

d!

d!rigenza medica

- 1 **Editoriale**
La rivoluzione silenziosa
dei professionisti della sanità
- 2 **Direzione nazionale**
Serve una profonda
riprogrammazione strategica
- 8 **Studio Anaao Assomed
Lombardia**
Il benessere organizzativo
e la percezione del
cambiamento
- 12 **Dirigenza sanitaria**
I risultati
della Survey

Il mensile dell'Anaao Assomed



**ENTRO
IL 2032**

60.000

Camici bianchi in cerca di lavoro

Le stime dello Studio Anaao Assomed

SCOPRI TUTTI I
SERVIZI RISERVATI
AGLI ISCRITTI



Iscrizioni
Anaao
Assomed

Io scelgo
L'ANAAO

Per difendere
la sanità pubblica.
Per tutelare
il mio lavoro.

Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

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 marzo 2025

La rivoluzione silenziosa dei professionisti della sanità

Quando parliamo di 'rivoluzione', pensiamo, probabilmente, a quella francese e a quella russa, fino ai moti nell'Italia del 1800. Un termine simbolo, per secoli, di profondi cambiamenti e di conflitti, non necessariamente violenti o cruenti, che hanno lasciato il segno. Con il passare del tempo, e dei tempi, sembra, però che molta di quella spinta rivoluzionaria si sia gradualmente assopita, lasciando il posto a una mesta rassegnazione, un apparente stato di quiete, anche culturale, anche di fronte a un totale disgregamento di quei diritti, sociali e civili, ottenuti proprio attraverso le rivoluzioni.

A ben riflettere, col tempo è mutato, anche il concetto di conflitto, un tempo fonte di disagi, caos, contrasti, opposizioni, oggi solo di fastidio, un'alzata di spalle senza nemmeno una riflessione, sia nei cittadini che nelle istituzioni. Basti guardare la partecipazione alle sparute manifestazioni in difesa di diritti e di principi, anche di rango costituzionale.

Anche nell'ambito sanitario, da sempre considerato quasi sacro nel nostro Paese, si è creata una graduale, pericolosa e disarmante assuefazione.

Se solo 30 anni fa avessimo ipotizzato l'avvento delle polizze assicurative o un difficile accesso alle cure gratuite, politici, cittadini e professionisti sarebbero, probabilmente, insorti alla 'vecchia maniera'. Oggi no. Almeno in Italia.

La rassegnazione tra i cittadini regna sovrana in uno Stato in cui il diritto alla salute viene messo in discussione e negato ormai da 15 anni, quasi senza far rumore. L'unico rumore di fondo è quello delle opposizioni che prendono a cuore (fino a quando non vanno a governare) lo slogan "Salviamo il Ssn", insieme a qualche sindacato e/o associazione di professionisti che provano a fermare la deriva non avendo la forza di invertire la rotta.

E alla fine c'è anche l'autoassoluzione perchè in fondo i cittadini riescono a ricevere comunque le cure e i professionisti non sono poi così in difficoltà. E si rinuncia a osservare più a fondo il nostro stato sociale, in cui istruzione e sanità non sono più da tempo in cima all'agenda della politica.

E i cittadini si adeguano, disertando le urne in numero crescente, di elezione in elezione. Sono 17 milioni i cittadini italiani che hanno scelto la rivoluzione silenziosa del non voto nel 2022, per manifestare il profondo dissenso verso la politica e le pseudosoluzioni che propone.

I professionisti sanitari, soprattutto i medici, si comportano allo stesso modo utilizzando l'arma delle dimissioni dal Ssn. Da qualche anno è partita la rivoluzione silenziosa della grande fuga che non richiede l'intervento di corpi intermedi, non si rivolge alle rappresentanze e nemmeno le riconosce.

Secondo i dati Onaosi, infatti, sono circa 4mila i medici che ogni anno decidono di lasciare il sistema di cure pubbliche in età non pensionabile. I motivi sono diversi, sostanzialmente riconducibili alle condizioni di lavoro che di fatto rendono sempre più difficile erogare le cure.



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anao Assomed

Segue a pagina 16

Il documento finale

Serve una profonda riprogrammazione strategica delle politiche sanitarie che investa sul lavoro professionale

La Direzione Nazionale dell'Anaa Assomed riunita a Milano il 20 marzo 2025 approva la relazione del Segretario Nazionale ed esprime la massima preoccupazione per lo stato di salute del "paziente" Servizio Sanitario Nazionale, per le evidenti erosioni strutturali in termini di accessibilità, equità e qualità, che coinvolgono pezzi importanti della vita professionale dei medici e dei dirigenti sanitari. A partire dal **furto della professione** in atto tra scippo di competenze e decapitalizzazione conseguente a una programmata inflazione medica che triplica il numero degli iscritti alla facoltà di medicina in soli sei anni.

Il combinato disposto dei vincoli di finanza pubblica, accentuati nei tempi di economia di guerra cui ci stiamo avviando, e delle scelte di politica allocativa, rilancerà con forza il tema della sostenibilità del Ssn, del modello multipilastri, dell'universalismo selettivo.

La rottura del circolo virtuoso tra welfare e crescita sollecita una riflessione sul destino della sanità pubblica alle prese con la scarsità di risorse e l'esplosione di privato accreditato e no.

Il fattore principale dell'attuale crisi è costituito dal **definanziamento** che si traduce in **carenza di risorse umane**, frutto non solo di decennale assenza di programmazione dei fabbisogni ma anche della sottrazione di valore a quel capitale umano il cui lavoro è valore fondante del Ssn. Il lavoro ospedaliero non è più appetibile di fronte alle sirene del privato, del lavoro a cottimo e di quello in convenzione che non conosce l'orario disagiato dei turni notturni e festivi. Le **liste di attesa**, che sono negazione del diritto alla salute, sono figlie di questa ca-

renza, evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai "medici a gettone" e ai medici pensionati, fino alla chiusura di servizi sanitari. Ma anche dell'aumento della domanda conseguente all'invecchiamento della popolazione, oggi al secondo posto al mondo dopo il Giappone. Nel 2008 gli over 65 assorbivano il 46% del fondo Ssn, nel 2023 il 52%.

La Direzione Nazionale ritiene che la legge di **rimessa dell'accesso alla facoltà di medicina** non risolva alcun problema e altri ne crei. Dietro la facciata di un cambiamento puramente nominale si nasconde la creazione di una pleora medica che rappresenta un attacco al valore della professione oltre che uno spreco di soldi ed energie. Ciò che serve è una riforma strutturale del sistema di formazione post laurea, che trasformi l'imbutto formativo in cilindro e gli studenti in formazione in lavoratori con tutele e diritti contrattualmente definiti.

La Direzione Nazionale chiede con forza l'**apertura della stagione contrattuale** per il rinnovo di un Ccnl scomparso da troppo tempo dagli orizzonti politici, per il recupero di risorse economiche già stanziate, come quelle in favore del PS, e la definizione di principi e norme in grado di migliorare l'organizzazione del lavoro e lo sviluppo di carriera. Il quando dei rinnovi contrattuali rappresenta ormai un valore importante come il quanto e il come.

La Direzione nazionale esprime soddisfazione per l'**aumento degli iscritti all'Associazione** e per il **successo della campagna di reclutamento** e delle iniziative di formazione giovanile e femminile, strumenti necessari per rinforzare il ruolo del sindacato, il suo potere di interlocuzione politica

e la sua capacità di rispondere alle domande e ai bisogni della dirigenza medica e sanitaria alla luce delle trasformazioni in atto nella politica e nella sanità. Attraverso il coinvolgimento di tutte le forze, interne al sindacato ed esterne, disponibili ad un progetto di cambiamento.

La Direzione Nazionale Anaa Assomed ritiene necessaria la **definizione dell'atto medico** che lo ponga al riparo da improprie invasioni di campo, la **revisione del Dlgs 502/1992** che sancisca il ruolo speciale della dirigenza medica e sanitaria insieme con una **revisione dei rapporti tra Ssn e Università** all'interno di una riflessione sul futuro della sanità pubblica.

In questa ottica, un ruolo fondamentale deve essere giocato da un movimento d'opinione robusto e attivo in favore di un Servizio sanitario pubblico e nazionale, che metta tra le sue priorità il tema delle liste d'attesa e dell'equità di accesso. E chieda ai governi, di qualsiasi colore, una lotta seria all'evasione fiscale che è l'origine di molti dei mali del Servizio sanitario nazionale.

Per cambiare davvero serve una profonda **riprogrammazione strategica delle politiche sanitarie** che investa sul lavoro professionale, che nella sanità pubblica rappresenta il capitale più prezioso. Per rendere possibile quanto oggi appare impossibile, e cioè le compatibilità della economia con l'esigibilità del diritto unico e irrinunciabile alla tutela della salute.

Il futuro è oggi "ed entra in noi prima che accada" (Rilke).

Studio Anaao Assomed

Dalla carenza di specialisti alla pletora medica

Fino al 2027 si potrà ancora parlare di carenza di specialisti negli ospedali del Ssn, stimata in circa 20/25.000 unità. Ma lo scenario potrebbe radicalmente cambiare negli anni successivi quando, almeno fino al 2032, si potrebbe sviluppare il fenomeno contrario, cioè quello della pletora medica con ben 60.000 neolaureati, un numero assolutamente superiore a quello necessario a coprire i pensionamenti. Un esercito di camici bianchi pronto a foraggiare la sanità privata o i sistemi sanitari di mezza Europa



Entro il 2032, 60 mila camici bianchi in cerca di lavoro

Subito un piano di assunzioni

Introduzione

Quanti medici specialisti o convenzionati servono all'Italia? Da questa domanda, apparentemente banale, possono nascere mille ragionamenti che portano con sé altrettante domande: che modello di cura adotterà l'Italia nel prossimo futuro? Quanti medici rimarranno nel sistema pubblico e quanti andranno nel privato o all'estero? Quanto influirà l'invecchiamento della popolazione sulla domanda di salute? Stiamo vivendo un'epoca di grandi cambiamenti, dopo la pandemia che ha messo a dura prova il nostro sistema di cure stravolgendolo, probabilmente per sempre.

Assistiamo ogni giorno alla "grande fuga" dei professionisti dal SSN, una volta considerato la grande ambizione della vita professionale e un punto di arri-

vo, ora invece una gabbia che affossa le prospettive di carriera e diminuisce la qualità di vita, peggiore dell'attività privata per remunerazione e soddisfazione, ridotto, spesso, solo a punto di partenza per i più giovani. I motivi sono i soliti noti, una incredibile sequenza di leggi, fatti e scelte che ci hanno portato a questa incresciosa situazione:

- Il taglio del 30% dei posti letto per acuti (- 80.000), avvenuto partendo da inizio secolo si traduce in una bassa qualità dei servizi offerti influenzando negativamente sui livelli di salute della popolazione (ritardi nel ricovero e nelle dimissioni);
- il tetto alla spesa del personale, introdotta quasi 20 anni fa: le limitazioni alla assunzione del personale sanitario sono state adottate dal Governo Berlusconi nel 2004 e 2005 con la Legge 311/2004 e la Legge

CARLO PALERMO
*Presidente
Nazionale
Anaao Assomed*

MATTEO D'ARIENZO
*Consigliere
Nazionale
Anaao Assomed*

COSTANTINO TROISE
*Responsabile
Centro Studi
Anaao Assomed*

PIERINO DI SILVERIO
*Segretario
Nazionale
Anaao Assomed*

266/2005 e poi definite in una spesa per il personale non superiore a quella del 2004 meno l'1,4% (art. 2, comma 71, della legge 191/2009) e confermate da tutti i successivi Governi fino alle nuove norme statuite con il "Decreto Calabria" (Legge 60/2019);

- dal 2004 al 2023, l'inflazione ha causato la perdita del 34,8% del potere di acquisto (fonte: ISTAT);
- il tetto alle retribuzioni (art. 23, comma 2, del d.lgs. 75/2017) che congela al 2016 il trattamento accessorio per il pubblico impiego;
- il blocco della contrattazione collettiva nazionale per quasi 10 anni, dal 2010 al 2019, e i ritardi nella stipula degli ultimi contratti che hanno portato a una stagnazione sui diritti dei lavoratori e ad un rallentamento delle dinamiche economiche;



- un'inerzia imbarazzante sullo sviluppo della medicina territoriale, sostanzialmente ferma, o quasi, alla legge 833/78;
- il sottofinanziamento del SSN in rapporto al PIL e ai bisogni della popolazione: il rapporto spesa sanitaria/PIL del 2025 sarà del 6,12%, in discesa rispetto al 2024 (6,28%), di gran lunga inferiore ad altri paesi dell'area UE che mediamente spendono nel settore pubblico tra l'8 e il 9% della loro ricchezza (Germania e Francia viaggiano tra il 10 e l'11%), per arrivare a scendere sotto il 6% nel 2026 e nel 27 (rispettivamente 5,94 e 5,70%), la soglia considerata critica da parte dell'OMS per la sopravvivenza dei sistemi pubblici e universalistici.

Non sappiamo se dietro a queste scelte ci sia un disegno preciso di smantellamento della sanità pubblica. Potremmo concludere con questa massima, di andreottiana memoria: *“A pensare male si fa peccato, ma spesso si indovina”*.

Le scadenti condizioni di lavoro dei medici del Ssn

Esistono numerose cause che hanno portato a un peggioramento delle condizioni di lavoro dei medici del Ssn, oltre a quelle sopra riportate.

Il ritmo di lavoro è cresciuto smisuratamente, fino ad arrivare ad essere insostenibile, perché l'incremento della richiesta di salute della popolazione, anche per la pressione demografica, non è stato seguito da una conseguente stagione di assunzioni. Milioni di ore di lavoro regalate alle aziende ogni anno. La mancanza di flessibilità lavorativa, in un mondo che opera su 5 giorni lavorativi e in alcune realtà addirittura su 4 giorni, senza possibilità di riduzione dell'orario settimanale. Una politica di welfare aziendale solo embrionale. Un sistema di contrattazione arcaico in perenne e ingiustificabile ritardo, rispetto ai trienni di riferimento: il Ccnl 2022/24 è scaduto da alcuni mesi ma manca ancora l'Atto di Indirizzo per poter avviare le trattative. Retribuzioni notevolmente inferiori al resto d'Europa e in alcuni casi offensive della dignità professionale (esempio: 24 euro lordi per un turno di pronta disponibilità notturna o festiva).

Potremmo aggiungere le aggressioni nei confronti del personale sanitario; la condizione di precariato selvaggio,

“

Un sistema di contrattazione arcaico in perenne e ingiustificabile ritardo, rispetto ai trienni di riferimento: il Ccnl 2022/24 è scaduto da alcuni mesi ma manca ancora l'Atto di Indirizzo per poter avviare le trattative



eredità del decennio 2010-19; il mancato sviluppo del part-time; i servizi di guardia organizzati su oltre 150 letti di degenza, magari in padiglioni distanti centinaia di metri; i servizi di pronta disponibilità integrativa e sostitutiva nei giorni di riposo che il numero delle chiamate telefoniche e gli interventi in ospedale trasformano di fatto in orario di lavoro.

L'invecchiamento della popolazione

La spesa sanitaria è indissolubilmente legata anche all'invecchiamento della popolazione italiana.

Interessante risulta essere uno studio Istat del 2022 sullo stato di salute in rapporto all'età della popolazione: le persone nella fascia d'età 45-54 anni con almeno una malattia cronica risultano essere il 35,9%, mentre questa percentuale sale a un vertiginoso 86% nella fascia d'età +75. Se prendiamo come riferimento “almeno due malattie croniche”, le percentuali sono rispettivamente del 13,5% per la fascia più giovane e del 66% per quella più anziana. Guardando nello specifico quali sono le malattie croniche, ci si rende conto di quale impatto abbia l'invecchiamento nella richiesta di servizi sanitari: il 21,6% degli over 75 è affetto da diabete, il 15,8% da bronchite cronica, contro il 3,6% e il 5% della fascia 45-54. Convertendo queste percentuali in ri-

chiesta di attività sanitarie, significa che gli over 75 con diabete richiederanno un impegno 6 volte maggiore rispetto ai 50enni e gli over 75 con bronchite cronica circa 3 volte maggiore rispetto ai 50enni.

Dal 2002 al 2022, l'età media della popolazione italiana è passata da 41,9 a 46,2 anni e gli over 65 sono passati dal 18,7% al 23,8% (aumento del 27,3%). Sempre considerando il ventennio 2002-2022, il dato sugli over 80 è ancora più eclatante: gli over 80 sono passati da 2.498.464 a 4.505.526, ovvero una variazione assoluta di +80,3% e di +74,2% in rapporto alla popolazione totale (4,38% vs 7,6%). L'Istat stima che le persone di età pari o superiore a 65 anni, ad oggi corrispondenti al 24,5% del totale, potrebbero arrivare al 35% della popolazione entro il 2050.

Appare incontrovertibile il fatto che la popolazione italiana è invecchiata moltissimo e conseguentemente il bisogno di salute è notevolmente aumentato. Eppure i medici in questo ventennio non sono aumentati così come ci si aspetterebbe, ma sono addirittura lievemente diminuiti rispetto all'anno di massima espansione delle dotazioni organiche (2009). In altre parole, è come se venisse chiesto agli operai di una industria automobilistica, di produrre molto più auto con meno forza lavoro rispetto al passato.

Grazie alla tabella n. 1, è possibile comprendere la storia del numero di medici

specialisti del Ssn. Dopo 8 anni di assunzioni crescenti dal 2001 al 2009, c'è stato un lento decremento fino al 2019, seguito da una ripresa delle assunzioni dovuta alla pandemia da Covid-19 che ha però lasciato sul campo solo un lieve incremento di unità ($\Delta + 363$ tra la fine del 2019 e la fine del 2022).

Pensare di affrontare l'invecchiamento della popolazione con questi numeri, è semplicemente impossibile. Per questo, sono necessari anni di grandi assunzioni in sanità, soprattutto di medici specialisti in alcuni settori tipicamente ospedalieri come emergenza/urgenza, chirurgia generale, medicina interna, anesthesiologia-rianimazione etc.

Quale modello e quanti medici per il futuro del Ssn

Questo studio presenta alcuni limiti, dovuti al fatto che si dà per scontata la cristallizzazione dello scenario di riferimento, facendolo ridondare nel futuro. Invece la situazione è estremamente dinamica ed effettuare il calcolo dei fabbisogni reali è impresa ardua.

La "grande fuga" dei medici (circa 3000 ogni anno), la "gobba pensionistica" (da noi descritta nel lontano 2011), l'aumento dei contratti di formazione specialistica degli ultimi anni (attualmente circa 15.000), il "Decreto Calabria" con le sue implicazioni compresa la estensione al secondo anno del Corso di Specializzazione della possibilità di essere assunti, l'invecchiamento della popolazione, il *task shifting*, l'innovazione tecnologica, l'intelligenza artificiale sono macrotemi che agiscono come variabili del sistema, rendendolo "instabile" e difficilmente prevedibile. Di quanti medici ha bisogno il sistema nel suo insieme per essere in equilibrio? La risposta è: dipende.

Attualmente non consideriamo il sistema, in particolare quello pubblico, in equilibrio, perché basato sulla resilienza dei medici e dirigenti sanitari, indiscutibilmente sotto organico e sottoposti a un imponente carico di lavoro.

Con questo studio, noi indichiamo il numero di specialisti necessario per compensare le uscite dal Ssn dovute a pensionamento nel periodo 2009/2022. La vera incognita per il futuro però sarà quale modello potrà permettersi l'Italia per il Ssn. Sicuramente ci vorranno più specialisti di oggi, ma è da valutare l'intenzione della politica sull'investire realmente nelle risorse umane del Ssn, oppure continuare a barcamenarsi sui numeri attuali, insufficienti a garantire il bisogno di salute, tra liste di attesa misurate in anni e un privato spumeggiante. Non si può pensare di affrontare con la stessa forza lavoro una richiesta di cure notevolmente più alta

TABELLA I

Il numero di medici specialisti dipendenti del ssn dal 2001 al 2022 e differenza rispetto all'anno (2009) di massima occupazione

Anno	TI	TD	medici SSN	Δ rispetto a 2009
2001	106.568	3.527	110.095	-9.173
2002	108.640	2.898	111.538	-7.730
2003	107.916	3.569	111.485	-7.783
2004	109.474	3.926	113.400	-5.868
2005	109.806	5.087	114.893	-4.375
2006	110.927	5.762	116.689	-2.579
2007	110.815	6.090	116.905	-2.363
2008	112.103	6.540	118.643	-625
2009	112.700	6.568	119.268	0
2010	111.289	7.205	118.494	-774
2011	109.670	7.012	116.682	-2.586
2012	108.927	6.879	115.806	-3.462
2013	108.115	7.253	115.368	-3.900
2014	107.121	7.753	114.874	-4.394
2015	105.380	8.531	113.911	-5.357
2016	105.097	8.951	114.048	-5.220
2017	105.557	9.342	114.899	-4.369
2018	106.473	8.141	114.614	-4.654
2019	106.510	6.279	112.774	-6.494
2020	107.505	6.124	113.629	-5.639
2021	108.250	6.475	114.725	-4.543
2022	107.216	5.921	113.137	-5.357

“

A causa degli errori nella programmazione della formazione dei medici nel decennio antecedente al Covid-19, la disponibilità di un numero di neolaureati superiore alle uscite pensionistiche attese emergerà solo a partire dal 2026

di 20 anni fa. Ci ha provato Crea/Sanità a dare una risposta a questa problematica nel suo XX° Rapporto (2025): partendo dal numero dei medici attivi dipendenti e convenzionati, sia nel settore pubblico che privato (circa 238.000 medici attivi nel 2022) e tenendo conto dell'evoluzione demografica della popolazione italiana (cittadini oltre i 75 anni) ha stimato una carenza totale di 24.797 medici.

A causa degli errori nella programmazione della formazione dei medici nel decennio antecedente al Covid-19, la disponibilità di un numero di neolaureati superiore alle uscite pensionistiche attese emergerà solo a partire dal 2026 ($\Delta + 1.105$). Negli anni successivi i numeri cresceranno progressivamente (vedi Figura 1) ma una disponibilità cumulativa di almeno 25.000 neolaureati in eccedenza rispetto alla sostituzione dei pensionamenti, tale da poter ricoprire le carenze stimate, sarà raggiunta solo nel 2030. È evidente che fin da subito abbiamo la necessità dell'implementazione di un ampio e duraturo programma di assunzioni nelle varie articolazioni della Sanità italiana al fine di evitare una nuova pleora medica che potrebbe svilupparsi tra il 2028 e il 2032 (+60.000 neolaureati rispetto al numero necessario per coprire i pensionamenti). Sempre Crea-Sanità ha stimato che solo per le assunzioni del personale mancante (medici e infermieri) servirebbero ulteriori 20/30

miliardi di € di finanziamento del Ssn. Riassumendo, fino al 2027 è prevista una carenza di medici; dal 2028 in poi ci sarà un grande surplus di medici, pronti a foraggiare la sanità privata o i sistemi sanitari di mezza Europa, se non assunti nel SSN per rispondere all'aumento della domanda sanitaria prodotto dall'invecchiamento della popolazione.

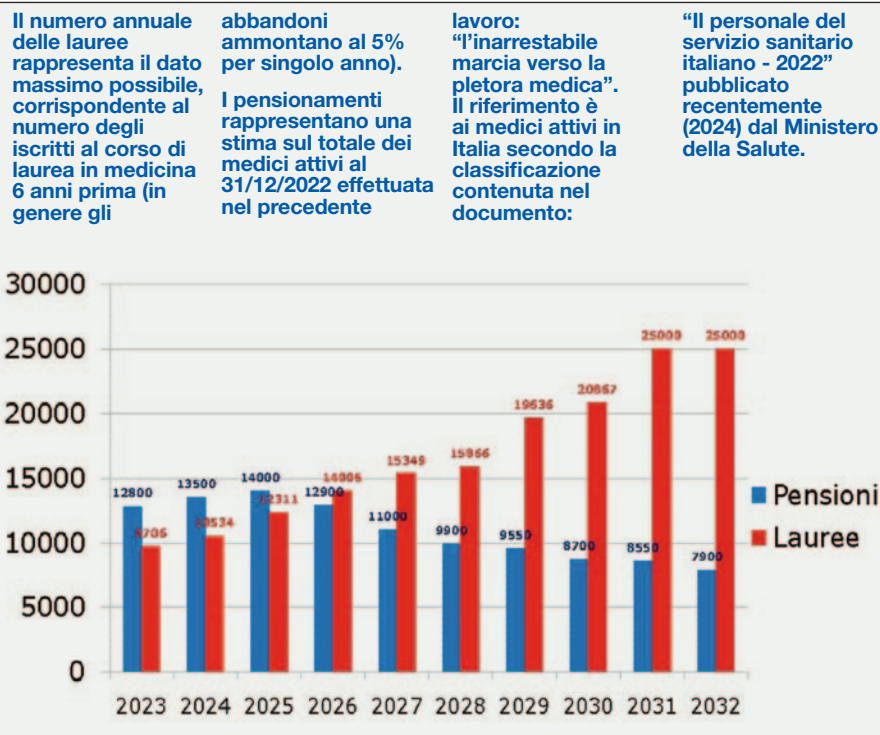
La ricetta Anaao

Per mantenere accettabile il livello di cure del nostro SSN, deve aumentare il numero di medici nel Ssn: i giovani specialisti devono poter avere la possibilità di essere assunti e le condizioni di lavoro devono essere concorrenziali rispetto al privato. Pertanto è necessario che:

- si torni alla **politica delle assunzioni**: bisogna abbattere il tetto alla spesa del personale, peraltro nemmeno raggiunto dalle Regioni, molte delle quali hanno i bilanci in rosso, e investire miliardi sul capitale umano, vero motore della sanità italiana;
- la **retribuzione** (con il Ccnl 19/21 mediamente **circa 85.000 euro lordi/anno**) deve stare al passo con i paesi europei simili: attualmente siamo fanalino di coda in Europa (**media europea circa 145.000 euro** assieme a Portogallo e Grecia. Gli altri (Lussemburgo, Islanda, Olanda



FIGURA 1



e Belgio per esempio) viaggiano ormai sui 180.000/200.000 euro lordi/anno;

- le **condizioni di lavoro** devono migliorare per tutte le fasce d'età: permettere flessibilità oraria ai giovani genitori anche riducendo i giorni settimanali lavorati da 6 a 5, acconsentire sempre la mobilità volontaria intraaziendale dei meno giovani in caso di richiesta motivata, ridurre il numero di notti, festivi lavorati, pronte disponibilità attive e passive come previsto dal CCNL 19/21. Insomma il dirigente medico non si deve sentire "ingabbiato" in ospedale per tutta la vita, senza possibilità di **carriera**, ma deve poter cambiare il proprio lavoro, anche aumentando l'attività ambulatoriale pubblica extraospedaliera. Senza dimenticare il miglioramento della **sicurezza sui luoghi di lavoro**, diventata oramai una emergenza nazionale, e la garanzia di una carriera organizzata come un ascensore professionale ed economico;
- la **limitazione della procedibilità in ambito penale per danni alle persone derivanti dal lavoro medico e sanitario** è la strada maestra per abbattere gli esorbitanti costi della medicina difensiva, corrispondente a miliardi di euro/anno, e conseguentemente ridurre le liste di attesa per esami non prettamente indispensabili;
- necessaria e urgente è la **riforma della medicina territoriale**, al fine di garantire un filtro adeguato dei codici a bassa priorità riducendo la pressione sui Pronto Soccorso e dall'altro favorendo una rapida presa in carico dei pazienti dimissibili dagli ospedali;
- prevedere una **riforma della governance** delle aziende sanitarie secondo modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato, ribaltando un processo di aziendalizzazione che protegge l'autoritarismo della catena gerarchica essendo incardinato su un modello *top-down* presidiato dalla politica;
- prevedere un **benefit previdenziale ed economico** per le specializzazioni più faticose, quali il pronto soccorso e la rianimazione.

Conclusioni

“Il medico oggi abbandona il Ssn perché male retribuito, aggredito, esposto a rischi di contenzioso medico-legale e perché le condizioni di lavoro sottraggono quel tempo che dovrebbe appartenere ad ogni essere umano

Aumentare i posti a Medicina, moltiplicare a dismisura i Corsi Laurea in Medicina e Chirurgia pubblici e privati (Enna gode di due corsi, di cui uno in rumeno, ed in Calabria ci si avvia ad avere oramai un Corso di Laurea in Medicina per provincia), senza intraprendere la soluzione delle criticità descritte, rischia di tradursi in uno sperpero di risorse pubbliche soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia, elemento che spingerà sempre di più i giovani verso l'estero trasformando l'Italia in una sorta di "Cuba del Mediterraneo". Ricordiamo che l'isola caraibica è nota per la "fornitura" di personale sanitario alle Nazioni del centro-sud America e recentemente anche all'Italia. È per questo che noi riteniamo indispensabile intervenire prioritariamente su due questioni critiche per rendere attrattivo il lavoro nel settore pubblico della sanità: 1) la riduzione del carico di lavoro nelle strutture ospedaliere, per permettere ai medici di dedicarsi anche alla propria vita familiare e sociale eliminando ogni anacronistico blocco delle assunzioni del personale sanitario; 2) l'incremento progressivo degli stipendi, che per arrivare al livello medio europeo dovrebbero aumentare almeno del 50%.

Gli interventi limitati all'incremento dell'offerta formativa appaiono sostanzialmente inefficaci, lo dimostra l'esperienza maturata in altri Paesi europei, nel fermare l'esodo dal sistema sanitario pubblico. È cruciale, a nostro parere, rendere attrattivo il lavoro nell'ospedale e nei servizi territoriali per cercare di accrescere l'opzione in favore del Ssn da parte dei medici specialisti e specializzandi. È, pertanto, necessario abbinare all'attuale offerta formativa, che in tutta evidenza richiede un ripensamento sia in termini qualitativi che quantitativi anche per il rischio di plethora nei prossimi anni, un sistema di incentivi e di valorizzazione del lavoro medico nel Ssn in termini di riconoscimento sociale ed economico, oltre che di ruolo all'interno delle aziende. Anche perché solo attraverso un incremento della disponibilità ad essere assunti con una conseguente crescita delle dotazioni organiche, si potranno migliorare quei carichi di lavoro oramai divenuti insopportabili per molti operatori del Ssn come evidenziato dalla recente *survey* dell'Anaa (2024). Il medico oggi abbandona il Ssn perché male retribuito, aggredito, esposto a rischi di contenzioso medico-legale e perché le condizioni di lavoro sottraggono quel tempo che dovrebbe appartenere ad ogni essere umano per dedicarsi senza ostacoli ad una vita sociale e familiare fonte di realizzazione delle aspirazioni personali e di felicità.

La fiera delle illusioni

Per un curioso scherzo del destino la delega al Governo per la riforma del test di ammissione a Medicina è approdata in aula alla Camera proprio nello stesso giorno in cui è stato pubblicato uno studio Anaao sul fabbisogno di personale medico nel periodo 2028-2032.

Se i parlamentari avessero letto il lavoro avrebbero risparmiato tempo a sé stessi e illusioni a decine di migliaia di studenti, e alle loro famiglie, prendendo atto del fatto che lo scenario dell'attuale carenza è già destinato a radicalmente cambiare

COSTANTINO TROISE
Responsabile
Centro Studi e
formazione
Anaao Assomed

CARLO PALERMO
Presidente
Nazionale
Anaao Assomed

PIERINO DI SILVERIO
Segretario
Nazionale
Anaao Assomed

Nei prossimi anni sono attesi ben 60mila neolaureati in Medicina e Chirurgia in più rispetto ai pensionamenti, un numero superiore ai reali fabbisogni, anche tenendo conto dell'aumento richiesto dal progressivo invecchiamento della popolazione e della necessità di colmare il deficit odierno (circa 25mila unità, tra dipendenti e convenzionati). La riforma, approvata a tambur battente, abolisce il test di ingresso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria e medicina veterinaria consentendo l'iscrizione libera al primo semestre. Il che spinge il Ministro Bernini a gridare al "superamento del numero chiuso", salvo poi smentirsi ammettendo che "è abolito il test di ingresso ma non il numero chiuso" (Il Sole 24 Ore, 15 marzo). Infatti, l'accesso al secondo semestre è previsto nei limiti dei posti programmati a livello centrale in base "alla disponibilità...dichiarata dalle università" e "in coerenza con il fabbisogno di professionisti del Ssn, determinato dal Ministero della Salute" (quando?). Per chi supera il doppio filtro costituito dal conseguimento dei CFU previsti e dalla posizione in una graduatoria nazionale formata in base ai risultati di un nuovo test. Quello che è uscito dalla porta rientra dalla finestra. Cambiare tutto per non cambiare niente.

La questione solleva parecchie domande per il Ministro della Università, ma anche per quello della Salute che non può comportarsi da invitato di pietra.

È facile immaginare che il numero di studenti tentato dall'accesso libero sarà superiore a quello registrato per affrontare un test di ammissione, anche per due volte, (81.421 candidati unici nel 2023, 72mila nel 2024). E allora, dove li metteremo a fare didattica per sei mesi? Tutti in DAD? Chi, come e in quanto tempo valuterà il conseguimento dei CFU e i risultati del test? Come si evita il rischio di introdurre una discrezionalità che poco c'entra con la equità e la meritocrazia? Che ne sarà della programmazione delle altre professioni sanitarie, destinate a divenire il cestino degli scarti di Medicina? E delle decine di migliaia di giovani esclusi che hanno perso tempo e soldi in una fiera delle illusioni, specie se vorranno iscriversi ad una disciplina umanistica?

Infine, non si capisce il senso, in epoche di sovranismo, di scimmiettare altri Paesi, come la Francia, che peraltro sta rivedendo il sistema, producendo, per di più, una crescita dei costi generali certa. Il passaggio dalla tassa per la partecipazione a un concorso (60 euro) alla tassa di iscrizione universitaria produrrà decine di milioni di euro di spese aggiuntive per le famiglie a beneficio del MUR. Senza contare i danni che causerà ai giovani la pressione emotiva indotta dalla corsa ad ottenere il massimo a ogni esame in una competitività folle.

Insomma, un provvedimento beffa che non elimina, se non per sei mesi, il problema del numero chiuso, come prometteva, ma ne crea di nuovi: più stress, più costi, più disuguaglianze e più incertezze. Una pura demagogia, di destra e di sinistra, gioca con il futuro dei

giovani, senza affrontare e risolvere le criticità della formazione.

Ma accanto al dito del metodo occorre guardare la luna del numero di medici che si preparano a entrare sul mercato. In 7 anni il numero degli iscritti a medicina è più che raddoppiato (dai 9100 del 2017 ai 20867 del 2024) e si appresta a triplicare. Non è un caso che stiano aumentando anche le Facoltà di Medicina e Chirurgia (39 nel 2021, un record europeo se non mondiale) e il numero delle sedi dei Corsi di Laurea, oggi 95 con un incremento, nel giro di un decennio, di oltre un terzo (fonte Il Sole 24 Ore). Per di più, l'allineamento del numero di posti finanziati per l'accesso ai corsi di formazione post lauream (15.577 nel 2024) con quello dei posti disponibili al primo anno del corso di laurea (20.867 nel 2024), richiederà uno sforzo economico crescente con il passare degli anni, fosse solo per evitare il riproporsi dell'imbuto formativo. E, se veramente si vuole "tenere conto del numero delle carenze di organico registrate dal Ssn sull'intero territorio nazionale", occorrerà un piano straordinario di assunzioni, con una coperta resa ancora più corta dall'economia di guerra cui ci stiamo avviando.

Lavorare per la formazione di una pletera significa volere impoverire e svilire la professione medica, riducendola, se non a mero fattore di produzione, a forza lavoro a basso costo a disposizione di chi intende privatizzare anche la sofferenza.

Un esercito di camici bianchi pronto a foraggiare, gratis, la sanità privata o i sistemi sanitari di mezza Europa. I soldi delle tasse dei cittadini italiani, almeno di quelli che le pagano, meriterebbero un destino migliore. Come anche il bene comune rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il benessere organizzativo e la percezione del cambiamento nella professione medica

Presentati i risultati dello studio condotto da Anaao Assomed Lombardia, che ha indagato gli articolati temi del benessere organizzativo e del cambiamento nella professione medica in Lombardia negli ultimi anni.

- Il 57%** ritiene la situazione lavorativa insoddisfacente a causa della mancanza di valorizzazione del personale.
- Il 27%** ha cambiato lavoro negli ultimi 5 anni.
- Il 26%** è intenzionato a lasciare il proprio posto di lavoro nei prossimi 12 mesi.
- Il 53%** ha considerato la possibilità di abbandonare la professione medica

Negli ultimi anni si sono osservati **profondi cambiamenti circa la natura della professione medica** e i rapporti che si creano tra i professionisti di quest'area, l'utenza e la società. Molti sono i fattori che stanno interessando e hanno interessato la professione medica a livello internazionale, con significativi risvolti sul benessere individuale e sulla soddisfazione lavorativa: dalla diminuzione della fiducia nel ruolo del medico, con utenti che sempre di più mettono in dubbio la competenza dei professionisti a fattori che causano l'aumento dello stress da lavoro (burocrazia e protocolli informatizzati non sempre funzionali agli scopi riducendo il tempo dedicato alla gestione clinica del paziente). Nonostante questa "crisi della professione medica", sono pochi gli studi che approfondiscono le percezioni di questi cambiamenti e il loro impatto, soprattutto nel panorama italiano.

Anaao Assomed Lombardia si è posta dunque l'obiettivo di esplorare le percezioni, il grado di benessere e le aspettative in merito ai cambiamenti auspicabili nel futuro mediante la somministrazione di un **questionario ad hoc** a un pool di 1.369 medici e professionisti che hanno risposto all'indagine. Per motivi numerici, l'analisi è stata effettuata sui soli dirigenti medici. Il campione è risultato adeguatamente bilanciato per sesso, coprente un'ampia gamma di età (da 25 a 74 anni) e rappresentativo di diverse fasce di anzianità lavorativa (27.8% con meno di cinque anni di anzianità, 26.8% con più di 25 anni di anzianità). L'area professionale più rappresentata è risultata essere quella medica (62.4%), seguita da quelle chirurgica (23.7%) e dei servizi (16.7%).

Lo studio, approvato dalla **Commissione per la Valutazione della Ricerca (CRIP)** del Dipartimento di Psicologia dell'Università degli Studi Milano-Bi-

cocca e sviluppato da un team di professionisti di area psicologica, si è proposto di indagare gli articolati temi del benessere organizzativo e del cambiamento nella professione medica. I punti chiave dei risultati rilevati possono essere sintetizzati così: Benessere organizzativo

Più della metà (57%) degli intervistati hanno lamentato insoddisfazione lavorativa per mancanza di valorizzazione del personale (34%), seguita dalla difficoltà nel mantenimento di un equilibrio tra vita privata e attività professionale (27%) e dagli eccessivi carichi di lavoro (21%).

Rapporto con l'utenza e la società

La metà del campione (49%) ritiene che l'immagine pubblica del medico sia cambiata in peggio. Emerge, infatti, un'utenza meno disposta a fidarsi e affidarsi al professionista. Più del 60% dei rispondenti dichiara che l'utenza considera il medico come meno competente (70%) e disponibile sul piano umano (67%) rispetto al passato. La quasi totalità dei rispondenti (93%) teme maggiormente rispetto al passato le conseguenze legali della propria attività professionale e l'85% concorda con il fatto che oggi i professionisti tendono a prescrivere un numero maggiore di accertamenti per timore di **inadempienza**.

Burocrazia e informatizzazione

Più dell'80% dei partecipanti ritiene che le attività amministrativo-burocratiche limitino il tempo delle attività clinico-assistenziali (95%) e ne riducano la qualità delle stesse (89%). Sebbene il 62% ritiene che i sistemi informatizza-

ti siano teoricamente più funzionali rispetto al passato, solo il 40% degli intervistati conviene con il fatto che tali sistemi supportino fattualmente l'attività.

Fattori aziendali

Il 93% dei rispondenti ritiene che i correnti livelli di retribuzione non siano congrui con la complessità della professione medica e circa il 61% ritiene che gli attuali parametri adottati dalle aziende per valutare l'operato del medico non siano appropriati alla tipologia di attività in questione. L'81%, invece, ritiene che i fattori di budget esercitino un'influenza negativa sull'attività clinico-assistenziale.

Topic di cambiamento

La congruità della retribuzione è la principale area tematica di cambiamento a cui è andata in contro la professione del medico (30%), seguita da quelle concernenti il carico burocratico, la svalutazione della professione e le pratiche di medicina difensiva (23%). Superano invece il 15% di prevalenza i topic attinenti all'eccessivo carico di lavoro (20%) e il deterioramento della qualità del rapporto tra il medico e l'utenza (17%). Tra il 10 e il 15% dei rispondenti ha inoltre segnalato tematiche attinenti al malcontento per la gestione dirigenziale (13%), i processi di privatizzazione ed aziendalizzazione della sanità (12%), lo stress lavoro-correlato (12%) e le difficoltà imposte dalla **carezza di staff** (11%).

"Nei vari ambiti legati al mondo del lavoro, emerge un disagio diffuso che tocca molteplici aspetti. Sebbene molte di queste problematiche siano legate a fattori difficilmente modificabili, l'esperienza vissuta dai professionisti coinvolti potrebbe trarre beneficio da azioni preventive a livello primario e secondario. Tali interventi non solo potrebbero migliorare la qualità della vita degli operatori sanitari, ma anche contribuire a un miglioramento dei servizi clinico-assistenziali offerti ai pazienti" spiega **Stefano Magnone, Segretario Regionale Anaao Assomed Lombardia**.

"I risultati dell'indagine, che suggeriscono, a livello prettamente descrittivo, la presenza di un disagio trasversale a differenti domini occupazionali ed individuali nella professione medica, richiedono un approfondimento in merito alle possibili determinanti di tale disagio" spiegano **Ines Giorgi**, Psicologa e Psicoterapeuta, e **Edoardo Nicolò Aiello**, Psicologo presso Irccs Istituto Auxologico Italiano.

Cure non garantite a pieno in 8 regioni

La medicina territoriale resta il punto debole del Ssn



TOP

VENETO
TOSCANA
EMILIA
ROMAGNA
TRENTO

FLOP

CALABRIA
VALLE D'AOSTA
SICILIA

Male anche la Lombardia che esce dalla top five. Globalmente il Servizio sanitario nazionale mostra un trend di miglioramento nell'area ospedaliera, mentre è in peggioramento continuo nell'area distrettuale e in quella della prevenzione ancorché con un trend meno "robusto".

Particolare attenzione va posta al trend dell'assistenza distrettuale. Infatti nel 2023 si aspettava di osservare i primi effetti dell'adozione degli standard di cui al DM 77/2022, cosa che non si è manifestata, nonostante gli investimenti del Pnrr. Campanello d'allarme per il Ministero

Complessivamente, nel 2023 le Regioni Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia e Sardegna registrano un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) in tutte le macro-aree della Prevenzione, Distrettuale e Ospedaliera. Nessuna Regione/P.A. presenta punteggi inferiori alla soglia su tutte le tre macro-aree. Ma sono otto le Regioni che raggiungono l'insufficienza in almeno un'area.

Questo, in sintesi, quanto emerge dal rapporto definitivo del Sistema di Garanzia 2023 che rappresenta lo stru-

mento attraverso il quale il Governo assicura a tutti i cittadini italiani che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità.

Le Regioni che presentano un punteggio inferiore alla soglia della sufficienza in una o più macro-aree sono:

- in due macro-aree: Valle D'Aosta (Distrettuale e Ospedaliera), Abruzzo, Calabria, Sicilia (Prevenzione e Distrettuale);
- in una macro-area: P.A. Bolzano, Liguria e Molise (Prevenzione), Basilicata (Distrettuale).

Ricordiamo che è sufficiente non raggiungere il punteggio minimo (60) anche su uno dei tre indicatori (prevenzione, distrettuale, ospedaliera) per non risultare adempiente. Sono invece 13 le Regioni che raggiungono e superano il livello della sufficienza.

Più in generale, risultano promosse le cure ospedaliere su quasi tutto il territorio. Il quadro cambia invece sostanzialmente quando si vanno ad analizzare i dati della prevenzione e dell'assistenza territoriale, con circa un terzo dell'Italia sotto la soglia della sufficienza. Il che si traduce con la necessità di lavorare ancora tanto sulla promozione di screening, vaccini, uso corretto di antibiotici, promozione di stili di vita sani ma anche assistenza a domicilio ed alla non autosufficienza.

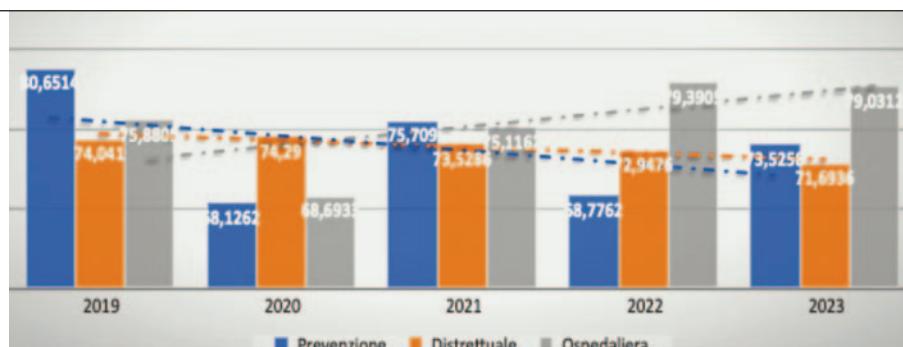
A livello complessivo, questa la classifica generale delle prestazioni Lea erogate dalle Regioni nel 2023 sommando i punteggi ottenuti nelle tre aree prese in considerazione (in rosso le Regioni con almeno una inadempienza nelle tre aree).

La pubblicazione in formato pdf



TABELLA 1

Trend macro Lea
(2019-2023)



Le criticità del Sistema sanitario privato accreditato

IL PERSONALE



FABIO FLORIANELLO
Responsabile
Sanità Privata
Accreditata Anaao
Assomed

Il Servizio Sanitario Nazionale fin dalla sua istituzione si è fondato su due pilastri: le strutture pubbliche e quelle private convenzionate divenute accreditate con il d.lgs. 502/92 e s.m.i. che ne hanno prescritto requisiti e regole. Requisiti e regole che garantiscono qualità, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni incentrate su strutture ed organizzazione, ma con inspiegabile trascuratezza verso coloro senza la cui opera e professionalità nessuna prestazione può essere effettuata: il Personale.

Questa grave carenza di requisiti e regole del sistema di accreditamento riguardanti il Personale ha portato ad una serie di criticità soprattutto nel sistema sanitario privato che non solo si sono mantenute nel tempo, ma si sono aggravate con l'aggravarsi della condizione generale di tutto il Personale che opera nel Ssn. Tali criticità, che già di per sé determinerebbero notevoli disagi in un ambiente professionale privato, realizzano una condizione di notevole contraddizione dato che il sistema privato accreditato eroga prestazioni pubbliche in nome del Ssn e non di libero mercato.

Le criticità, da riferirsi non solo ai datori di lavoro ma anche ad alcuni aspetti della legislazione vigente, riguardano in particolare materie normative, contrattuali e relazioni sindacali, più volte indicate, ma che è doveroso sottolineare ancora una volta.

Innanzitutto le criticità normative.

Riguardano in primo luogo l'anzianità di servizio effettuato nelle strutture accreditate, anzianità non riconosciuta pari a quella conseguita nelle strutture pubbliche, con la motivazione delle modalità di assunzione diverse. Come se una prestazione eseguita da Personale con titolo di studio/specialità analoghe e garanzia da parte del Ssn potesse risentire della differente assunzione.

La singolarità della situazione è parzialmente affrontata dall'art. 22, c.5 dell'ultimo Ccnl/area sanitaria 2019/2021 in cui viene riconosciuta *l'anzianità di servizio maturata con incarico dirigenziale* negli ospedali accreditati. Purtroppo alcuni contratti privati non riconoscendo la dirigenza, come vedremo successivamente, privano il Personale di un legittimo riconoscimento del servizio prestato.

Ulteriori criticità riguardano la monetizzazione delle ferie non godute, le norme sulla tutela della maternità e i permessi per motivi di salute o familiari che ignorano spesso diritti legittimi.

Altro tema sono le criticità contrattuali a cominciare dal profilo giuridico, o inquadramento giuridico-contrattuale, diverso a seconda dei contratti e diverso tra medici e sanitari non medici (biologi, farmacisti, psicologi, fisici, chimici). Inspiegabilmente fermo alla L. 128 del 1969, Assistenti e Aiuti

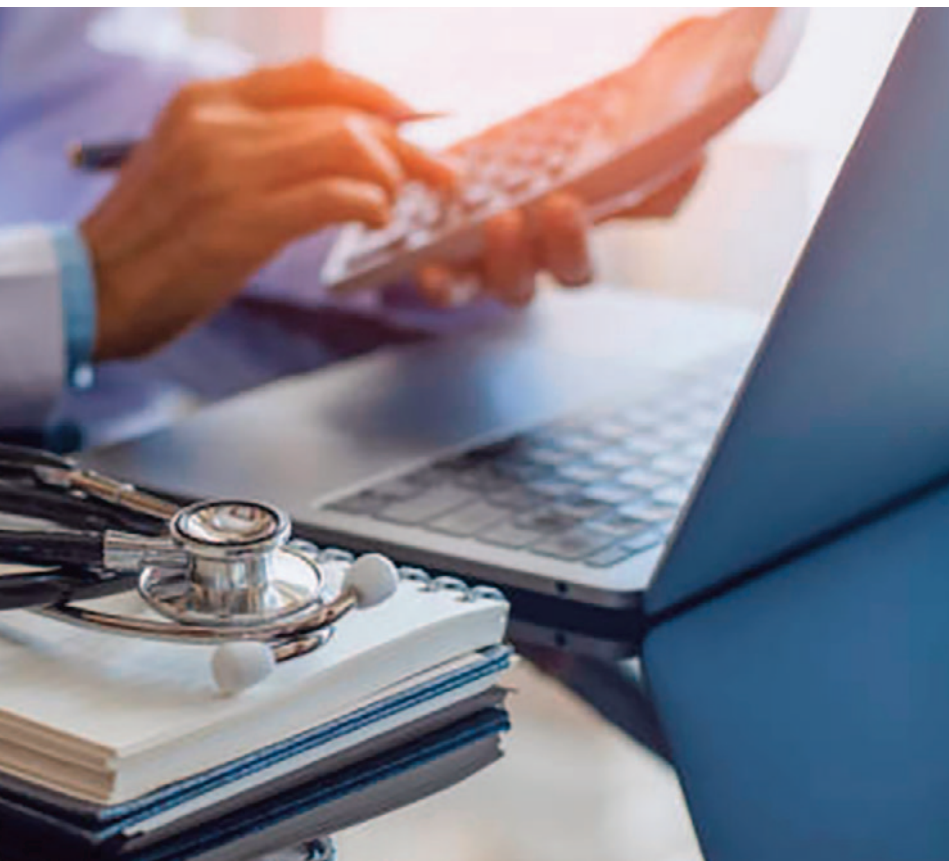
per i medici, in categoria E del Comparto per i sanitari non medici, con riconoscimento o meno della dirigenza e ancora diversità o meno tra medici e sanitari non medici.

Si realizza così un ampio numero di Contratti in vigore, notevolmente diversi, anche nell'ambito della stessa Unità Operativa, per eseguire le stesse prestazioni con inevitabili disparità e conseguenze normativo-retributive, come da tempo denunciato (QS: La disparità dei contratti nella sanità privata accreditata).

Riportiamo alcuni tra i numerosi contratti attualmente in vigore che ne mettono in luce la criticità, la confusione e il blocco dei rinnovi che arriva anche a vent'anni, con grave danno per il Personale: 1) Ccnl/Aiop medici 2002/2005, 2) Ccnl/Aiop sanitari 2016/2018 insieme al comparto, 3) Ccnl/Aris medici 2020/2023, 4) Ccnl/Aris dirigenza Pta 2020/2022, 5) Contratto compatibilizzato con Ccnl pubblico, 6) Contratti decentrati, 7) Contratti con indennità ad personam, 8) Contratti libero professionali o con cooperative/imprese private, 9) Ccl dirigenza medica/Fondazione Policlinico Gemelli 2020/2022, 10) Ccl/Maugeri 2020/2022, per citarne solo alcuni.

In pratica ogni struttura tende ad un contratto proprio ignorando l'ambito di riferimento, ossia il Ssn.





Altre criticità riguardano le progressioni di carriera e i criteri di attribuzione degli incarichi non esplicitati nei contratti e soprattutto i trattamenti retributivi che evidenziano uno straordinario dumping salariale a fronte di una analoga remunerazione delle prestazioni al pubblico e al privato da parte del Ssn.

Per quanto riguarda le criticità sindacali si evidenziano alcuni aspetti abnormi circa il mancato riconoscimento della rappresentatività sindacale con scelte del tutto arbitrarie nelle convocazioni e nell'indispensabile confronto. E ancora nella negata rappresentatività sindacale per Biologi, Farmacisti, Psicologi, Fisici, Chimici che, attribuiti in alcuni contratti al Comparto, non hanno praticamente modo di avere un riconoscimento della specificità professionale.

In sintesi vi sono pesanti limitazioni alla rappresentanza e alle relazioni sindacali peraltro garantite e tutelate dall'articolo 39 della Costituzione: *Il diritto di costituire organizzazioni sindacali, di aderirvi e di svolgere attività sindacale, è garantito a tutti i lavoratori all'interno dei luoghi di lavoro.* Inoltre è evidente la mancata applicazione dell'articolo 14 dello Statuto dei Lavoratori che garantisce la libertà sindacale, degli artt. 19-27 della stessa legge che riconosce alle

rappresentanze sindacali la titolarità di ben definiti diritti (assemblea, referendum, tutela dei dirigenti sindacali, permessi, affissioni, locali per lo svolgimento delle attività sindacali), anche nell'ambito del settore privato. E inoltre l'articolo 28 della Carta di Nizza che sancisce il diritto a negoziare e all'azione collettiva.

Da ultimo, ma non ultimo, è da sottolineare l'organizzazione del lavoro spesso priva di riferimenti a quanto previsto dal D.Lgs 502/92, in vigore come è noto sia per le strutture pubbliche sia per quelle private, e per lo più senza una minima informativa al Personale.

CONCLUSIONE

La situazione presente nell'ambito del settore sanitario privato accreditato nei confronti del Personale è afflitta da criticità e disagi notevoli. Criticità e disagi che evidenziano il contraddittorio comportamento tra il far parte del Servizio Sanitario Nazionale, pubblico, ed una gestione che tende sostanzialmente ad azioni da libero mercato nella perdurante assenza, occorre denunciarlo, di una governance istituzionale.

Livelli Essenziali di Assistenza 2023

Segue da pagina 9

TABELLA 2
NSG anno 2023,
punteggi indicatori
CORE

Regioni	2023		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
P.A. Bolzano	58	82	62
P.A. Trento	98	83	97
Veneto	98	96	94
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Liguria	54	85	80
Emilia Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	61	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	41	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

La pubblicazione
in formato pdf



Dai risultati complessivi emerge l'ennesima 'spaccatura' nel Paese. I

risultati migliori si registrano infatti al Centro-Nord, nonostante la Lombardia esca dalla 'top five': Veneto (288), Toscana (286), Emilia Romagna (278), P.A. Trento (278) e Piemonte (270). Di contro, tra le ultime cinque Regioni ne troviamo ben quattro del Centro-Sud: Basilicata (189), Abruzzo (182), Sicilia (173), Valle d'Aosta (162) e, fanalino di coda, la Calabria (150).

Globalmente il Servizio sanitario nazionale mostra un trend di miglioramento nell'area ospedaliera, mentre è in peggioramento continuo nell'area distrettuale e in quella della prevenzione ancorché con un trend meno "robusto". Particolare attenzione va posta al trend dell'assistenza distrettuale. Infatti nel 2023 si aspettava di osservare i primi effetti dell'adozione degli standard di cui al DM 77/2022, cosa che non si è manifestata. Quel Decreto prevedeva la messa a terra di quanto previsto e finanziato dal Pnrr per il rilancio del territorio, a partire dalle Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Cot e assistenza domiciliare integrata. Questi dati sembrano invece profilarsi come un nuovo campanello d'allarme visto che il problema principale del Ssn sembra sia dunque rimasto proprio quel territorio che aveva rivelato tutte le sue fragilità durante il periodo emergenziale Covid, soprattutto in alcuni territori, nonostante gli interventi e gli investimenti messi in campo negli ultimi anni.

I risultati della Survey sulla Dirigenza Sanitaria

Il lavoro dei Dirigenti sanitari del Ssn: tempi bui per i giovani, la carriera e la formazione

La survey condotta sui dirigenti sanitari (biologi, chimici, fisici, psicologi, farmacisti) ha coinvolto un campione significativo di 1.187 partecipanti, segno di un interesse diffuso per il tema. L'obiettivo principale era comprendere meglio la realtà lavorativa di queste categorie, esplorando non solo la loro distribuzione nel nostro Ssn, ma anche il tipo di incarichi ricoperti e le aspirazioni professionali.

Composizione del Campione

Una prima interessante osservazione riguarda la distribuzione geografica dei rispondenti. La maggior parte proviene dal Nord Italia (49,45%), seguito dal Centro (25,70%) e dal Sud e le Isole (24,85%). Questo dato riflette probabilmente la maggiore concentrazione di strutture sanitarie e ospedaliere nelle regioni settentrionali, e il fatto che negli ultimi anni le regioni del sud hanno assunto meno personale. Dalla distribuzione anagrafica del personale della dirigenza sanitaria da un lato emerge una presenza preponderante di donne dirigenti tra i 46 e i 65 anni (70,35% del totale), a dimostrazione di una dirigenza caratterizzata da professionisti con una lunga esperienza alle spalle, dall'altro si evidenzia una criticità importante: la fascia più giovane, sotto i 35 anni, rappresenta solo il 3,88% del totale. Questo dato non è il riflesso di una tendenza generazionale, ma il risultato di anni in cui i concorsi per la dirigenza sanitaria sono stati raramente indetti. Durante la pandemia da Covid-19, si è assistito a un'importante stabilizzazione dei precari — molti dei quali erano professionisti già avanti con l'età e con anni di esperienza alle spalle. Sebbene questa stabiliz-

zazione fosse necessaria per garantire la continuità assistenziale in un momento critico, ha di fatto lasciato indietro la fascia più giovane, che fatica a trovare spazio. Questo scenario impone una riflessione: la scarsa rappresentanza dei giovani non solo compromette il ricambio generazionale, ma rischia di privare il sistema sanitario di risorse professionali essenziali e di nuove competenze e idee. Sarebbe opportuno avviare politiche mirate per incentivare l'ingresso di professionisti più giovani, garantendo al contempo un equilibrio tra esperienza e innovazione.

Struttura e Posizione Lavorativa

La stragrande maggioranza dei partecipanti lavora in ambito ospedaliero (78,7%), mentre i servizi sanitari territoriali e altre realtà come gli Istituti Zooprofilattici e le ARPA hanno una rappresentanza più ridotta. Questo dato sottolinea il ruolo centrale che gli ospedali continuano ad avere nel sistema sanitario nazionale, sebbene il potenziamento della sanità territoriale sia un obiettivo sempre più dichiarato nelle politiche sanitarie.



Per quanto riguarda le posizioni lavorative, la categoria più rappresentata è quella dei dirigenti biologi (72,66%), seguiti da chimici, farmacisti, fisici e psicologi. Questo dato riflette la composizione delle professioni sanitarie non mediche, dove i biologi sono maggiormente presenti, specialmente nei settori della diagnostica e della ricerca. Tuttavia, si sottolinea la scarsa partecipazione di altre categorie dirigenziali — come chimici, farmacisti, fisici e psicologi — che comunque, svolgono compiti indispensabili per il corretto funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Il rischio è quello di sottovalutare il contributo di tutte le figure della dirigenza sanitaria, che operano in ambiti altamente specialistici ed è quindi importante riconoscere il valore strategico di queste professionalità e prevedere misure per innalzare significativamente gli spazi assunzionali, evitando che restino figure sottostimate pur svolgendo compiti di fondamentale importanza.

“

Dalla survey emerge, da un lato una categoria altamente specializzata, esperta, dedicata e desiderosa di crescita professionale. Dall'altro, si evidenziano criticità legate al ricambio generazionale, alle limitate opportunità di avanzamento e alla percezione di una formazione non sempre adeguata.

Esperienza e Incarichi

Un aspetto molto rilevante emerso dall'indagine riguarda l'anzianità lavorativa: oltre la metà dei partecipanti (50,18%) lavora nel settore da più di 20 anni. Questo dato evidenzia una dirigenza esperta a cui dovrebbe essere garantita un percorso di crescita professionale e gestionale.

L'80,92% dei rispondenti dichiara di avere un incarico dirigenziale retribuito. Tuttavia, il tipo di incarico ricoperto mostra una certa frammentazione: solo il 17,36% ha un ruolo gestionale, mentre la maggior parte (45,48%) ricopre un incarico di tipo professionale e il 37,16% rimane inquadrato in ruoli di base. Questo dato solleva una questione cruciale: la progressione verso ruoli gestionali sembra limitata, nonostante l'esperienza maturata. Inoltre, se andiamo a vedere cosa hanno risposto i colleghi alla domanda "Quale incarico professionale ricopri", ci si accorge che di quel circa 45% che ha di-

chiarato di avere un incarico professionale, solo il 15% ha indicato di ricoprire un'alta/altissima specialità o un incarico di studio e ricerca. Preoccupa ancor di più il fatto che circa il 30% non sia stato in grado di definire il proprio incarico professionale.

Questo dato non va sottovalutato: evidenza non solo una possibile carenza nella comunicazione interna e nella chiarezza dei percorsi di carriera, ma anche una più profonda disfunzione organizzativa. La mancata consapevolezza del proprio ruolo da parte di una parte così significativa della dirigenza potrebbe mascherare una realtà ben più critica, in cui molti professionisti restano bloccati in posizioni di base, senza riconoscimento formale delle competenze acquisite o delle responsabilità effettivamente svolte.

In altre parole, l'incertezza sul proprio incarico professionale potrebbe riflettere una mancata valorizzazione delle figure dirigenziali, con un effetto a catena: demotivazione, rallentamento dei percorsi di crescita e, di conseguenza, impoverimento delle competenze strategiche per il Servizio Sanitario Nazionale.

Opportunità di Crescita e Formazione

Uno degli aspetti più critici emersi riguarda la percezione delle opportunità di crescita professionale. Solo il 28,07% ritiene di avere possibilità concrete di avanzamento, mentre il 37,65% dichiara di non vedere prospettive e il 34,28% non è sicuro.

Questo senso di stagnazione non è solo il risultato di difficoltà organizzative o di contingenze locali, ma riflette un problema strutturale più ampio: il nostro Servizio Sanitario Nazionale non dispone di un vero sistema premiante per le carriere dirigenziali. La mancanza di un percorso chiaro e meritocratico, capace di riconoscere e valorizzare l'esperienza, le competenze specialistiche e l'impegno professionale, blocca di fatto la crescita.

Interessante notare che quasi la metà dei dirigenti (49,68%) desidera crescere in ambito professionale, mentre il 38,42% punta a un incarico gestionale. Questo dato suggerisce che molti dirigenti sanitari non ambiscono necessariamente a ruoli manageriali, ma piuttosto ad un riconoscimento e a un'evoluzione delle proprie competen-

ze specialistiche.

Un ulteriore elemento critico da considerare è che i ruoli gestionali disponibili per la dirigenza sanitaria sono estremamente limitati. Questo restringe ulteriormente le opportunità di chi aspira a ruoli di coordinamento e leadership, trasformando quei pochi posti disponibili in traguardi quasi irraggiungibili. Di conseguenza, molti dirigenti, pur desiderando una crescita professionale, restano bloccati in ruoli base, privi di una reale prospettiva di avanzamento.

È fondamentale, quindi, valorizzare chi rimane nell'ambito specialistico, riconoscendo formalmente il loro contributo strategico. La crescita professionale non deve essere vista come una "seconda scelta" rispetto all'avanzamento gestionale, ma come un percorso alternativo e altrettanto necessario per garantire al Servizio Sanitario Nazionale competenze sempre più avanzate e innovative.

Sul fronte della formazione, il dato è più incoraggiante: il 94,21% ha partecipato a corsi di aggiornamento nell'ultimo anno, segno di una dirigenza attenta e desiderosa di mantenersi aggiornata. Tuttavia, il 30,96% ritiene di non avere sufficienti opportunità di formazione, evidenziando una possibile discrepanza tra l'offerta formativa attuale e le reali esigenze dei dirigenti.

Conclusioni

La survey dipinge un quadro chiaro e al tempo stesso complesso della dirigenza sanitaria italiana. Da un lato, emerge una categoria altamente specializzata, esperta, dedicata e desiderosa di crescita professionale. Dall'altro, si evidenziano criticità legate al ricambio generazionale, alle limitate opportunità di avanzamento e alla percezione di una formazione non sempre adeguata.

Questi risultati suggeriscono la necessità di politiche mirate a valorizzare le competenze già esistenti, incentivare il ricambio generazionale e creare percorsi di carriera più chiari e accessibili. Solo così sarà possibile garantire una dirigenza sanitaria preparata, motivata e capace di affrontare le sfide future del Servizio Sanitario Nazionale.

Convegno Cosmed

Confederazioni a confronto
con istituzioni ed Enti per chiedere
il dissequestro delle liquidazioni

TFR/TFS DIMENTICATI

Da oltre 15 anni i dipendenti pubblici ricevono il trattamento di fine rapporto in forma differita e rateizzata con attese fino a 7 anni; si tratta di una mancata corresponsione di un emolumento salariale differito nonché di un sequestro di un bene personale, con perdite economiche di rilievo per i dipendenti pubblici

**ELEONORA
ALBANESE**
*Comitato Direttivo
Cosmed*

Il tema molto sentito da Cosmed è stato al centro del recente convegno dal titolo “Il trattamento di fine rapporto dei dipendenti pubblici: proposte e iniziative per superare l’inaccettabile sequestro della liquidazione” promosso dal suo Segretario generale, Giorgio Cavallero, quale risultato dell’impegno sinergico dell’interconfederale (Cgil-Uil-Cgs-Cse-Cosmed-Cida-Codirp) ormai da mesi attiva con numerose altre iniziative sul tema: la petizione lanciata su Change.org per chiedere il dissequestro delle liquidazioni e i ricorsi sui vari fori del territorio nazionale affinché la Corte Costituzionale si pronunci.

“Un sequestro che dura da 28 anni – ha detto nel suo intervento Giorgio Cavallero – inizia nel 1997 con il governo Prodi, poi nel 2010, con il governo Berlusconi c’è un appesantimento dei tempi e dell’erogazione in tranches; nel 2014 con il governo Letta le tranches diventano più piccole; l’ultima finanziaria peggiora ulteriormente la situazione, nel silenzio generale. In due occasioni la Corte Costituzionale ha sollecitato il Parlamento a modificare la norma perlomeno nei riguardi di coloro che hanno raggiunto il limite massi-

mo di anzianità anagrafica. Corte Costituzionale che parla di ‘inerzia legislativa’, visto che i suoi richiami risultano inascoltati”.

Ma quanto risparmia lo Stato non riconoscendo la liquidazione ai dipendenti pubblici nei tempi giusti? Considerando un TFS medio di 82400 euro, un dipendente pubblico andato in pensione nel 2022 perde 11.735 euro, ovvero il 14,2%. Guardando poi i numeri delle uscite, circa 170mila l’anno, e moltiplicandoli per quegli 11.700 euro, in termini di inflazione, la perdita raggiunge i 2 miliardi e 157 milioni. Se poi si sommano i tagli fatti anche con l’innalzamento del limite ordinamentale, si arriva ad una cifra di 4 miliardi e 600 milioni. La recente legge di bilancio per il 2025, infatti, ha ulteriormente differito in molti casi l’erogazione del trattamento di fine rapporto in conseguenza dello spostamento del limite ordinamentale a 67 anni, che rischia di aumentare le penalizzazioni per alcune categorie di dipendenti pubblici i cui rendimenti pensionistici erano già stati ridotti nella scorsa legge di bilancio. Anche la politica ha dato il suo contri-

buto al dibattito con la partecipazione di parlamentari sia della maggioranza che dell’opposizione.

“Sono favorevole a iniziative che possono armonizzare il pubblico con il privato e viceversa” ha detto Walter Rizzetto di Fratelli d’Italia e Presidente dell’XI Commissione lavoro pubblico e privato della Camera nel suo intervento. “Nello specifico parliamo dei trattamenti di fine rapporto, è indubbio che su questo tema ci sia una differenza tra pubblico e privato” ha proseguito poi annunciando di aver calendarizzato su richiesta non soltanto delle opposizioni ma anche di una sostanziosa parte della maggioranza le due proposte di legge degli Onorevoli Colucci, 5 Stelle e Bagnasco, Forza Italia e di aver trasmesso gli atti con una relazione al MEF e alla Ragioneria dello stato per quantificare la cifra e individuare le coperture finanziarie. “Si parla di qualche miliardo, ha detto, tendenzialmente al netto della parte che va alla tesoreria come quota TFR la copertura è una copertura che politicamente dovrebbe essere intrinseca in quello che già esiste, anche se tecnicamente non lo è”.

Il Segretario Generale della Cosmed ha ribattuto che con la Legge Finanziaria, “non solo non siamo andati avanti, ma siamo tornati indietro perchè con l’innalzamento ordinamentale si va a differire il TFS/TFR e si va anche a rompere quel patto che era stato fatto con i medici e con gli infermieri sulle pena-





lizzazioni dicendo che a 65 anni non ci sarebbero state mentre adesso ci sono. In sede interpretativa afferma noi chiediamo la disponibilità a sterilizzare perlomeno tutto ciò che è stato fatto dalla legge di bilancio”.

Arturo Scotto del Partito Democratico, componente dell’XI Commissione lavoro pubblico e privato della Camera ha concordato con l’Onorevole Rizzetto di ripartire dalla proposta di legge di Colucci e richiama l’attenzione sul fatto che “nonostante siano aperte parecchie procedure concorsuali andremo ad un turn-over massiccio se è vero che nel “26 vanno in pensione 300000 persone e entro il 2030 arriveremo ad 1 milione di persone i numeri del TFS cresceranno in maniera significativa. Abbiamo bisogno di ricostruire un patto tra il governo le parti sociali e il lavoro pubblico e questo si fa fatica nel momento in cui in tutti i provvedimenti di legge non c’è mai un passaggio che riguarda la concertazione sindacale”.

Secondo Alfonso Colucci deputato del Movimento 5 Stelle “La sentenza della Corte Costituzionale del 23 Giugno 2023 parla chiaro: il Tfs ha natura giuridica di retribuzione, pertanto il suo importo deve essere congruo e il pagamento tempestivo. Con tale sentenza, la Consulta ha detto al Parlamento di provvedere e sanare il vulnus esistente. Solo tre giorni dopo, il M5S ha presentato una proposta di legge a mia firma che prevede di ridurre a massimo 3 mesi i tempi di pagamento delle liqui-



dazioni di questi lavoratori, e di rivalutare gli importi in base all’aumento dell’inflazione”. “L’esame della pdl – ha proseguito - si è fermato dopo i rilievi della Ragioneria generale dello Stato. Reputiamo tale decisione alquanto singolare perché compito della politica è trovare le risorse per attuarla e non fermarsi alla prima difficoltà. Bisogna che questo diritto venga riconosciuto ai cittadini senza ulteriori perdite di tempo e denaro, visto che, come stimato dalle stesse sigle che hanno organizzato il convegno, su un Tfs medio di 82.400 euro i lavoratori rischiano di perdere

quasi 12mila euro a causa dell’alta inflazione degli ultimi anni”.

“Il Movimento non ne ha fatto e non farà una battaglia ideologica – ha assicurato Colucci in conclusione –. Abbiamo suggerito al Governo di trovare un accordo con le banche e con Poste italiane per ottemperare il rispetto dei saldi di finanza pubblica con l’esigenza dei cittadini di riscuotere quanto prima queste somme che, voglio ricordarlo, i dipendenti pubblici hanno versato. Per Platone la verità nasce dal confronto: dunque, apriamo subito un tavolo interistituzionale per trovare una soluzione e portiamo a casa il risultato, evitando inutili pannicelli caldi”.

Chiamata più volte in causa l’Inps, Roberto Ghiselli, presidente del Civ, ha ricordato che “il Consiglio di Vigilanza si è espresso un anno fa rispetto al tema Tfr/Tfs con delibera, ponendo l’accento su 4 aspetti: promuovere un’azione nei confronti del legislatore e del governo per intervenire sui tempi delle erogazioni delle prestazioni sapendo che vi è un danno concreto ai danni dei lavoratori; esplorare il tema dell’anticipazione della prestazione, tema su cui l’Inps aveva avviato una sperimentazione poi interrotta da un’obiezione del Mef, ma su cui c’è ancora in piedi un’interlocuzione Inps-Mef; agire sulle difficoltà amministrative che allungano ulteriormente i tempi; chi aderisce a fondi complementari ha diritto ad ottenere la liquidazione in sei mesi, stiamo lavorando sulle difficoltà dell’istituto a rispettare tali tempistiche”.

“Il Convegno – ha concluso Cavallero – ha rappresentato un proficuo momento di confronto tra le sigle interconfederali del pubblico impiego e la politica offrendo spunti di riflessione e riportando all’attenzione mediatica una questione cogente che perdura ormai da anni: il sequestro del TFS dei dipendenti pubblici”.

L’evento ha evidenziato la linea di indirizzo comune sul tema da parte delle diverse sigle che rappresentano i variegati profili professionali del pubblico impiego, ha sottolineato l’importanza della condivisione tra sindacato, politica e attori direttamente coinvolti consentendo di aprire un dialogo per l’avvio della risoluzione del problema che sicuramente richiederà del tempo in considerazione delle tappe necessarie, ma che permetterà di declinare una calendarizzazione delle stesse”.

Il dato diviene ancora più allarmante se pensiamo che i giovani medici iniziano a non iscriversi più neanche alle scuole di specializzazione, visto il calo di affluenza che supera il 50% in alcune discipline (le più dure, le meno aperte alla gratificazione, le più rischiose).

Solo un cieco può non vedere che lo stato sociale sta scricchiolando con buona pace di quel senso civico che ha nutrito fino ad oggi il nostro Paese. Oggi più che mai appare evidente la crisi, perfino ai non addetti ai lavori, affetti dalla sindrome del dottor Google, in netto aumento soprattutto sui nuovi canali di comunicazione e negli ambulatori.

Investire su professionisti economicamente. Investire sulla loro sicurezza. Investire sul miglioramento delle loro condizioni di lavoro. Non si tratta di richieste puramente sindacali e categoriali, ma di condizioni che potrebbero migliorare lo stato di salute della popolazione e quello dell'economia del nostro Paese.

Un medico che riesce a curare senza la spada di Damocle della denuncia e senza temere ogni giorno di essere aggredito, un medico che riesce a conciliare il tempo vita con il tempo di lavoro, un medico che ha il tempo di fare una diagnosi senza la conta dei minuti e senza un'invasiva burocrazia produce più salute, riducendo i costi e la inappropriata, e un cittadino che si ammala meno e si cura meglio, lavora di più, contribuendo all'aumento del PIL del Paese.

Occorre urgentemente un vero e proprio Patto per la Salute, lontano da ideologie che appartengono a una politica ormai passata, capace da un lato di creare un percorso di presa in cura del paziente e dall'altro di governare la prorompente tecnologia, a cominciare dalla, IA, utilizzandola per facilitare il lavoro del medico anziché sostituirlo. Un patto della salute che riesca finalmente a integrare le competenze tra le diverse professionalità che animano il nostro servizio sanitario, superando i silos corporativi, un patto della salute che guardi con occhi diversi alla formazione fornendo le basi per un professionista migliore, cresciuto in maniera integrata.

Un patto della salute tra professionisti, istituzioni, parti sociali, corpi intermedi e stakeholder che affronti l'annoso contenzioso tra sanità pubblica e sanità privata, e che risolva finalmente il problema della responsabilità professionale e delle competenze mediche.

Sarebbe una vera svolta che, forse, riuscirebbe a placare la rumorosa e silenziosa rivoluzione professionale della fuga che produce effetti negativi sulla tenuta del Ssn.

Non sappiamo più se vale ancora la pena di sperare ma, di certo, continueremo a lottare affinché si torni a parlare di professionisti e di sanità lontano da logiche partitiche.

È il tempo del coraggio di agire per evitare il deserto medico, la desertificazione di ospedali e luoghi di cura, la fine del servizio sanitario pubblico e nazionale.

È il tempo di agire con il coraggio delle soluzioni strutturali.

“Non esistono problemi; ci sono soltanto soluzioni.”

Andrè Gide



Io scelgo



L'ANAAO

**Per difendere la sanità pubblica.
Per tutelare il mio lavoro.**

**I SERVIZI
RISERVATI
AGLI
ISCRITTI**



**Gratis per
i nuovi iscritti**

POLIZZA RC COLPA GRAVE

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

**Gratis per
gli 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

**Tariffe promo
per gli iscritti**

CYBERSECURITY

Per proteggere i dati personali
dagli attacchi informatici

**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**

ECM/FAD

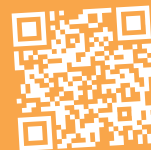
Con la Fondazione Pietro Paci
un provider di qualità per la formazione

**Tariffe promo
per gli iscritti**

SPECIALIZZANDI E NEOLAUREATI

Polizze Responsabilità Civile Professionale
e Tutela Legale

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



ANAAO  **ASSOMED**

www.anaao.it





myAnaaao

Connessi per Assisterti.

Polizze assicurative, busta paga,
ufficio legale, previdenza.
**Tutte le tue domande
con noi trovano risposta.**



Inquadra il QR CODE
per prenotare
la tua consulenza.
Il servizio è attivo
l'ultimo mercoledì
del mese a partire
da gennaio 2025.

**L'ultimo mercoledì di ogni mese
dalle 15 alle 18 consulenti esperti
offriranno assistenza personalizzata
e gratuita per le tue esigenze.**

#ioscelgoAnaaao



www.anaao.it

