predisporre strutture di monitoraggio del benessere del personale, come suggerito dal rapporto MeND: “monitoring and reporting of health-worker well-being”.

Il riconoscimento della usurabilità non è una richiesta corporativa fine a sé stessa: è una questione di sostenibilità del servizio sanitario. I giovani medici sempre meno attratti dal settore pubblico, la fuga verso il privato, il turn-over crescente sono segnali di allarme. Un riconoscimento pratico e sostanziale delle fatiche della professione potrebbe diventare uno strumento per rendere la carriera medica nuovamente sostenibile e attrattiva, per chi la esercita oggi e per chi sceglierà di farlo domani.



ALESSANDRA SPEDICATO
Presidente della
FEMS - European
Federation of
Salaried Doctors



PIERINO DI SILVERIO
Segretario
Nazionale
Anaao Assomed

Anaao Assomed – Als

Borse scuole di specializzazione

IL 17% NON È STATO ASSEGNATO.

Anche per il 2025 il trend negativo:
E per emergenza-urgenza quasi una su due



Inquadra
il QR CODE per
scaricare la tabella
con la suddivisione
regionale
delle scuole

Su 15.283 contratti regionali a bando per il concorso di specializzazione medica, ben 2.569 (17%) non sono stati assegnati, numero destinato ad aumentare vertiginosamente a causa delle centinaia di mancate effettive immatricolazioni. Continua inoltre la tendenza negativa per le cosiddette specializzazioni meno ambite, prima tra tutte la medicina d'emergenza-urgenza (45% dei contratti non assegnati). I risultati delle assegnazioni del concorso di specializzazione 2025 si confermano come un "disastro annunciato".

A fare il quadro della situazione sono Anaao Giovani e Als, che si dichiarano preoccupati e amareggiati per i risultati delle assegnazioni del concorso di quest'anno, già ampiamente previsti e denunciati in anticipo a più riprese.

Analizzando più nel dettaglio le 36 scuole di specializzazione di Medicina di Emergenza il dato è impietoso: su

976 contratti banditi, è stato assegnato solo il 55% degli stessi (537 contratti). E anche scuole fondamentali per la diagnosi e terapia di malattie oncologiche (Anatomia Patologica e Radioterapia) hanno percentuali simili e altrettanto preoccupanti.

"Quest'anno il numero di contratti non assegnati è diminuito" - dichiara il Presidente ALS Massimo Minerva - "e questo è dovuto all'aumento del numero dei candidati. Ci auguriamo che il futuro ci riservi coerenza tra le necessità di specialisti e il numero di candidati. Ma con l'enorme numero attuale di iscritti alla facoltà di Medicina, sarà molto difficile mantenere questo equilibrio".

"Davanti a questi dati incontrovertibili, la domanda che deve essere posta a tutti coloro che si occupano di politica sanitaria è la seguente: 'come risolviamo la cronica e pericolosa carenza di medici in branche come la medicina d'emergenza? - si chiedono Pieri-



no Di Silverio, Segretario Nazionale Anaao Assomed, e Giammaria Liuzzi, Responsabile Nazionale Anaao Giovani -. In quanto realtà associative maggiormente rappresentative dei medici specializzandi, non abbiamo dubbi: l'unica soluzione è riformare la formazione medica post-laurea, archiviando l'impianto formativo attuale e sostituendolo con un contratto di formazione-lavoro istituendo i learning hospital, con specializzandi che così avrebbero diritti e i doveri precisi e chiari calati in un contratto incardinato nel Ccnl con retribuzione e responsabilità crescenti. Una soluzione che "stranamente" non comporta un aumento di spesa perché abolirebbe non il numero chiuso, ma la figura dei gettonisti, costati all'erario pubblico ben 1,7 miliardi di euro dal 2019 al 2023.

Occorre inoltre una profonda revisione dei fabbisogni di medici specialisti maggiormente calata sulle reali ne-



cessità del territorio e degli ospedali, evitando così il proliferare di specializzazioni senza appeal e che producono solo borse perse.

In tal modo si potrebbe migliorare l'efficienza del sistema attuale, ma non si risolverebbe il problema alla radice.”

“Se rivolgessimo la stessa domanda al mondo Universitario-Accademico – proseguono i leader di Anaao Assomed e Als - cosa risponderebbe? Che la formazione italiana è la migliore d'Europa, che i giovani medici pensano solo ai soldi e non alla vocazione, che sono fannulloni e che dovrebbero essere contenti a lavorare per 1300€ netti al mese visto che “ai loro tempi” la specializzazione era gratis? Che occorre aumentare gli ingressi a medicina o peggio ancora andare oltre il numero chiuso? Occorre a nostro avviso, creare in tempi rapidi un tavolo interministeriale con il mondo associativo, sindacale e accademico per rispondere rapidamente a questa domanda e predisporre tutte le opportune azioni legislative per contrastare una carenza di appeal della professione che si sta irrimediabilmente ripercuotendo sulla qualità dell'erogazione del nostro Ssn”.

“

Occorre inoltre una profonda revisione dei fabbisogni di medici specialisti maggiormente calata sulle reali necessità del territorio e degli ospedali

Nella tabella: entità dei contratti a bando e non assegnati nel primo scaglione del concorso di specializzazione d'area medica SSM2025

“Siamo pronti a lavorare insieme per il bene dei giovani medici - concludono i vertici di Anaao Assomed e Als – chiediamo pertanto al Ministro Bernini di sederci ad un tavolo propositivo. Due sono nel frattempo le iniziative fondamentali per gli attuali concorrenti SSM:

- 1) aumentare a 7 gli scaglioni straordinari di scelta prima della presa di servizio;
- 2) istituire una flessibilità di 45 giorni per la presa di servizio dei neo specializzandi.

Un aumento degli scaglioni contribuirà ad aumentare l'entità di contratti assegnati entro la presa di servizio, arrecando un sostanziale beneficio a tutto il Ssn. L'introduzione di una flessibilità di 45 giorni per la presa di servizio per i neo specializzandi appena immatricolati permetterà una dignitosa organizzazione per le migliaia di giovani medici che in pochi giorni sono costretti a cambiare città, anche lontana centinaia di chilometri dalla propria sede.

Noi come sempre restiamo disponibili a lavorare di concerto con le istituzioni perché la salute è un bene prezioso comune e costituzionale”.

Contratti di specializzazione				Contratti di specializzazione			
Scuola di Specializzazione	Banditi	Non Assegnati	%	Scuola di Specializzazione	Banditi	Non Assegnati	%
Microbiologia e virologia	110	88	80%	Neuropsichiatria infantile	242	13	5%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	117	92	79%	Chirurgia Vascolare	124	5	4%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	283	216	76%	Medicina del lavoro	213	8	4%
Radioterapia	141	92	65%	Otorinolaringoiatria	207	7	3%
Statistica sanitaria e Biometria	50	32	64%	Medicina fisica e riabilitativa	387	12	3%
Medicina di comunità e delle cure primarie	136	87	64%	Malattie dell'apparato respiratorio	260	7	3%
Medicina e Cure Palliative	165	101	61%	Psichiatria	577	15	3%
Medicina nucleare	85	49	58%	Ginecologia ed Ostetricia	567	14	2%
Chirurgia Toracica	94	43	46%	Ortopedia e traumatologia	491	10	2%
Medicina d'emergenza urgenza	976	439	45%	Radiodiagnostica	703	9	1%
Nefrologia	345	136	39%	Allergologia ed immunologia clinica	87	1	1%
Chirurgia Generale	662	247	37%	Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	89	1	1%
Malattie Infettive e Tropicali	240	70	29%	Neurologia	357	4	1%
Anatomia patologica	183	49	27%	Neurochirurgia	132	1	1%
Audiologia e foniatria	38	8	21%	Medicina legale	171	1	1%
Ematologia	223	46	21%	Endocrinologia e malattie del metabolismo	227	1	0%
Geriatrica	370	75	20%	Pediatria	860	1	0%
Genetica medica	75	15	20%	Chirurgia maxillo facciale	56	0	0%
Anestesia Rianimazione	1458	284	19%	Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	110	0	0%
Igiene e medicina preventiva	571	110	19%	Reumatologia	117	0	0%
Medicina interna	847	122	14%	Malattie dell'apparato cardiovascolare	652	0	0%
Scienza dell'alimentazione	73	9	12%	Malattie dell'apparato digerente	233	0	0%
Cardiochirurgia	120	8	7%	Medicina termale	8	0	0%
Urologia	276	18	7%	Dermatologia e venereologia	146	0	0%
Chirurgia pediatrica	64	4	6%	Oftalmologia	244	0	0%
Oncologia medica	321	19	6%	TOTALE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE	15283	2569	17%

La **dirigenza sanitaria** rappresenta da sempre il pilastro tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn). È l'area dirigenziale che, attraverso le sue diverse professionalità – biologi, chimici, farmacisti, fisici, psicologi, veterinari, odontoiatri e medici – assicura quotidianamente l'affidabilità dei processi assistenziali, delle procedure tecnico-scientifiche, la qualità dei servizi e l'innovazione all'interno dei presidi sanitari. Eppure, troppo spesso, il ruolo, soprattutto delle categorie non mediche, viene dato per scontato, sottovalutato e sacrificato su scelte politiche e gestionali che privilegiano logiche di risparmio o di semplice organizzazione burocratica.

Oggi, a più di trent'anni dall'entrata in vigore della legge 502/1992, ci troviamo di fronte ad una sfida cruciale: aggiornare il quadro normativo per valorizzare pienamente la professionalità e la responsabilità della dirigenza sanitaria, oppure rischiare di continuare a depotenziarla, compromettendo non solo le condizioni di lavoro dei professionisti, ma anche la qualità e la tenuta stessa del Ssn.

Quando la legge 502 fu approvata, ed in essa fu prevista per la prima volta la dirigenza sanitaria quale categoria "speciale", il Ssn operava in uno scenario molto diverso da quello attuale. Eravamo nei primi anni Novanta, in una fase di transizione in cui il Ssn cercava di coniugare l'universalismo della riforma del 1978 con le esigenze di contenimento della spesa e di maggiore efficienza gestionale. Le Aziende sanitarie vennero strutturate secondo un modello "aziendalistico", mutuato dal settore privato, con l'obiettivo di introdurre criteri di economicità e responsabilizzazione dei dirigenti. Quel contesto, però, è ormai lontano.

Oggi il Ssn si confronta con una real-

Fermare la discriminazione al ribasso

Dirigenza sanitaria tra riforme e responsabilità



MARINA TARSITANO
Responsabile regionale Dirigenza sanitaria Anaao Assomed Campania

tà radicalmente diversa: l'invecchiamento della popolazione produce un fabbisogno crescente di cure continuative e di lungo periodo; le patologie croniche assorbono la quota prevalente della domanda sanitaria; le nuove fragilità sociali – legate a disuguaglianze economiche, precarietà, migrazioni – impongono modelli assistenziali più inclusivi e complessi. Parallelamente, l'innovazione tecnologica e la rivoluzione digitale portano opportunità straordinarie, ma aprono anche nuove sfide etiche, cliniche e organizzative, che richiedono competenze avanzate e capacità di governo. A ciò si è aggiunto l'impatto della pandemia da Covid-19, che ha segnato uno spartiacque. Da un lato, ha dimostrato la resilienza del sistema e la straordinaria dedizione di chi vi lavora; dall'altro, ha fatto emergere con chiarezza i limiti strutturali: carenza cronica di personale, disomogeneità territoriali, rigidità organizzative, eccessiva burocratizzazione.

La gestione dell'emergenza ha mostrato quanto sia decisivo il ruolo dei dirigenti sanitari, chiamati a garantire la qualità e la sicurezza dei processi diagnostici, terapeutici e organizzativi, a presidiare l'affidabilità delle tecnologie e dei farmaci, a fornire supporto psicologico e scientifico, assicurando così la continuità dei servizi in un contesto di pressione senza precedenti.

È in questa cornice che si inserisce il tema delle modifiche alla legge 502. Norme concepite oltre trent'anni fa, in un contesto completamente diverso, rischiano oggi di essere anacronistiche e inadeguate rispetto alle esigenze reali della sanità contemporanea. La rigidità dei meccanismi di carriera, la mancanza di strumenti di flessibilità nell'accesso e nello sviluppo professionale, la separazione netta tra livelli di responsabilità, l'assenza di un vero riconoscimento contrattuale del ruolo organizzativo del dirigente sanitario, rappresentano oggi vincoli che

“

La revisione della legge 502/1992 rappresenta un'opportunità storica: valorizzare la dirigenza sanitaria, riconoscere "specialità", responsabilità e competenze, rafforzare il Ssn in un momento di grande complessità. Categorie fondamentali e non più sacrificabili

indeboliscono il sistema invece di rafforzarlo. Se il legislatore intende davvero aggiornare la 502, a partire dalla specialità della dirigenza sanitaria che pure l'art. 15 riconobbe, deve farlo tenendo conto di questo mutato scenario: non con interventi parziali o burocratici, ma con una visione che riconosca e valorizzi ulteriormente la specificità della dirigenza sanitaria, valorizzi le competenze professionali e garantisca strumenti di governo adeguati ad un sistema complesso, in continua evoluzione e sottoposto a pressioni crescenti.

L'Anaao è l'unico sindacato che non si lascia ingannare da slogan o riforme di facciata: ogni revisione della legge 502 deve partire da una verità semplice ma troppo spesso ignorata. Senza una dirigenza sanitaria valorizzata, il Ssn diventa più fragile, meno efficiente, incapace di garantire qualità e pronta risposta nelle emergenze. Le criticità che oggi pesano sulla dirigenza sanitaria non sono mere questioni amministrative: sono nodi strutturali che rischiano di compromettere la stessa tenuta del Ssn.

La legge 502/1992, pur avendo delineato un quadro per riconoscere la specificità tecnico-professionale della dirigenza, non ha saputo accompagnare l'evoluzione del ruolo con ade-

guati strumenti di valorizzazione economica ed organizzativa. Le responsabilità dei dirigenti sanitari sono cresciute in maniera esponenziale. Eppure, il sistema retributivo resta fermo, frammentato e incapace di riflettere la complessità del lavoro quotidiano. L'indennità di specificità, prevista per valorizzare le competenze dei dirigenti sanitari, rimane oggi inadeguata e scarsamente remunerativa, alimentando la percezione di essere considerati su un piano inferiore rispetto ad altre figure del sistema sanitario, con il rischio di demotivare anche i professionisti più preparati.

La carriera della dirigenza sanitaria appare troppo spesso un percorso accidentato, privo di regole chiare e di percorsi meritocratici. Chi dimostra competenza e capacità si trova frenato da vincoli rigidi, mentre il sistema perde l'opportunità di trattenere e valorizzare professionalità preziose. Non si tratta solo di tutela individuale: è la qualità stessa del Ssn a essere in gioco, la sua capacità di innovare, rispondere alle emergenze e garantire continuità delle cure.

A questo si aggiunge il peso della burocrazia. Nonostante la legge 502 riconosca autonomia e responsabilità ai dirigenti sanitari, nella pratica quotidiana le decisioni tecnico-organizzative e gestionali sono spesso vincolate da procedure e logiche amministrative che soffocano l'iniziativa e rallentano i processi. In un sistema che ha bisogno di prontezza e adattabilità, questa rigidità rischia di tradursi in ritardi, inefficienze e compromissione della qualità dei servizi.

La governance strategica, poi, resta sbilanciata. Nei tavoli decisionali dove si definiscono risorse, obiettivi e organizzazione dei servizi, la voce della dirigenza sanitaria è spesso marginalizzata. Chi si assume la responsabilità quotidiana di garantire **affidabilità, qualità e innovazione** nei percorsi assistenziali si ritrova poco ascoltato nelle scelte che determinano il suo operato. Questo squilibrio mina la capacità del sistema di funzionare al meglio. L'Anaao, come unico sindacato che propone riforme concrete e strutturali, ritiene indispensabile affrontare le criticità che gravano sulla dirigenza sanitaria con interventi chiari e senza ambiguità, capaci di valorizzare pie-

“

Nonostante la legge 502 riconosca autonomia e responsabilità ai dirigenti sanitari, nella pratica quotidiana le decisioni tecnico-organizzative e gestionali sono spesso vincolate da procedure e logiche amministrative che soffocano l'iniziativa e rallentano i processi

namente il ruolo dei professionisti, biologi, chimici, farmacisti, fisici, psicologi, insieme a medici e veterinari. È necessario costruire percorsi di carriera integrati, in grado di coniugare dimensione tecnico-professionale e manageriale, riconoscendo il merito e le competenze acquisite, perché solo così si potrà motivare la dirigenza e garantire continuità e qualità dei servizi. Parallelamente, occorre una rivalutazione delle indennità di specificità: gli strumenti economici devono essere coerenti con le responsabilità effettivamente svolte, evitando valutazioni puramente formali o punitive che finiscono per demotivare chi quotidianamente assicura il corretto funzionamento dei processi tecnico-scientifici. La definizione di obiettivi realistici e condivisi diventa a questo punto essenziale: la performance non può essere strumento di pressione, ma mezzo per riconoscere impegno, risultati e professionalità. Infine, l'Anaao sottolinea l'urgenza di un coinvolgimento reale dei sindacati nei tavoli decisionali, perché trasparenza, partecipazione e condivisione sono prerequisiti per riforme efficaci, capaci di rafforzare la categoria e, con essa, l'intero sistema sanitario.

La sfida, in definitiva, non è solo normativa o contrattuale: è una sfida di visione politica e culturale. Riusciremo a costruire un Servizio Sanitario che, pur rimanendo fedele ai suoi principi fondativi di universalità ed equità, sappia innovarsi mettendo davvero al centro le persone, i cittadini ed i professionisti che ne garantiscono la vitalità?

La revisione della legge 502/1992 rappresenta dunque un'opportunità storica: valorizzare la dirigenza sanitaria, riconoscere "specialità", responsabilità e competenze, rafforzare il Ssn in un momento di grande complessità. Categorie fondamentali e non più sacrificabili!!!! È tempo che il sistema riconosca chi lo sostiene ogni giorno con dedizione, professionalità e impegno. La posta in gioco non è solo sindacale ma di interesse pubblico: perché dal riconoscimento e dalla valorizzazione della dirigenza sanitaria dipende la tenuta stessa del Ssn e, con essa, il diritto alla salute dei cittadini.

Nella sanità privata dimenticati 6.000 medici

LOMBARDIA



FABIO FLORIANELLO
Responsabile Sanità Privata Accreditata Anaao Assomed

Il voto unanime del Consiglio Regionale della Lombardia alla mozione n. 388, che impegna la Giunta Regionale a “favorire il confronto tra le rappresentanze sindacali e datoriali atti allo sblocco del rinnovo CCNL Sanità Privata AIOP/ARIS”, non può che alimentare la speranza in un ravvedimento della componente privata del Servizio Sanitario Nazionale, fino a ieri decisa a resistere a ogni istanza di apertura a qualsivoglia rinnovo contrattuale. È una bella notizia che la parte datoriale plauda oggi a che sia finalmente “riconosciuta e garantita la

pari dignità professionale ed economica tutto il Personale delle strutture pubbliche e private accreditate”.

Purtroppo in questo riconoscimento, peraltro tardivo, di “segnale forte e concreto verso chi ogni giorno si prende cura dei pazienti lombardi, e non solo, con dedizione e passione” ci si è dimenticati completamente della componente che, nella cura dei pazienti, ha la responsabilità fondamentale, vale a dire dei Medici che da vent’anni attendono il rinnovo contrattuale.

Sono circa 6.000 i Medici lombardi in attesa di acquisire, parimenti a tutto il Personale della sanità privata,

quella “pari dignità economica e professionale indipendentemente dalla natura giuridica del datore di lavoro”. Ed è singolare che la mozione approvata all’unanimità dal Consiglio Regionale lombardo non faccia menzione, del tutto inspiegabilmente, dei Medici quasi non facessero parte della sanità accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale.

Come Anaao Assomed, la più rappresentativa organizzazione dei Medici e dei Sanitari, lamentiamo una esclusione che lascia i Medici in una perdurante situazione di disagio e frustrazione non più sopportabili, oltre a chiedere le motivazioni di una esclusione tanto incomprensibile quanto irragionevole.

Rivolgiamo dunque una **richiesta forte** al Consiglio Regionale lombardo e alla componente datoriale della sanità privata accreditata affinché pongano fine ad una situazione divenuta sempre più grave per i Medici quotidianamente impegnati nel dare risposta alle richieste dei pazienti. Oltre a garantire efficacia ed efficienza ad ogni prestazione erogata nell’ambito delle strutture private in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Audizione in Parlamento sulla Manovra economica 2026

Segue da pagina 3

un impegno di spesa) e non a partire dal 1° gennaio 2026.

È evidente che sia necessario separare l’incremento previsto dalle manovre dal rinnovo del contratto, prevedendo un meccanismo legislativo tale da garantire l’incremento dell’indennità di specificità medica veterinaria e sanitaria a decorrere dal 1° gennaio 2026. È pertanto necessario emendare tale articolato. Sulla dirigenza sanitaria non medica, l’Anaao Assomed stigmatizza l’oggettiva iniquità e la connessa evidente improponibilità delle previsioni in materia di trattamento di indennità contrattualmente previste per il personale del Ssn. Risulta al riguardo assolutamente necessario rivedere le forti e immotivate differenze economiche previste nell’articolo citato tra categorie facenti parte dello stesso alveo contrattuale della dirigenza sanitaria e conseguentemente gli incrementi inadeguati dell’indennità di specificità sanitarie previste per le categorie di biologi, chimici, farmacisti, fisici, psicologi del Ssn. I valori previsti dall’art.69, comma 3 del Ddl sono assolutamente inadeguati rispetto a quelli previsti per i dirigenti medici e per gli infermieri.

È appena il caso di rappresentare al riguardo che le categorie della dirigenza sanitaria accedono ai concorsi per il Ssn con una scolarità, tra laurea e specializzazione, di nove anni, a fronte dei tre anni del personale sanitario del comparto ed assumono ruoli e funzioni dirigenziali in diverse discipline sanitarie di elevata valenza assistenziale. Una sperequazione quindi assolutamente inaccettabile per le gravi conseguenze che ne derivano anche a livello contrattuale. Al riguardo si rende necessarie risorse aggiuntive.

Nello stesso articolo 69 dove si prevedono per le prestazioni aggiuntive medici e personale sanitario del comparto, inopinatamente viene esclusa la dirigenza sanitaria, con ciò di fatto confermando l’errore già effettuato con la Legge n.213/23. Lo scenario ulteriormente complesso riguarda anche l’avvio del pagamento delle scuole di specializzazione dei sanitari non medici, previsto dalla finanziaria 2025 e ancora non attivato con il conseguente blocco della formazione specialistica e la mancata attivazione dei po-

sti calcolati nei fabbisogni predisposti dal ministero e approvati dalle Regioni. I danni di questo blocco sono molto gravi nella prospettiva di assunzione del personale delle categorie sanitarie. Peraltro, l’incremento previsto nel Decreto Economia (DL 156/2025) approvato alla Camera in questi giorni (si prevede un incremento dell’autorizzazione di spesa per borse studio specializzandi non medici, pari a 2.026.830 euro a decorrere dall’anno 2025, a partire dall’anno accademico 2024/2025; il fondo sanitario corrente, a partire dall’anno 2025, è incrementato di un importo pari a 30 milioni di euro per tali finalità), appare assolutamente irrisorio.

Concludendo. La dirigenza medica e sanitaria ha bisogno di risorse affinché il lavoro ritorni al centro della scena, con il suo valore, anche economico, per costruire una condizione umana e professionale più piena eliminando fattori rischiosi per la stessa tenuta del Ssn, quali demotivazione, migrazione, burn out e fughe.

Ma anche di riforme per andare incontro alle mutate esigenze dei professionisti e della stessa comunità ed operare, seguendo la esortazione del Capo dello Stato, “*Per il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, presidio insostituibile di unità del Paese*”.

Pur riconoscendo gli sforzi compiuti per la modernizzazione del Ssn, il cambiamento non può ritenersi compiuto, perché la sostenibilità del sistema — economica, organizzativa e sociale — dipenderà dalla capacità di colmare i divari territoriali, di investire sul capitale umano e completare le riforme del Pnrr con una governance più efficace.

Una manovra di bilancio frammentata in “micromisure”, priva di un piano strutturale di rilancio del finanziamento pubblico e di riforme per la sua organizzazione non può garantire una visione strategica per la salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale.

L’Anaao Assomed continuerà ad avanzare proposte, politiche e legislative, per rispondere ad un cambiamento necessario.

Oltre il burnout. La lesione morale che schiaccia i medici

La testimonianza del dott. Massimo Geraci,
direttore dell'Unità di Medicina d'Urgenza
dell'Arnas Civico di Palermo

“C'è una sofferenza che non si vede, ma che logora, ogni giorno, chi dovrebbe curare. Non si tratta di burnout, ma di lesione morale, un peso che schiaccia soprattutto noi medici dell'emergenza-urgenza, dove la pressione è continua e le risorse non bastano mai. Non è esaurimento, né trauma. È qualcosa di più sottile e persistente. È la frustrazione di sapere cosa sarebbe giusto fare per un paziente, ma non poterlo fare. Non per mancanza di volontà, ma per carenza di strumenti. Quando un ricovero urgente non può essere garantito per assenza di posti letto, il bisogno resta reale, ma la risposta non arriva. Ogni volta che succede, qualcosa dentro si incrina. È una ferita che si riapre quando la coscienza del medico viene subordinata alla burocrazia, quando ci si chiede di accettare l'inevitabile come fosse normale. È lì che nasce la vera lesione morale: nella frattura tra ciò che dovremmo fare e ciò che possiamo fare. Schiacciati in quella che ormai è diventata una camera di compressione di tutte le criticità, del Sistema così come dell'ospedale stesso, i professionisti dell'emergenza-urgenza si trovano a dover dare risposte a ogni tipo di domanda di salute che si riversa nel luogo di cura più facilmente accessibile. Questo sovraccarico continuo crea i presupposti per la perdita della spinta motivazionale.

Accade che un paziente attenda ore per un trasferimento, che i familiari chiedano legittimamente spiegazioni, e che noi non sappiamo cosa rispondere. Non per negligenza, ma per limiti strutturali. Il medico si ritrova a gesti-

re la frustrazione del cittadino e, insieme, a sopportarne il peso morale. Perché il sistema non ti consente di agire secondo coscienza. Questa frustrazione reciproca, non affrontata, può degenerare in aggressività. Giorno dopo giorno si alimenta un clima di delusione condivisa: il cittadino si sente abbandonato, il medico inadeguato. E quando la fiducia si spezza, nasce la violenza. Non per cattiveria, ma per rottura del patto di cura.

L'emergenza, oggi, non è solo clinica. È anche relazionale, sociale, sistemica. Se separo un paziente dal familiare, si crea un cortocircuito affettivo e comunicativo. Chi lavora in prima linea non può occuparsi anche di ansie come sapere se il padre ha mangiato o se il telefono è carico. Sono bisogni legittimi, ma non sanitari, e dovrebbero essere gestiti da personale adeguatamente formato. Se il pronto soccorso non è più soltanto un luogo di diagnosi e cura, ma un ambiente di presa in carico globale del paziente, con tutte le sue fragilità, allora bisogna esserne conseguenti anche nella programmazione delle risorse.

Non servono poliziotti negli ospedali o corsi di autodifesa. Servono figure non sanitarie dedicate alle attività di front desk e interfaccia, capaci di ascoltare, contenere e disinnescare i conflitti prima che esplodano. E servono psicologi stabili nel pronto soccorso, a supporto non solo dei pazienti ma anche del personale sanitario, per affrontare trauma, frustrazione etica e rischio di lesione morale.

La lesione morale non si cura con vacanze o con pratiche di consapevolezza-



“Chi lavora in emergenza-urgenza non lo fa per prestigio o denaro, ma per vocazione. Una vocazione profonda, radicata in un senso di responsabilità verso l'altro, che però si sgretola ogni volta che diventa impossibile dare risposte adeguate

za, ma con azioni concrete. Senza far finta che tutto vada bene con una vera e propria manipolazione istituzionale, che acuisce il divario tra realtà vissuta e narrazione ufficiale. Occorre supportare davvero gli operatori nella gestione delle difficoltà quotidiane, anche attraverso percorsi formativi specifici nell'ambito dell'educazione continua in medicina. È necessario integrare nei curricula universitari programmi che allenino i fattori protettivi nei futuri professionisti, così come educare i cittadini, fin dalla scuola, a comportamenti sostenibili e aspettative realistiche nei confronti del sistema sanitario pubblico.

Chi lavora in emergenza-urgenza non lo fa per prestigio o denaro, ma per vocazione. Una vocazione profonda, radicata in un senso di responsabilità verso l'altro, che però si sgretola ogni volta che diventa impossibile dare risposte adeguate. Il pronto soccorso non è un campo di battaglia. È, o dovrebbe essere, un luogo in cui la dignità del medico e quella del paziente possano incontrarsi e riconoscersi. Ma questo incontro richiede condizioni minime di umanità. Contrastare la lesione morale significa restituire strumenti, tempo e alleanze umane a chi lavora in prima linea. Solo così possiamo salvare non solo i corpi, ma anche le coscienze”.



La proposta Anaao Assomed di revisione del Dlgs n. 502/1992

Segue da pagina 7

CARRIERA. Il lavoro del dirigente medico e sanitario è un lavoro professionalizzante, svolto all'interno di un ambiente competitivo e selettivo. Peraltro la dirigenza medica e sanitaria è sottoposta a continue valutazioni (su capacità professionali, gestionali, sul raggiungimento degli obiettivi, sul budget, sul livello di autonomia raggiunto). Si potrebbe ipotizzare sulla carriera una sorta di "ascensore semiautomatico", non sostitutivo degli incarichi, sulla scorta di quanto accade in magistratura, per valorizzare il concetto che il lavoro svolto è un lavoro professionalizzante: si cresce di livello in quanto crescono autonomia e responsabilità acquisite. Si potrebbe partire da un "entry level" cui far seguire una serie di gradini successivi ai quali attribuire un valore economico e una declaratoria di gradi di autonomia e responsabilità cui si accede a seguito della valutazione annuale già esistente per il raggiungimento degli obiettivi di risultato e in assenza di procedimenti disciplinari.

ARCHITETTURA E SVILUPPO DELLA CARRIERA E DELLE RETRIBUZIONI. Per favorire una più rapida crescita professionale dei medici e sanitari neoassunti, anche nell'ottica di rendere più "appetibile" l'ingresso dei giovani specialisti nel Ssn, occorre eliminare il vincolo di anzianità quinquennale con riferimento agli incarichi di tipo professionale, lasciando invece immutato il requisito di esperienza richiesto per lo svolgimento di funzioni di natura gestionale.

LIBERA PROFESSIONE. L'esclusività di rapporto è stata intesa, fin dal momento fondativo, come investimento e sforzo di fidelizzazione del professionista al servizio sanitario pubblico e chi vi opera come elemento di valore decisivo, in un "patto di fedeltà reciproca". Questo equilibrio garantiva il contemperamento di due legittimi interessi/diritti: l'esercizio del diritto del professionista di esercitare l'attività in modo liberale e il diritto del paziente di scegliere il professionista, rafforzando e conservando il rapporto fiduciario medico-pa-

ziente. La soluzione adottata della cosiddetta intramoenia allargata consentiva il rispetto di tale equilibrio anche laddove mancassero spazi interni separati e distinti.

Nell'intento di adattarsi al cambiamento dei tempi, si può prevedere un ritorno a patto fondativo del rapporto esclusivo con attività libero professionale svolta anche in intramoenia allargata, rendendo più "flessibile" e realistico l'esercizio della libera professione attraverso convenzioni tra ambulatori privati e Azienda per l'utilizzo di un determinato professionista per renderla parte della soluzione e non del problema delle liste di attesa.

funzionamento del consiglio, fermo restando che – oltre ai componenti di diritto – non sono previste nomine dirette, presenti in alcune leggi regionali.

In secondo luogo andrebbe rivisitata la disciplina inerente ai rapporti tra Servizio sanitario nazionale e Università, nonché quella sui protocolli d'intesa tra le regioni, le Università e le strutture del Ssn, dettagliati nella 517. Per quanto riguarda la 502/1992, le modifiche proposte sono limitate agli articoli 6 e 6-bis, con l'abolizione di quest'ultimo perché superato da norme successive.

In riferimento agli articoli 15 e seguenti del d.lgs. 502/1992, va specificato che al pari dei dirigenti medici e sanitari anche il personale universitario di cui all'articolo 5, comma 1 del d.lgs. 502/1992 (ovvero i professori e ricercatori universitari che svolgono attività assistenziale presso le aziende ospedaliere universitarie e i policlinici universitari), devono essere sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato. Gli incarichi disciplinati all'articolo 15-ter cessano in caso di cessazione del rapporto di lavoro con l'azienda.

Parimenti per allineare le modifiche all'articolo 17 della 502/1992 anche al personale universitario, si rende necessario abrogare l'articolo 4, commi 4 e 5. Infatti si può facilmente sostenere che il Collegio di Direzione delle Aziende miste, una volta variato nella sua composizione, riassume anche le funzioni ipotizzate dall'organo di indirizzo di cui all'articolo 4, comma 4. Per cui il Collegio di Direzione nelle aziende ospedaliere universitarie deve avere anche il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'azienda con la programmazione didattica e scientifica delle università e di verificare la corretta attuazione della programmazione. Va comunque eliminata l'intesa tra Regione e Rettore per la nomina del DG cui spetta la nomina dei responsabili di Uoc previa selezione concorsuale.

4. SSN E UNIVERSITÀ

Una riforma del decreto legislativo 502/1992 non può prescindere da una rivalutazione e coordinamento "speculare" con il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Ssn ed Università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419", almeno per mettere un freno ai dilaganti processi di clinicizzazione, intesa come l'attribuzione a un docente universitario della direzione di una struttura complessa o semplice ospedaliera in base ad atti convenzionali e/o al di fuori delle procedure concorsuali previste per il personale Ssn.

La modifica all'articolo 3 del d.lgs. 502/1992 sul Consiglio dei Sanitari, non può prescindere dalla pari modifica per lo stesso Organo nelle Aziende Miste. Al comma 12 andrebbe pertanto specificato che nella composizione del Consiglio dei sanitari nelle aziende ospedaliere-universitarie e nei policlinici deve essere garantita la presenza dei dirigenti medici e sanitari del sistema sanitario nazionale e dell'università, in numero proporzionale alla consistenza numerica della dotazione organica degli appartenenti ai rispettivi ruoli. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione e il

CAMPAGNA ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED 2025



**ANAAO
È MIGLIAIA
DI CAMICI.
INCLUSO
IL TUO.**

Lavoriamo ogni giorno
per sostenere la sanità pubblica,
e tutelare dirigenti medici e
sanitari, specializzandi e studenti.

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

**PIÙ FORZA.
PIÙ VOCE.
PIÙ FUTURO.**



CAMPAGNA ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED 2025

POLIZZA RC COLPA GRAVE

Valida per tutti i
Dirigenti Medici,
Dirigenti sanitari
e assunti con
Decreto Calabria

GRATIS PER
I NUOVI ISCRITTI

ASSILEGAL

Network di
assistenza legale
per la malpractice
medica

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

POLIZZA TUTELA LEGALE

Scegli il legale per
difenderti in ambito
penale, civile
e contrattuale

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

UFFICIO LEGALE

Esperti qualificati
per risolvere le
controversie legali
o contrattuali

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

AGGRESSIONI

Polizza AmTrust
per difendersi
dalle aggressioni

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

CYBER- SECURITY

Per proteggere
i dati personali
dagli attacchi
informatici

TARIFE PROMO
PER GLI ISCRITTI

ECM/FAD

Con la Fondazione
Pietro Paci un
provider di qualità
per la formazione

GRATIS PER
GLI ISCRITTI

TUTTI I SERVIZI RISERVATI AGLI ISCRITTI



SPECIALIZZANDI E NEOLAUREATI

Polizze
Responsabilità
Civile Professionale
e Tutela Legale

TARIFE PROMO
PER GLI ISCRITTI



**ANAAO È MIGLIAIA DI CAMICI.
INCLUSO IL TUO.**

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

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



**PIÙ FORZA.
PIÙ VOCE.
PIÙ FUTURO.**

