

# d!

**1 Editoriale**

Lo 'stipendio emotivo':  
la nuova sfida del lavoro

**11 Salute mentale**

Le richieste di rifinanziamento

**13 Appello al Governo  
e alle Istituzioni**

Non siamo Dirigenti  
di serie B

**14 Dirigenza Sanitaria**

Piano Pandemico 2025-2029:  
luci, ombre e poco coraggio

Il mensile dell'Anaa Assomed



# CCNI

## Al via le trattative per il rinnovo

# 2025 2027

**Conosciamo  
i nuovi vertici  
regionali  
Anaa Assomed**

A pagina 6  
la prima parte

## 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 Domenico Scarlatti, 27

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

**Ufficio Commerciale**  
[info@homnya.com](mailto: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 maggio 2026

## Lo ‘stipendio emotivo’: la nuova sfida del lavoro

**Negli ultimi tempi** si sente spesso parlare di ‘stipendio emotivo’ come richiesta peculiare soprattutto dei giovani. Ma cosa c’è dietro questa definizione? E, soprattutto, quali possono essere le ragioni di una scelta che solo in apparenza può sembrare scontata?

Anzitutto va sgombrato il campo dal pregiudizio che si possa trattare di un capriccio generazionale. Sì, perché una riflessione più attenta, riporta al concetto di lavoro, che da sempre viene valutato quasi esclusivamente in base allo stipendio economico. Oggi, invece, non solo tra i giovani, ma anche tra molti lavoratori meno giovani, qualcosa sta cambiando se, come sembra, cresce la richiesta di uno “stipendio emotivo”, cioè di quell’insieme di fattori che rendono il lavoro a misura d’uomo e compatibile con la propria vita personale.

È inevitabile leggere questa scelta come una risposta a un mercato del lavoro che, negli ultimi anni, è diventato più precario, competitivo e spesso stressante. Oggi non si chiede soltanto una retribuzione adeguata, ma anche rispetto per il tempo libero, opportunità di crescita, benessere psicologico e un ambiente umano più sano.

Se costretti a scegliere tra “la borsa o la vita”, molti lavoratori non avrebbero dubbi. Perché, in fondo, siamo davvero di fronte a una rapina: quella del tempo.

**La busta paga emotiva** ha le sue voci: flessibilità oraria; smart working; equilibrio tra vita privata e lavoro; riconoscimento professionale; clima aziendale positivo; possibilità di formazione; attenzione alla salute mentale; valori aziendali condivisi. In sostanza, è tutto ciò che fa sentire una persona valorizzata e non semplicemente “utilizzata” come forza lavoro.

L’accelerazione impressa dalle nuove generazioni su questo fronte è sicuramente figlia dei tempi. La precarietà occupazionale, l’aumento del costo della vita e le trasformazioni tecnologiche mettono a dura prova anche l’equilibrio psicologico dei giovani. Che con i loro genitori, però, condividono uno spartiacque che ha segnato un prima e un dopo: la pandemia da Covid-19. Un evento che ha profondamente rimodulato le priorità dei lavoratori di tutto il mondo e di tutte le età, trasformando il concetto stesso di lavoro.

**L’idea di sacrificare** completamente il proprio tempo e il proprio benessere per il lavoro e la carriera non è più così tenace. Il che non significa non avere voglia di lavorare, ma desiderare un lavoro che non consumi tutte le energie mentali ed emotive.

Anche tra i medici e i dirigenti sanitari la diffusione del burnout, dell’ansia e dello stress lavorativo ha contribuito a rendere centrale il tema del benessere psicologico.

Ma il loro datore di lavoro è pronto a reggere questo impatto?

SILVIA PROCACCINI

Responsabile ufficio  
comunicazione

Segue a pagina 16

# CCNL 2025-2027

Le priorità indicate dall'Anaa Assomed per il nuovo contratto sono chiare e sono state illustrate dalla delegazione trattante guidata dal Segretario nazionale. In queste pagine riportiamo una sintesi degli incontri tra Aran e sindacati del 29 aprile, 7 e 28 maggio

**Parte una trattativa cruciale per la categoria: al centro carriere, sicurezza delle cure e sostenibilità del lavoro medico e sanitario**

## L'incontro del 29 aprile

Si è aperta in un clima di forte attesa la nuova stagione contrattuale della dirigenza medica e sanitaria del Servizio sanitario nazionale. Un appuntamento definito cruciale dalle organizzazioni sindacali, Anaa in testa, perché, per la prima volta nell'ultimo decennio, il confronto prende avvio prima della scadenza naturale del contratto vigente. Un elemento non soltanto formale, ma politico e organizzativo, che secondo i rappresentanti della categoria potrebbe consentire di affrontare con maggiore efficacia i nodi strutturali che da anni interessano il lavoro medico e sanitario.

La riunione inaugurale del 29 aprile ha rappresentato il primo momento di confronto tra Aran e le diverse componenti sindacali, chiamate a presentare priorità, criticità e obiettivi della nuova tornata negoziale. Tra le voci più nette quella di Anaa Assomed, che ha parlato apertamente della necessità di una svolta normativa e organizzativa capace di incidere concretamente sulle condizioni di lavoro dei professionisti.

Secondo il sindacato, il contratto si colloca in una fase particolarmente delicata per la sanità pubblica. Una fase segnata non soltanto dalla cronica carenza di personale e dalle difficoltà organizzative delle aziende sanitarie, ma anche da una crescente crisi identitaria

della dirigenza medica e sanitaria. Burnout, stanchezza professionale, demotivazione e perdita di attrattività del sistema pubblico rappresentano oggi elementi strutturali di un disagio che coinvolge trasversalmente ospedali e servizi territoriali.

In questo scenario, il rinnovo contrattuale viene considerato uno strumento fondamentale per ristabilire regole più moderne, chiare ed equilibrate. "Il contratto non può risolvere da solo tutti i problemi della professione", ha dichiarato Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale dell'Associazione, "ma può creare condizioni normative capaci di migliorare concretamente la qualità del lavoro e, di conseguenza, la qualità delle cure".

Uno dei temi centrali emersi nella discussione riguarda il **sistema delle carriere**. Secondo l'Anaa, i percorsi di crescita professionale continuano a essere troppo lenti, poco accessibili e in alcuni casi ancora influenzati da logiche considerate clientelari o politiche. L'obiettivo dichiarato è costruire un modello più trasparente e meritocratico, in grado di valorizzare competenze, esperienza e responsabilità professionali.

Particolare attenzione è stata dedicata anche all'**organizzazione del lavoro** e alla **gestione dell'orario**. Il sindacato chiede una revisione profonda delle attuali regole, soprattutto alla luce delle

trasformazioni intervenute negli ultimi anni. Tra i punti più delicati figura il tema dell'orario eccedente e dell'algoritmo che oggi ne disciplina il calcolo. L'attuale sistema rischia di tradursi in un aumento delle ore lavorate non adeguatamente retribuite a seguito dell'incremento del fondo di risultato.

Sul tavolo anche la regolamentazione dello **smart working** e del lavoro a distanza, aspetti diventati centrali dopo l'esperienza pandemica ma ancora privi, secondo il sindacato, di una disciplina sufficientemente chiara e uniforme. La richiesta è quella di definire regole che consentano di governare questi strumenti evitando disparità applicative o utilizzi impropri da parte delle aziende sanitarie.

Altro nodo considerato prioritario dall'Anaa Assomed è quello della continuità assistenziale in maniera particolare per quanto riguarda la gestione delle **guardie** e delle pronte disponibilità, tema direttamente collegato alla **sicurezza delle cure**. Proprio la sicurezza è stata indicata come uno dei pilastri dell'intera trattativa. Non soltanto sicurezza per i professionisti, sempre più esposti a stress lavorativo, aggressioni e sovraccarico organizzativo, ma anche sicurezza per i pazienti. Il principio ribadito dalle organizzazioni sindacali è che un medico messo nelle condizioni di lavorare in maniera adeguata possa

“

Uno dei temi centrali emersi nella discussione riguarda il sistema delle carriere. I percorsi di crescita professionale continuano a essere troppo lenti, poco accessibili e in alcuni casi ancora influenzati da logiche considerate clientelari o politiche

garantire cure più efficaci e appropriate. Accanto agli aspetti organizzativi, il confronto guarda anche all'evoluzione demografica della professione sanitaria. La crescente presenza femminile, le nuove esigenze di conciliazione tra vita privata e lavoro e la necessità di strumenti più flessibili rendono indispensabile, secondo l'Anaa, una revisione delle norme sul part-time e sull'organizzazione complessiva del lavoro. Il sindacato ritiene che il contratto debba adeguarsi rapidamente ai cambiamenti della composizione professionale della categoria, superando modelli ormai considerati datati.

Tra i temi affrontati anche la valorizzazione dell'**aggiornamento professionale** e della **formazione continua**, ritenuti elementi strategici sia per la crescita dei professionisti sia per il mantenimento della qualità del sistema sanitario pubblico. Parallelamente è stata ribadita la necessità di una maggiore tutela della dirigenza sanitaria, categoria che secondo il sindacato ha subito negli anni effetti particolarmente pesanti a causa delle manovre finanziarie e delle restrizioni normative succedutesi nel tempo.

Nel corso del primo incontro è emersa inoltre l'importanza di una forte convergenza tra le diverse sigle sindacali. In una fase così complessa, la capacità di presentarsi con una piattaforma condivisa viene considerata un elemento decisivo per rafforzare il peso della trattativa e ottenere risultati concreti.

Il messaggio politico lanciato dall'Anaa Assomed appare chiaro: questa non dovrà essere una semplice proroga tecnica o un "contratto ponte", ma un rinnovo capace di introdurre cambiamenti reali. Il Segretario Di Silverio ha ribadito di non avere preclusioni ideologiche rispetto al confronto, ma ha anche chiarito che la firma arriverà soltanto in presenza di miglioramenti normativi giudicati realmente vantaggiosi per la categoria.

La trattativa si annuncia serrata. Sono già stati programmati ulteriori incontri entro i mesi di giugno e luglio e, secondo quanto riferito dai rappresentanti sindacali, l'Aran avrebbe mostrato finora una significativa disponibilità al dialogo.

L'obiettivo finale resta quello di trovare un equilibrio tra sostenibilità economica, tutela dei professionisti e qualità dell'assistenza. Una sintesi che non riguardi soltanto le condizioni di lavoro della dirigenza sanitaria, ma che abbia ricadute dirette sull'intero sistema di cura. "Garantire ai medici e ai dirigenti sanitari condizioni di lavoro dignitose e sicure – ha dichiarato Di Silverio – significa tutelare anche i pazienti e il futuro stesso della sanità pubblica".



## Il nodo risorse e norme

**“Non sarà un accordo ponte”.  
La dirigenza medica  
punta su carriere, orari e sicurezza**

“

**Sul piano metodologico, la vera novità di questa tornata contrattuale sarà rappresentata dall'avvio contestuale di tavoli tecnici dedicati ai diversi capitoli del contratto**

**L'incontro del 7 maggio**

**La nuova tornata contrattuale** entra nel vivo con il secondo incontro Aran-Sindacati, primo confronto dedicato alle **risorse economiche** e con un messaggio politico-sindacale chiaro: il rinnovo non dovrà trasformarsi in un semplice contratto tecnico di transizione, ma in un accordo "normale", strutturato e capace di intervenire concretamente sull'organizzazione del lavoro nel Servizio sanitario nazionale.

L'entità delle risorse economiche già note nelle settimane precedenti è stata confermata nel corso dell'incontro. L'aumento contrattuale previsto per la dirigenza sanitaria si attesta al 5,4%, in linea con il resto della pubblica amministrazione, ma grazie alle risorse aggiuntive ottenute attraverso le ultime leggi finanziarie l'incremento complessivo arriva al 7,7% lordo. Un risultato che l'Anaa Assomed rivendica come non scontato e che consente alla categoria di differenziarsi almeno in parte dagli altri comparti pubblici.

Determinante, in questo senso, il finanziamento straordinario ottenuto sull'in-

dennità di specificità medica e sanitaria. Le risorse extracontrattuali aggiuntive ammontano a circa 484 milioni di euro, somme che ora dovranno essere redistribuite all'interno del nuovo contratto. Proprio sul tema della specificità continua, tuttavia, a persistere una forte tensione sindacale. Secondo i rappresentanti della dirigenza sanitaria rimane infatti una significativa sperequazione tra il trattamento riconosciuto alla dirigenza medica e quello destinato alla dirigenza sanitaria non medica.

Una disparità che viene definita non soltanto economica, ma anche simbolica e professionale. Per questo motivo è in preparazione una lettera aperta indirizzata al Governo con la richiesta di ulteriori risorse extracontrattuali finalizzate a colmare il divario. "È una questione di dignità della dirigenza sanitaria", ha ribadito l'Anaa nel corso dell'incontro, sottolineando come il riconoscimento professionale non possa limitarsi ai soli aspetti organizzativi.

Sul piano metodologico, la vera novità di questa tornata contrattuale sarà rappresentata dall'avvio contestuale di ta-

voli tecnici dedicati ai diversi capitoli del contratto. L'obiettivo è quello di affrontare in modo più approfondito le singole materie – dalle carriere all'orario di lavoro, fino alla libera professione – così da arrivare alla trattativa politica con sintesi già condivisa.

Questo cambio di impostazione viene accolto con molto favore da parte sindacale e visto come un importante approccio rispetto alle precedenti tornate negoziali, spesso caratterizzate da rinnovi tardivi e da contratti definiti "economici" o "di transizione". Questa volta, invece, il confronto avviene mentre il contratto è ancora vigente. Una circostanza considerata decisiva perché consente teoricamente di discutere senza la pressione delle scadenze già superate e di concentrarsi sulle modifiche normative necessarie ad adeguare il lavoro sanitario ai cambiamenti degli ultimi anni.

Sul fronte economico, il giudizio resta prudente. Anaa Assomed riconosce che gli incrementi previsti rientrano nel quadro generale della pubblica amministrazione e ribadisce come, rispetto all'inflazione e all'aumento del costo della vita, gli aumenti contrattuali restino comunque insufficienti. Da qui la strategia perseguita negli ultimi anni: accompagnare le risorse ordinarie con finanziamenti extracontrattuali ottenuti attraverso la legge di bilancio. Una linea che verrà mantenuta anche per il futuro.

Accanto alla questione salariale, però, il vero cuore della trattativa resta quello normativo. L'obiettivo dichiarato è correggere quelle criticità che, pur essendo state in parte disciplinate nel precedente contratto, continuano a generare forti differenze applicative tra le aziende sanitarie. Persistono, infatti, interpretazioni disomogenee delle norme contrattuali e continuano a verificarsi situazioni che costringono i lavoratori a ricorrere a diffide e azioni formali nei confronti delle aziende.

"Una denuncia o una diffida rappresentano una sconfitta per tutti", è stato osservato durante il confronto, sottolineando la necessità di introdurre clausole ancora più stringenti e difficilmente aggirabili.

Altro capitolo decisivo è quello **dell'orario di lavoro**. I sindacati chiedono regole che garantiscano la piena retribuzione delle ore effettivamente lavorate, contrastando il fenomeno delle prestazioni eccedenti non riconosciute. In questo contesto viene richiamato anche il tema dell'algoritmo previsto dall'articolo 27 comma 3, introdotto nella precedente tornata contrattuale e ora ritenuto da consolidare e rendere strutturalmente applicabile.

Particolarmente determinata anche la



“

**Anaa Assomed chiede nuove clausole di garanzia che obblighino le aziende a utilizzare integralmente le risorse disponibili, evitando che somme destinate ai lavoratori restino inutilizzate**

posizione sul numero massimo di posti letto che possono essere seguiti da un solo professionista in servizio di guardia. Secondo l'Anaa Assomed non è più sostenibile che un singolo professionista debba contemporaneamente garantire assistenza a un numero eccessivo di pazienti, con inevitabili ripercussioni sia sulla sicurezza degli operatori sia sulla qualità delle cure.

Tra le priorità compare inoltre il tema tecnico, ma strategico dei **residui dei fondi contrattuali**. Si tratta delle risorse economiche destinate dal contratto alle Aziende che, qualora non vengano utilizzate o distribuite, finiscono per ridurre concretamente la percezione degli aumenti salariali e incidono negativamente anche su produttività, disagio e progressioni di carriera.

Su questo punto Anaa Assomed chiede nuove clausole di garanzia che obblighino le aziende a utilizzare integralmente le risorse disponibili, evitando che somme destinate ai lavoratori restino inutilizzate.

Un altro tema destinato a entrare nel vivo del confronto è quello della **libera professione intramoenia**. L'Anaa denuncia da tempo un clima di crescente ostilità verso l'attività libero-professionale, spesso indicata come una delle cause delle liste d'attesa. Una lettura giudicata semplicistica e fuorviante. Secondo i rappresentanti dei medici, le criticità del sistema derivano soprattutto da anni di programmazione insufficiente e da carenze organizzative e politiche. In questo contesto, la libera pro-

fessione viene invece rivendicata come uno spazio residuale di autonomia e libertà professionale per chi opera in esclusiva nel servizio pubblico.

Nel dibattito è emerso anche il tema della **formazione specialistica e del tutoraggio degli specializzandi**. I sindacati chiedono che il contratto riconosca economicamente il ruolo dei dirigenti medici e sanitari che svolgono attività di tutoraggio negli ospedali. Una funzione considerata ad alta responsabilità e oggi spesso svolta senza alcuna remunerazione aggiuntiva, a differenza di quanto avviene nell'ambito universitario. L'Anaa Assomed ribadisce infine la disponibilità al dialogo e alla ricerca di una sintesi, ma conferma anche la linea già annunciata nei giorni scorsi: il contratto verrà firmato soltanto in presenza di miglioramenti concreti e verificabili.

Un chiarimento è arrivato anche sul significato della mancata firma. "Non firmare il contratto – ha spiegato Di Silverio - significa non sottoscrivere nemmeno la preintesa", scelta che comporterebbe l'esclusione dai successivi tavoli di contrattazione decentrata aziendale. Una decisione estrema che i sindacati auspicano di evitare, ma che resta sul tavolo nel caso in cui il rinnovo non venga ritenuto soddisfacente.

L'obiettivo dichiarato resta quello di costruire un contratto "migliore del precedente e peggiore del futuro", in una logica di progressivo miglioramento delle condizioni di lavoro e della qualità del sistema sanitario pubblico.

# Relazioni sindacali e lavoro a distanza

## L'incontro del 28 maggio

Nel confronto sulle **relazioni sindacali**, l'Anaa Assomed ha ribadito con chiarezza un principio centrale: il Decreto legislativo 165/2001 non consente di ricondurre l'organizzazione del lavoro nell'ambito della contrattazione integrativa, ossia nel livello più incisivo e vincolante del confronto sindacale.

È importante ricordare che esistono tre diversi livelli di relazioni sindacali:

**la contrattazione integrativa**, che rappresenta il livello più cogente perché richiede necessariamente la firma sindacale per poter assumere decisioni;

**il confronto**, nel quale l'azienda ha l'obbligo di discutere con le organizzazioni sindacali, pur mantenendo la possibilità di decidere autonomamente;

**l'informazione**, che costituisce il livello meno incisivo e prevede semplicemente la comunicazione ai sindacati delle decisioni adottate o in via di adozione.

Partendo da questo quadro normativo, abbiamo sostenuto con fermezza che tutto ciò che oggi non può essere inserito nella contrattazione integrativa debba almeno rientrare nell'ambito del confronto sindacale. Pensiamo in particolare a temi che incidono direttamente sulla qualità del lavoro e sulla vita dei professionisti: organizzazione dei turni, gestione delle notti e più in generale tutti gli aspetti organizzativi che hanno un impatto concreto sul lavoro quotidiano. Abbiamo inoltre richiesto che rientri nell'informazione sindacale anche l'informazione sull'entità e sull'utilizzo delle risorse derivanti dalle trattative del 5% sulle tariffe libero-professionali dei dirigenti che la legge 120/2007 destinata progetti di riduzione delle liste d'attesa. Abbiamo inoltre sottolineato la necessità che il confronto a livello regionale diventi obbligatorio e non più lasciato alla discrezionalità delle singole amministrazioni ampliandone anche le prerogative.

Nel corso della seduta si è discusso anche dell'organismo paritetico. Su questo tema abbiamo ribadito con chiarezza la nostra posizione: riteniamo che tale organismo non debba occuparsi diret-



tamente delle problematiche inerenti all'organizzazione del lavoro, alla gestione dei carichi assistenziali o ad altri aspetti strettamente organizzativi.

Ciò in quanto, all'interno dell'organismo paritetico, manca un reale principio di rappresentatività sindacale, essendo lo stesso strutturato secondo una logica di sostanziale parità formale tra le componenti ("uno vale uno").

Abbiamo inoltre richiesto che la validità della contrattazione integrativa aziendale sia subordinata al raggiungimento della maggioranza delle deleghe sindacali.

Riteniamo però che l'organismo possa comunque svolgere un ruolo utile e positivo su temi condivisi, come ad esempio il welfare, il benessere organizzativo e tutte quelle materie che richiedono una collaborazione comune tra amministrazione e lavoratori.

Più articolato e complesso è stato invece il confronto sul **lavoro a distanza**.

Su questo tema abbiamo evidenziato la necessità di distinguere in modo netto ciò che la normativa definisce smart working (lavoro agile) da ciò che viene definito come telelavoro. Si tratta infatti di modelli differenti: il primo maggiormente orientato agli obiettivi, il secondo più legato all'organizzazione della prestazione lavorativa all'interno dell'orario di lavoro in una sede diversa da quella abituale.

La vera sfida sarà capire come applicare concretamente queste modalità all'interno della realtà ospedaliera e sanitaria, che presenta caratteristiche molto diverse rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione.

La nostra posizione resta comunque molto chiara: ogni forma di lavoro deve essere riconosciuta, regolata e adeguatamente valorizzata anche dal punto di vista economico.

Siamo consapevoli che esistano specializzazioni per le quali il lavoro da remoto è di fatto impraticabile, così come esistono altre attività dove invece il lavoro a distanza può rappresentare un'opportunità concreta e un valore aggiunto, purché venga disciplinato in modo serio e dignitoso.

Riteniamo però che il percorso sia ancora lungo, perché occorre definire con precisione limiti, modalità applicative, criteri organizzativi e strumenti di tutela. Dobbiamo infatti ricordare sempre che, pur facendo parte della funzione pubblica, il nostro lavoro non è assimilabile a quello amministrativo: le attività sanitarie presentano caratteristiche peculiari e difficilmente standardizzabili.

Abbiamo comunque ribadito con forza che il lavoro a distanza deve poter rappresentare un'opportunità e uno strumento di conciliazione tra vita personale e attività lavorativa, per tutti i dirigenti e soprattutto in presenza di condizioni particolari come disabilità, gravidanza o necessità temporanee del dipendente. Su questo punto anche Aran ha mostrato apertura, presentando una proposta generale che va in questa direzione.

I lavori riprenderanno l'8 giugno, quando proseguirà la discussione su relazioni sindacali e lavoro a distanza. Parallelamente proseguiranno anche i tavoli tecnici sugli incarichi e sugli altri temi centrali del contratto.

Resta fermo il principio che guida la nostra strategia sindacale: il contratto potrà essere firmato soltanto se sarà realmente migliorativo delle condizioni di lavoro dei professionisti.

Non esistono vincoli temporali o scadenze più importanti della qualità del contratto stesso. Il nostro obiettivo è chiaro: chiudere il contratto solo nel momento in cui saremo certi di aver ottenuto condizioni di lavoro migliori. Se invece le condizioni dovessero peggiorare, non ci saranno le condizioni per la firma.

L'auspicio è che già dai prossimi incontri si possa arrivare a una sintesi condivisa sui temi delle relazioni sindacali e del lavoro a distanza, così da poter concentrare il lavoro successivo sugli incarichi e sugli altri aspetti ancora aperti del rin-

“  
**Resta fermo il principio che guida la nostra strategia sindacale: il contratto potrà essere firmato soltanto se sarà realmente migliorativo delle condizioni di lavoro dei professionisti**”

Prima  
parte



In questa prima parte i contributi di Lombardia, Provincia autonoma di Bolzano, Liguria, Marche, Toscana, Lazio e Calabria.

## I nuovi vertici regionali Anaa Assomed

# I SEGRETERARI ELETTI

Pubblichiamo in queste pagine gli interventi dei segretari regionali Anaa Assomed, neoeletti o confermati alla guida delle rispettive realtà territoriali fino al 2030.

### LOMBARDIA

**Consolidare la presenza, rafforzare la tutela**

**Massimiliano Oliva**

È il nuovo segretario Anaa Assomed Lombardia. Dirigente medico Sc ortopedia e traumatologia San Carlo, Asst Santi Paolo e Carlo, Milano. Succede a Stefano Magnone per il mandato 2026-2030.

La nuova segreteria regionale Anaa Assomed Lombardia si insedia in una fase complessa per il Servizio Sanitario Regionale e per l'intero Ssn. Le trasformazioni organizzative in corso, la pressione crescente sui luoghi di lavoro e il disagio diffuso tra i professionisti richiedono un sindacato capace di essere presente, competente e concreto.

Il primo obiettivo è chiaro: rafforzare la rete delle Segreterie Aziendali, che rappresentano il presidio sindacale più vicino ai colleghi e ai problemi quotidiani. L'autonomia delle realtà locali è un valore da difendere, ma deve essere accompagnata da un supporto regionale stabile, rapido e qualificato. Assistenza nelle vertenze, consulenza contrattuale, strumenti operativi condivisi e canali di comunicazione efficaci sono elementi essenziali per rendere la rappresentanza più incisiva e omogenea sul territorio.

Sul piano delle criticità immediate, carichi di lavoro e turnazioni restano il nodo centrale. La progressiva riduzione degli organici e le difficoltà organizza-

tive si traducono spesso in condizioni di lavoro non sostenibili, con ricadute sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza dei professionisti. È necessario riportare questi temi al centro della contrattazione, dotando le strutture sindacali di strumenti tecnici per misurare, documentare e contrastare le situazioni più critiche.

Accanto a questo, la Lombardia vive una fase di transizione legata alla riorganizzazione del sistema territoriale e alla ridefinizione dei rapporti tra Ats e Asst. Il rischio è una frammentazione che indebolisce identità professionali e continuità dei servizi. Il ruolo del sindacato è vigilare su questi processi, tutelare le competenze e favorire una reale integrazione tra prevenzione, territorio e assistenza.

Un altro ambito strategico riguarda il rapporto tra sistema sanitario e università. Il necessario equilibrio tra attività assistenziale, didattica e ricerca deve essere presidiato con attenzione, evi-

tando squilibri organizzativi e disparità economiche e di carriera tra professionisti che operano nello stesso contesto. La sanità privata accreditata rappresenta una componente strutturale del sistema lombardo. In questo ambito è prioritario sostenere un percorso di equiparazione contrattuale: a parità di prestazioni erogate per il servizio pubblico, non possono esistere differenze rilevanti nei diritti e nelle tutele.

Particolare attenzione sarà dedicata ai giovani dirigenti e agli specializzandi, sempre più esposti a condizioni di lavoro difficili e spesso privi di prospettive chiare. Il rischio di fuga verso il privato o verso altre forme di lavoro impone un impegno concreto su carriera, formazione e qualità del tempo di vita. Allo stesso tempo, il contributo dei colleghi in pensione può rappresentare una risorsa preziosa in termini di esperienza e supporto, se inserito in un quadro coerente e orientato al ricambio generazionale.



## ALTO ADIGE

**Servono investimenti veri e condizioni che trattengano i medici”**

### Alessandro Felici

**Cambio al vertice del sindacato Anaa Assomed/Vlk in Alto Adige. Alessandro Felici, 47 anni, internista e viceprimario di Geriatria all'ospedale di Bolzano, è stato eletto nuovo segretario provinciale dell'Associazione. Succede a Edoardo Bonsante, che manterrà il ruolo di vicesegretario.**

Un passaggio di consegne che arriva in una fase delicata per la sanità altoatesina, segnata da una crescente difficoltà nel trattenere i professionisti sanitari e da una pressione sempre più intensa su chi rimane.

Felici, originario di Ascoli Piceno ma da anni radicato nel sistema sanitario provinciale, non nasconde le criticità che attendono il sindacato. Il tema centrale è quello di un'autentica emorragia di medici che stanno abbandonando l'Alto Adige. La destinazione è duplice: da un lato il resto d'Italia, dove il nuovo Ccnl ha introdotto condizioni lavorative e retributive più competitive; dall'altro Paesi quali Germania, Austria e Svizzera, dove gli stipendi sono significativamente più alti e l'organizzazione del lavoro è considerata più sostenibile.

Il paradosso altoatesino, sottolinea Felici, è evidente: una provincia storicamente considerata un modello virtuoso della sanità pubblica italiana si trova oggi in difficoltà proprio sul fronte dell'attrattività professionale. Il costo della vita in Alto Adige, e in particolare a Bolzano, ha raggiunto livelli molto elevati, mentre i contratti integrativi locali non hanno saputo tenere il passo. Il risultato è che molti medici preferiscono cercare altrove condizioni più equilibrate tra reddito e qualità della vita.

Chi resta, prosegue il neosegretario, è spesso costretto a turni pesanti e stra-



ordinari continui per sostenere il costo della vita. Tra turni di reparto, reperibilità, ambulatori, burocrazia e aggiornamento professionale obbligatorio, molti medici ospedalieri superano regolarmente le quaranta ore settimanali, arrivando anche a quota quarantotto. «La situazione è diventata insostenibile», afferma Felici, evidenziando le difficoltà nel trovare sostituti durante ferie o malattie e il rischio crescente di burnout tra gli operatori sanitari.

Sul fronte contrattuale, Felici riconosce che il momento è tutt'altro che semplice, ma è convinto che sia proprio questa la congiuntura giusta per aprire un dialogo serio e costruttivo con la Provincia. «Siamo consapevoli delle difficoltà – afferma – ma è esattamente nei momenti di crisi che si creano le condizioni per cambiamenti strutturali veri». I primi segnali nelle trattative in corso vengono letti con cauto ottimismo, come un'apertura da non sprecare. Quello che serve, sottolinea il neosegretario, è un segnale forte e concreto: un impegno che dimostri come la Provincia intenda davvero rendere solida e sostenibile la sanità altoatesina nel lungo periodo. Senza un adeguamento reale delle condizioni economiche e organizzative, il rischio è che anche l'Alto Adige finisca per trovarsi nelle stesse difficoltà strutturali che affliggono molte regioni italiane, dove la carenza di medici ha già compromesso la continuità dei servizi. Tra le sfide che attendono la sanità provinciale ci sono anche le Case di comunità previste dal Pnrr. Per Felici il progetto può rappresentare un'opportunità importante per alleggerire la pressione sul pronto soccorso, ma solo a determinate condizioni. «Le Case di comunità devono essere strutture vere, integrate, con équipe multiprofessionali e strumenti diagnostici adeguati», afferma. Il rischio è che si trasformino in semplici contenitori creati in fretta per rispettare le scadenze del Pnrr, trasformando un'occasione preziosa per rafforzare la medicina territoriale in un'opportunità mancata.

Il messaggio con cui Felici si insedia alla guida dell'Anaa altoatesina è chiaro: senza investimenti seri sul capitale umano nelle retribuzioni, nell'organizzazione del lavoro e nella qualità della vita professionale, nessuna struttura, per quanto moderna, potrà funzionare. I medici non si trattengono con gli edifici, ma con le condizioni in cui si chiede loro di lavorare.

## LIGURIA

**Tra carenze, stress e aggressioni: continua la battaglia di Anaa Assomed Liguria**

### Raffaele Aloi

**È stato confermato segretario Anaa Assomed regionale per il mandato. È Direttore del Dipartimento di Prevenzione e della Sc Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro - Asl 2 Liguria.**

Nella giornata del 9 maggio 2026, si sono tenute le elezioni della nuova Segreteria Regionale Anaa Assomed Liguria che sono onorato di Rappresentare anche per il prossimo quadriennio. In questi 4 anni di mandato 2022-2026, molte sono state le battaglie da affrontare viste le continue difficoltà nell'assumere nuovo personale Medico e della Dirigenza Sanitaria malgrado i concorsi. Lo stress lavoro correlato è aumentato, sono aumentate le aggressioni, aumenta sempre di più l'età pensionabile ed il richiamo verso una attività libero professionale si fa sempre più forte. Si è puntato sul dialogo costruttivo e, laddove non fossimo stati soddisfatti, abbiamo usufruito della preziosa collaborazione di un pool di avvocati a seconda delle specificità da evadere, introducendo la presenza fissa di un Legale ogni settimana presso la nostra sede.

Siamo cresciuti da 983 iscritti nel giugno 2022 raggiungendo la quota di 1.233 a fine Aprile 2026 con un incremento del 25%. Sono stati organizzati Corsi, Convegni Regionali e Nazionali e trovato spesso un comune accordo di intenti ed iniziative con l'Inter sindacale Regionale. Le sfide in questi futuri quattro anni saranno durissime ma, alla base della nostra attività, non mancherà mai la forza e la speranza di poter dare sempre più dignità alla professione sanitaria e far sentire il più possibile i nostri colleghi accolti da un team di professionisti sempre più preparati e dispo-



# I nuovi vertici regionali Anaao Assomed

nibili con particolare attenzione alla crescita sindacale delle giovani leve. Nel medio periodo, sarà fondamentale rafforzare la capacità del sindacato di incidere nel dibattito pubblico, utilizzando dati, analisi e proposte per orientare le scelte istituzionali e riportare al centro il valore del lavoro medico e sanitario.

La sfida è rendere il sindacato sempre più vicino ai luoghi di lavoro, capace di ascoltare e intervenire con tempestività, senza rinunciare a una visione complessiva del sistema.

Consolidare quanto costruito e migliorarlo: è questo l'impegno della nuova Segreteria Regionale.

## TOSCANA

### Il divorzio silenzioso tra la sanità toscana e chi la fa funzionare

Francesco Carbone

È il nuovo segretario Anaao Assomed Toscana. Direttore Uoc radiologia Amiata Senese-Val d'Orcia-Valdichiana Senese, succede a Gerardo Anastasio per il mandato 2026-2030.

La Regione Toscana rappresenta bene, in piccolo, la distopia del Ssn tra qualità elevata e scarso riconoscimento del ruolo del personale sanitario. Il Programma nazionale esiti pone il Sst al secondo posto dopo il Veneto per le sue performance, ammesso che i dati aggregati abbiano un qualche valore assoluto. La percezione dei cittadini, infatti, escludendo l'alta complessità proposta nelle nostre "cattedrali sanitarie", è simile a quella del tizio della statistica dei polli a testa, dove la media dei numeri dice che va tutto bene ma i PS sono intasati e gli appuntamenti per una radiografia per molti cittadini sono a mesi e a molti chilometri di distanza.

Sul versante del Personale dati e percezione invece coincidono. L'attrattività

del Sst è ai minimi termini, con retribuzioni medie tra le più basse d'Italia e un disagio lavorativo diffuso anche se differenziato. Nel caso delle Aziende Ospedaliere-Universitarie si pone il problema del riconoscimento professionale degli ospedalieri, le cui carriere sono ostacolate dalla vivace inventiva della minoranza universitaria, che si accaparra pressoché tutti gli incarichi di peso, garantendo un salto professionale solo ai pochi ospedalieri che a loro volta divengono universitari. Quasi l'affermazione palese che la dignità del nostro lavoro dipenda dalla targa di appartenenza, il professore è bravo, il dottore un po' meno. Per non parlare del lavoro gratuito offerto dagli ospedalieri in termini di tutoraggio, didattica e supporto alla ricerca e in nessun modo riconosciuto.

Nel caso dei territori ci si confronta con un problema nient'affatto originale e che rientra nel paradigma del deserto sanitario, già vissuto da altri paesi. Si propongono sedi disagiate, distanti dalle grandi città e con asset clinici spesso a bassa complessità, in cui le professioniste e i professionisti non trovano stimoli professionali adeguati, percepiscono una insicurezza professionale legata alla scarsità di investimenti strutturali e culturali (i tempi sono quelli che sono e bisogna razionalizzare, si sa), spesso apprezzando sulla propria pelle una organizzazione più basata sull'abitudine e su norme desuete che non sullo stato dell'arte. Il telelavoro è di fatto solo un'ipotesi così come quei supporti di welfare che potrebbero fare la differenza tra scegliere di entrare nel sistema o darsela a gambe levate.

In sede regionale non si può dire che i rapporti sindacali vivano un chiaro atteggiamento oppositivo. Tuttavia, le buone intenzioni contenute negli accordi al tavolo regionale lastricano una strada fatta di inadempienze e disapplicazioni a livello aziendale, mentre la Regione, in maniera pilatesca e un po' ambigua, scarica sui sindacati il ruolo di unico controllo. Pretendere che gli accordi regionali siano recepiti dalle Aziende e che la Regione collabori nel farsi carico della loro corretta applicazione sarà un elemento fondamentale già dai prossimi mesi, non rivestendo tale passaggio solo una semplice valenza tecnica ma avendo anche un chiaro valore politico nel comprendere le reali intenzioni dei nostri riferimenti istituzionali. Inoltre, in tempi di scarse risorse economiche da mettere in campo, insistere su elementi di qualità del lavoro e di miglioramento dell'equilibrio tra questo e vita privata sarà fondamentale: utilizzo pieno dell'1% del monte salariale a scopi formativi, come previsto dal Ccnl (nel 2024 nelle aziende territoriali toscane ne è stato utilizzato solo

il 15%), welfare non solo sulla genitorialità, ma anche di sostegno alla mobilità ad esempio, forte spinta sul telelavoro soprattutto laddove vi siano attività cliniche o formative in cui non vi sia una evidente necessità alla presenza fisica, come formazione da remoto, teleriferazione/teleconsulenza, attività clinica ad elevato contenuto amministrativo/burocratico), riconoscimento economico e curriculare delle attività non assistenziali svolte dagli ospedalieri nelle aziende ospedaliere-universitarie. Ma, perché si neutralizzi concretamente questo divorzio in atto tra Sst e Dirigenza medica e sanitaria, convincendo anche quel 40% dei professionisti non toscani laureati nelle Università di questa Regione a scegliere la Toscana per il loro futuro professionale e per garantire la salute dei suoi cittadini, bisognerà modernizzare l'impianto organizzativo attualmente fondato sulla legge regionale 40/2005. Su questo i professionisti dovranno dire la loro, sempre che la politica voglia avere un sussulto all'altezza della storia di questa regione.



La Regione Toscana rappresenta bene, in piccolo, la distopia del Ssn tra qualità elevata e scarso riconoscimento del ruolo del personale sanitario

## MARCHE

### Un'Anaao aperta e vicina ai colleghi: il mio impegno per le Marche

Fabiana Faiella

È la nuova segretaria Anaao Assomed Marche. Dirigente Medico in un Servizio Territoriale Dipendenza Patologiche nella AST Ascoli Piceno, succede a Daniele Fumelli per il mandato 2026-2030.

Ho assunto il ruolo di Segreteria Regionale con grande emozione ma anche con profondo senso di responsabilità, perché per me questo incarico non rappresenta un traguardo personale, bensì un punto di partenza, l'inizio di un percorso collettivo, grupppale, che dovrà essere costruito con coraggio, impegno, visione e concretezza. Nelle Marche



stiamo vivendo ormai da un paio d'anni una fase di trasformazione del Servizio Sanitario Regionale, con il passaggio dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale alle Aziende Sanitarie Territoriali e ogni giorno, nei nostri reparti, negli ambulatori, nei servizi territoriali, tocchiamo con mano le difficoltà di un sistema sotto pressione, che affronta le fatiche comuni a tanti colleghi che lavorano nel Ssn: carenze di personale, carichi di lavoro sempre più gravosi, burocrazia soffocante, perdita di attrattività delle professioni sanitarie, mancate progressioni di carriera. Eppure, nonostante tutto, continuiamo a garantire cura, professionalità e dedizione. Questo è il nostro punto di partenza: la forza della nostra comunità professionale! Perché è di persone che stiamo parlando, donne e uomini che ogni giorno rinunciano a tanto, troppo forse, per dedicarsi alla cura di altre persone! La consapevolezza dei problemi, però, ci rende rassegnati, ci stiamo abituando alle condizioni di lavoro che viviamo e laddove non ne possiamo più l'unica alternativa possibile sembra quella dell'abbandono del Ssn! Il sentimento di frustrazione e la sensazione di impotenza ci logorano e ci fanno arrabbiare ma soprattutto vanno ad intaccare inevitabilmente la qualità della nostra vita professionale e personale, al punto tale da configurare nei casi estremi una vera e propria sindrome da burnout. Allora la tutela delle condizioni di lavoro diviene centrale, dobbiamo batterci con determinazione per organici adeguati, per una corretta applicazione dei contratti, per la sicurezza nei luoghi di lavoro e per il rispetto del nostro ruolo. La dignità del lavoro medico e sanitario non è negoziabile, pertanto ritengo sia necessario creare una cultura del benessere nei luoghi di lavoro, che parta dai bisogni dei lavoratori e non dall'alto, creando soprattutto tra i colleghi una nuova coscienza di sé e del proprio ruolo, sensibilizzando le persone alla necessità di rivedere la propria posizione e di divenire protagonisti di un cambiamento, perché un professionista che lavora in un ambiente "sano" garantisce maggiore sicurezza al paziente. Per fare questo, però, è necessario un rafforzamento della rappresentanza nel territorio marchigiano. Dobbiamo essere più vicini ai colleghi, nei luoghi di lavoro, ascoltando bisogni reali e offrendo risposte concrete; questo significa costruire una rete capillare di referenti, valorizzare i giovani e coinvolgere chi oggi si sente distante o disilluso. Sempre più giovani medici guardano altrove, spesso fuori dal sistema pubblico o addirittura fuori dal Paese. Dovremmo poter invertire questa tendenza, cercando di rendere il Servizio Sanitario Regionale un luogo

“

**Il sentimento di frustrazione e la sensazione di impotenza ci logorano e ci fanno arrabbiare ma soprattutto vanno ad intaccare inevitabilmente la qualità della nostra vita professionale e personale, al punto tale da configurare nei casi estremi una vera e propria sindrome da burnout**

in cui valga la pena lavorare e crescere. Indubbiamente non è un'impresa facile, anzi a dirla tutta sembra quasi impossibile! Come potremo garantire opportunità di carriera, formazione continua di qualità, valorizzazione del merito e riconoscimento economico adeguato nella desolazione frustrante della realtà attuale? Non possiedo le risposte a questi quesiti, però sento il bisogno di costruire spazi di confronto, occasioni di crescita, momenti in cui si tenti di ragionare sulla possibilità di un futuro che non lasci indietro nessuno, ma valorizzi ogni competenza. E allora credo che uno degli impegni più importanti per l'Anaaio nelle Marche sia proprio quello di ridurre le distanze, non solo geografiche, ma anche organizzative e culturali, coinvolgere soprattutto le nuove generazioni che vivono e lavorano nel sistema sanitario regionale delle Marche. Io immagino un'Anaaio aperta, capace di fare rete, un luogo nel quale non si entri solo quando c'è un problema, ma dove si senta la volontà di restare per trovare insieme nuove soluzioni, attraverso la formazione, l'innovazione organizzativa e la comunicazione, come pilastri fondanti del cambiamento. Tutto questo necessita di una base ampia, partecipe e consapevole, per questo rivolgo un invito sincero a tutti i colleghi medici e dirigenti sanitari: partecipate, portate idee, critiche, proposte. Il sindacato non è "qualcuno altro", siamo tutti noi, e più siamo, più riusciremo ad essere forti e rappresentativi!

## LAZIO

### Dalla ricostruzione al rilancio: Anaaio Lazio apre una nuova fase

**Aldo Di Blasi**

**È stato confermato il segretario Anaaio Assomed Lazio per il mandato 2026-2030. Direttore uoc Diagnostica per Immagini e Direttore del Dipartimento dei servizi ASL Roma 5.**

Il quadriennio che si è appena concluso è risultato molto complesso per la Segreteria Regionale di Anaaio Lazio sia sul fronte interno che sul fronte dei rapporti con la Regione, la cui politica sanitaria è stata caratterizzata da un marcato accentramento decisionale cui ha corrisposto un progressivo indebolimento della Sanità Pubblica. In tale contesto, Anaaio Assomed Lazio ha dovuto non soltanto ricostruire la propria identità organizzativa, ma anche rilanciare con fermezza e determinazione il proprio ruolo di autorevole interlocu-

tore istituzionale, costruendo strategie comuni con la Direzione strategica nazionale di Anaaio. È nata così Anaaio Lazio 2.0, una organizzazione solida, agile, capace di ascoltare le esigenze degli oltre 2.500 iscritti e di assicurarne la corretta rappresentazione nelle sedi istituzionali, di interpretare in anticipo le criticità organizzative a livello sia aziendale che regionale e di confermare il tradizionale ruolo di sindacato di proposta di Anaaio Assomed.

Con tali presupposti la nuova segreteria regionale riceve con orgoglio e senso di responsabilità il mandato conferito dagli iscritti per il prossimo quadriennio di continuare a rappresentare le esigenze dell'intera comunità professionale, accompagnando medici e dirigenti sanitari lungo tutte le fasi della loro vita lavorativa nella consapevolezza che ogni fase del percorso professionale richiederà ascolto, tutela, valorizzazione e una presenza sindacale costante, competente e inclusiva. Sul versante regionale sarà necessario continuare ad affrontare attraverso un confronto fermo e costruttivo le rilevanti criticità in atto in tema di adeguamento delle dotazioni di personale delle aziende, di individuazione di regole condivise per l'accesso alle attività incentivanti, di strumenti innovativi di implementazione del welfare aziendale e di modelli organizzativi che assicurino la conciliazione tra i tempi di lavoro e la qualità della vita personale dei lavoratori, attraverso un modello di confronto istituzionale stabile, strutturato e verificabile, fondato su calendari condivisi, interlocutori chiaramente individuati e proposte formalmente definite. Parallelamente, sarà necessario assicurare una gestione responsabile e lungimirante di percorsi particolarmente delicati e strategici per la carriera professionale degli iscritti, quali quelli connessi con la clinicizzazione dei reparti ospedalieri.

Quanto appena esposto potrà essere sviluppato attraverso:

- 1 il rafforzamento della rete organizzativa interna e delle relazioni intersindacali.



# I nuovi vertici regionali Anaao Assomed

- 2 la tutela legale sistematica dei professionisti
- 3 l'individuazione di nuove modalità di mobilitazione sindacale, quali il cosiddetto "sciopero digitale", da valutare e disciplinare con il massimo rigore sotto il profilo giuridico, etico e deontologico, nella prospettiva di coniugare efficacia dell'azione sindacale, continuità dell'assistenza e salvaguardia della dignità professionale ed economica dei lavoratori.
- 4 il miglioramento delle condizioni di lavoro e la valorizzazione professionale dei professionisti. In tale contesto, si ritiene necessario prevedere che le economie derivanti dalle posizioni vacanti siano riallocate, secondo criteri trasparenti e verificabili, a favore dei professionisti chiamati a sostenere un carico di lavoro crescente e non adeguatamente compensato.
- 5 la semplificazione amministrativa e la reale deburocratizzazione dei processi clinico-diagnostici, unitamente al potenziamento del personale amministrativo di supporto, quali condizioni indispensabili per migliorare l'efficienza organizzativa e la qualità del lavoro dei professionisti.

Bisogna inoltre proseguire i lavori di importanti "cantieri strategici" aperti su temi destinati a incidere profondamente sul futuro della professione sanitaria e della sanità pubblica:

la riforma del sistema elettorale degli Ordini professionali e il rilancio del coordinamento ordinistico regionale, per garantire maggiore rappresentanza agli ospedalieri e alle colleghe;

- l'organizzazione della sanità penitenziaria, attraverso l'aggiornamento di normative ormai obsolete e l'introduzione di specifiche indennità;
- il governo dell'intelligenza artificiale, che deve essere impiegata come strumento di supporto all'appropriatezza prescrittiva e alle decisioni cliniche basate sulle linee guida;
- la comunicazione e la formazione, mediante campagne mirate e iniziative dedicate a valorizzare il ruolo dell'azione sindacale e ad accrescere partecipazione e adesioni, soprattutto tra giovani e donne.

Il futuro di Anaao Assomed Lazio - così come una parte significativa delle prospettive della sanità pubblica nel nostro territorio - dipenderà in maniera sostanziale dal contributo, dalla responsabilità e dall'impegno che ciascuno di noi saprà assumere a partire da questo momento.

## CALABRIA

### Criticità e strategie per rilanciare il sistema sanitario

Luigi Ziccarelli

È stato confermato Segretario Anaao Assomed Calabria per il mandato 2026-2030. Dirigente Medico Uoc di Radioterapia Oncologica dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza.

La sanità in Calabria continua a vivere una situazione di forte difficoltà, segnata da problemi strutturali che incidono sulla qualità dei servizi e sul diritto alla salute dei cittadini. Carenza di personale, liste d'attesa troppo lunghe, infrastrutture obsolete e difficoltà organizzative rappresentano le principali criticità di un sistema che necessita di interventi urgenti e di una programmazione a lungo termine.

Uno dei problemi più gravi riguarda la mancanza di medici, infermieri, tecnici e operatori sociosanitari. In molti ospedali il personale è insufficiente rispetto alle necessità, con conseguente aumento dei carichi di lavoro e condizioni di forte stress per gli operatori sanitari. Questa situazione si riflette inevitabilmente sulla qualità dell'assistenza e sui tempi di accesso alle cure.

Le liste d'attesa per visite specialistiche, esami diagnostici e interventi chirurgici continuano infatti a rappresentare un'emergenza. Molti cittadini sono costretti a rivolgersi al settore privato oppure a spostarsi in altre regioni per ottenere cure più rapide. A ciò si aggiunge la presenza di strutture ospedaliere spesso datate e poco attrezzate, soprattutto nelle aree interne della Calabria, dove i servizi risultano più carenti.

La Regione soffre inoltre una scarsa capacità di attrarre giovani medici e specialisti, che scelgono frequentemente di lavorare altrove, in cerca di migliori condizioni economiche e professionali. Persistono anche difficoltà burocratiche e amministrative che rallentano la gestione delle risorse e l'organizzazione

dei servizi sanitari.

Per affrontare questa situazione è necessario costruire una strategia articolata su più livelli, nella quale il ruolo delle organizzazioni sindacali può diventare centrale.

Nel breve periodo, tra uno e due anni, occorre intervenire sulla tutela del personale sanitario attraverso una contrattazione mirata al miglioramento degli stipendi e delle condizioni di lavoro. Diventa fondamentale garantire supporto agli operatori sottoposti a turni pesanti e carichi eccessivi.

Parallelamente, è necessario ridurre le liste d'attesa mediante accordi con strutture private accreditate, potenziamento dei turni straordinari e campagne di screening. Importante anche rafforzare la sanità territoriale con unità mobili e servizi di supporto per le aree più isolate.

Nel medio periodo, tra tre e cinque anni, la priorità dovrà essere il rafforzamento strutturale del sistema sanitario regionale. Servono programmi di reclutamento per medici specialisti, infermieri e operatori sociosanitari, insieme alla stabilizzazione del personale precario.

Occorre inoltre investire nella riqualificazione degli ospedali e dei presidi territoriali, riducendo le disparità tra i grandi centri urbani e le zone periferiche. La creazione di poli di eccellenza in settori come cardiologia, oncologia e riabilitazione potrebbe contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza e a limitare la mobilità sanitaria verso altre regioni.

Un ruolo decisivo dovrà essere svolto dalla digitalizzazione: cartelle cliniche elettroniche, prenotazioni online e telemedicina possono rendere il sistema più efficiente e accessibile, riducendo anche la burocrazia.

Nel lungo periodo sarà invece necessaria una vera riforma strutturale della sanità calabrese. Nuovi ospedali, potenziamento dell'assistenza territoriale e investimenti nella ricerca e nell'innovazione rappresentano passaggi indispensabili per costruire un sistema moderno e sostenibile.

Fondamentale sarà anche valorizzare il personale sanitario attraverso incentivi economici, opportunità di carriera e strumenti capaci di rendere la Calabria più attrattiva per professionisti e giovani laureati.

La crisi della sanità calabrese non può essere risolta con interventi temporanei. Serve una visione di lungo periodo che unisca investimenti, riforme organizzative e tutela dei lavoratori. Solo così sarà possibile garantire ai cittadini un sistema sanitario efficiente, moderno e realmente vicino ai bisogni del territorio.



**La crisi della sanità calabrese non può essere risolta con interventi temporanei. Serve una visione di lungo periodo che unisca investimenti, riforme organizzative e tutela dei lavoratori**



# Le richieste di rifinanziamento della Salute Mentale non possono più essere ignorate



**SUSANNA MONTALDO**  
Coordinatrice  
Commissione  
Psichiatria  
Anaa Assomed



**PIERINO DI SILVERIO**  
Segretario  
Nazionale Anaa  
Assomed

La strage avvenuta a Modena impone una riflessione seria, lucida e non strumentale. Siamo di fronte a un segnale drammatico della fragilità complessiva del nostro sistema di prevenzione, cura e presa in carico. Una cosa è evidente: la psichiatria territoriale è stata depauperata da anni di definanziamenti, i Centri di Salute mentale vengono accorpati per mancanza di operatori, lasciata senza risorse adeguate, il rischio è che nei casi più gravi, quando servono continuità terapeutica, monitoraggio, interventi domiciliari, equipe multidisciplinari e rapporto costante con le famiglie, il sistema pubblico deve essere presente. Se mancano personale, fondi, tempo e strutture territoriali, la presa in carico diventa fragile, intermittente, spesso tardiva.

I numeri confermano che la pressione sui servizi è enorme. Il Rapporto Salute Mentale 2024 del Ministero della Salute registra oltre **845 mila persone assistite** dai servizi specialistici, più di **272 mila nuovi contatti nell'anno** e oltre **10 milioni di prestazioni territoriali**. Nello stesso tempo, gli accessi in pronto soccorso per problemi psichiatrici sono in crescita: un segnale chiaro che il territorio fatica a intercettare il disagio prima che diventi emergenza.

Nell'arco del decennio le Regioni hanno realizzato imponenti Piani di riorganizzazione degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie accorpando e quindi diminuendo il numero dei Centri di Salute Mentale che sono la postazione territoriale capillare pensata per essere più vicino all'utenza. Nel mentre in questo decennio si è registrato un aumento della richiesta di prestazioni superiore al 30%, in presenza di una contrazione dei livelli organizzativi e di dotazione organica dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Nella Salute mentale si stima manchino circa mille medici e più di 2600 infermieri.

Se riduci i medici del 17% e aumenta il bacino di utenza del 30%, diventa matematicamente impossibile garantire le visite domiciliari, la continuità terapeutica e l'ascolto dei campanelli d'allarme che precedono i grandi scompensi. La psichiatria vive di relazioni e di tempo; togliere personale significa togliere cura. La strage di Modena dimostra che

quando lo Stato arretra nella tutela della salute mentale, a pagare il prezzo sono i pazienti abbandonati a sé stessi, le famiglie e la cittadinanza. Questo grido di allarme, lanciato più volte anche dal nostro Sindacato, non si può più ignorare.

Non c'è più tempo per i tavoli tecnici o per i rimpalli di responsabilità tra Stato e Regioni. Chiediamo:

1 **Un piano straordinario di assunzioni** di psichiatri, psicologi e infer-

mieri per colmare i vuoti d'organico che stanno distruggendo i DSM.

2 **Il blocco dei piani di accorpamento** dei servizi territoriali, restituendo prossimità alla cura.

3 **Il vincolo di destinazione dei fondi sanitari**: le Regioni devono destinare alla salute mentale almeno il 5% del fondo sanitario, per allinearsi agli standard europei minimi, che in Francia e Germania sono superiori al 10% del loro fondo sanitario.



## Salute mentale dei giovani in declino da un decennio

# L'ALLARME DELL'OCSE

**Condizioni peggiorate del 3-16% l'anno in 9 paesi su 11**

Il rapporto fotografa un deterioramento iniziato prima della pandemia e aggravato dalla crisi Covid. Ragazze e adolescenti più grandi i più colpiti. Servizi insufficienti e a soglia troppo alta, meno di un terzo dei Paesi raccoglie dati regolari per monitorare il fenomeno. "In declino da un decennio. La salute mentale di bambini, adolescenti e giovani è in declino da oltre un decennio nella maggior parte dei paesi Ocse. Lo afferma il nuovo rapporto "Child, Adolescent and Youth Mental Health in

# Salute mentale dei giovani L'allarme dell'Ocse

*the 21st Century*", pubblicato dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.

Il documento, che si basa su dati internazionali, letteratura scientifica e interviste a 29 esperti clinici e policy maker, fotografa un quadro preoccupante: in 9 paesi su 11 con serie storiche disponibili tra il 2012 e il 2022, gli indicatori di salute mentale dei giovani sono peggiorati con un tasso medio annuo compreso tra il 3% e il 16%. Solo Giappone e Corea hanno mostrato lievi miglioramenti. La pandemia da Covid-19 ha aggravato la situazione, ma la tendenza al peggioramento era già evidente dalla metà degli anni 2010.

## Adolescenti più grandi e ragazze: i più colpiti

Il rapporto evidenzia che le ragazze e le giovani donne, insieme agli adolescenti più grandi (15-19 anni), presentano i livelli di salute mentale più bassi. Nel 2022, il 68% delle ragazze di 15 anni ha riferito sintomi di malessere multipli, contro il 36% dei coetanei maschi. La percentuale di ragazze che dichiarano di sentirsi "giù" più di una volta a settimana è passata dal 28,6% del 2014 al 45,4% del 2022. Tra il 2015 e il 2023, in 13 paesi, i ricoveri per autolesionismo tra le ragazze di età 0-17 anni sono aumentati del 29%. I tassi di suicidio tra i giovani, invece, sono rimasti relativamente stabili nella maggior parte dei paesi.

## Le cause: fattori multipli interconnessi

Secondo il rapporto, non esiste un'unica causa del declino. I giovani navigano in una rete di pressioni multiple e intersecanti. Di seguito i fattori di rischio identificati dagli esperti e dalla letteratura scientifica.

## Digitalizzazione e social media

L'uso eccessivo di dispositivi digitali, specialmente prima di dormire, è fortemente associato a disturbi del sonno (a loro volta fattori di rischio per la salute mentale). L'uso dei social media è stato correlato a sintomi di ansia, depressione e insoddisfazione corporea, sebbene gli effetti siano generalmente piccoli e non sempre coerenti. Gli esperti vedono l'impatto complessivo della digitalizzazione più negativo che positivo.

## Cambiamento climatico e conflitti globali

Il 59% dei giovani in un'indagine globale su 10 paesi si è dichiarato "molto" o "estremamente" preoccupato per il clima, con il 45% che riferisce che questa preoccupazione influisce negativamente sulla vita quotidiana. Anche i conflitti globali, amplificati dall'esposizione mediatica, generano ansia tra i giovani.

## Pressioni economiche e disuguaglianze

Lo svantaggio socio-economico rimane un potente fattore di rischio. I giovani che percepiscono una mobilità sociale in calo e che vivono in condizioni di insicurezza abitativa o finanziaria mostrano tassi più elevati di depressione e ansia.

## Bullismo e cyberbullismo

In aumento negli ultimi anni, soprattutto tra gli adolescenti più giovani, sono fortemente associati a depressione, ansia e autolesionismo.

## Pressione scolastica

Tra il 2002 e il 2018, la quota di quindicenni che riferisce pressione scolastica è salita dal 39% al 54%, con un aumento più marcato tra le ragazze.

## Servizi insufficienti e a soglia troppo alta

Ventotto esperti su 29 intervistati hanno dichiarato che la salute mentale dei giovani è peggiorata nell'ultimo decennio. La maggior parte ritiene che il livello di supporto disponibile sia "troppo basso". Tuttavia, gli esperti non chiedono tanto un'espansione dei servizi specialistici, quanto piuttosto servizi a **bassa soglia di accesso** (low-threshold), olistici e con una forte componente di **supporto tra pari** (peer-to-peer). Modelli come gli headspace centres in Australia e i centri @ease nei Paesi Bassi vengono indicati come buone pratiche.

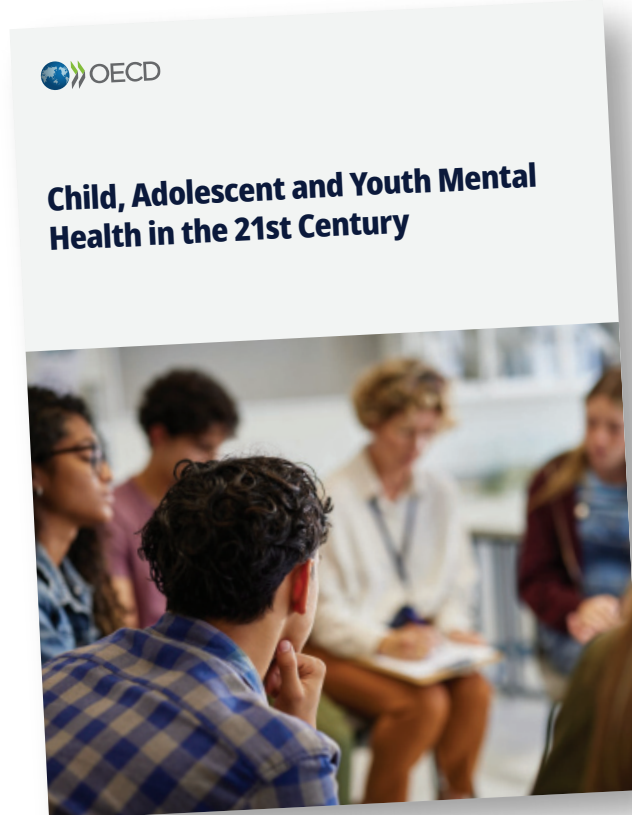
## Politiche digitali in espansione, ma efficacia incerta

Il rapporto rileva che molti paesi Ocse hanno introdotto divieti dei telefoni a scuola e limiti di età per l'accesso ai social media. Le valutazioni disponibili mostrano risultati contrastanti: alcuni studi rilevano miglioramenti nella concentrazione e riduzione del cyberbullismo, altri non trovano effetti significativi sul be-

nessere generale. L'Ocse raccomanda di valutare queste politiche anche in termini di impatto sulla salute mentale, prestando attenzione a possibili effetti collaterali (come la riduzione dell'accesso a comunità di supporto online).

## Meno di un terzo dei paesi Ocse raccoglie dati regolari

Il rapporto sottolinea una debolezza critica: meno di un terzo dei paesi Ocse dispone di serie temporali nazionali rappresentative sulla salute mentale dei giovani. Senza questi dati, è difficile monitorare le tendenze, valutare le politiche (come i divieti dei telefoni o i limiti di età sui social media) e progettare strategie efficaci di prevenzione e supporto.



## Le raccomandazioni dell'Ocse

Il rapporto conclude con un invito a un'azione coordinata e multisettoriale: rafforzare la prevenzione e la costruzione della resilienza, inclusi programmi scolastici di apprendimento socio-emotivo e alfabetizzazione sulla salute mentale; ampliare l'accesso a servizi a bassa soglia, olistici e supportati da pari; affrontare i determinanti upstream della salute mentale, come la povertà infantile, l'insicurezza abitativa e la pressione accademica; valutare rigorosamente le politiche digitali (divieti dei telefoni, restrizioni dei social media) includendo esiti di salute mentale; migliorare la raccolta di dati, attraverso indagini nazionali regolari e misure più granulari dell'engagement digitale.

La **petizione** promossa dalle organizzazioni sindacali per tutelare i biologi, chimici, fisici, psicologi, farmacisti e dirigenti delle professioni sanitarie

Il **finanziamento** previsto a regime dal 2026 per l'aumento dell'indennità di specificità per i Dirigenti della sanità peggiora le sperequazioni esistenti tra professionisti appartenenti alla medesima area contrattuale, che in verità provengono da percorsi formativi di analoga complessità e che condividono nella quotidianità lavorativa oneri e responsabilità di medesima caratura. Stiamo parlando della dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie, destinataria di un aumento mensile dell'indennità di specificità di soli 60 euro lordi.

**Non si tratta** solo di una questione di cifre, ma di svalorizzazione professionale e della funzione sociale della tutela della salute; si tratta di approssimazione e disinteresse nei confronti di Professionisti che nei servizi, anche in condizioni strutturali, organizzative ed economiche avverse, garantiscono la cura e la salute delle persone; un disinteresse che comincia fin dal percorso di specializzazione, finanziato in misura economicamente minore per i dirigenti sanitari.

Oggi, come dirigenti biologi, chimici, farmacisti, fisici sanitari, psicologi e dirigenti delle professioni sanitarie sentiamo il dovere di accendere un faro su questa situazione discriminante, ponendola all'attenzione di tutti i colleghi e le colleghe. Non possiamo più accettare che si legittimi e perpetui una sperequazione vergognosa che oltre ad offendere la dignità dei professionisti, mina l'unità e la compattezza dei servizi.

**Il Servizio Sanitario Nazionale**, infatti, si regge su un'architettura interprofessionale, multiprofessionale e multidisciplinare, perché i bisogni di salute hanno natura multidimensionale e richiedono una presa in carico globale, articolata e continuativa. La tenuta del Ssn passa anche dalla capacità di sviluppare modelli organizzativi innovativi, resilienti e sostenibili, in cui ciascun professionista possa esprimere le proprie competenze professionali e gestionali. Trattare biologi, chimici, farmacisti, fisici sanitari, psicologi e dirigenti delle professioni sanitarie come figure "minori" significa ignorare il cuore pulsante della prevenzione, della gestione integrata delle cure, della diagnostica, della riabilitazione, della ricerca e del benessere psicologico, pilastri insostituibili del diritto alla salute.

# NON SIAMO DIRIGENTI DI SERIE B



Inquadra il qr code e firma anche tu!

**La prospettiva** dell'iniquo finanziamento che ricade sul Ccnl 2025/2027 dell'indennità di specificità dei dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie rischia di avallare una visione ospedalocentrica, tutta incentrata sulla singola prestazione, frammentando e logorando il Servizio Sanitario Nazionale; una visione che non trova riscontro nella realtà operativa dei nostri ospedali e servizi territoriali e va in direzione contraria al modello bio-psico-sociale adottato dall'Oms e ispiratore del Pnrr. L'equa valorizzazione dei dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie rappresenta invece la dimostrazione concreta che le linee di attività garantite dai dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie non sono accessorie, bensì complementari a quelle di tutti gli altri professionisti; tale complementarietà assicura che il Servizio Sanitario Nazionale risponda alla complessità dei bisogni di salute di tutti e tutte con una speculare complessità della presa in carico, dell'assistenza e della cura.

**La trattativa** per il rinnovo del Ccnl 2025-2027 è l'occasione per cambiare rotta. Vogliamo dare voce ai dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie che non vogliono rassegnarsi a essere trattati come "dirigenti di serie B". Continueremo a difendere il Ccnl come strumento di equità e di attuazione dei più moderni sviluppi delle politiche di salute.

## Firma la petizione per chiedere di finanziare l'indennità di specificità sanitaria

**Invitiamo tutte le colleghe e i colleghi a sottoscrivere questo appello indipendentemente dalla propria appartenenza sindacale.**

**Chiediamo un impegno formale, pubblico e vincolante di Governo e Regioni a impegnarsi perché venga riparato il danno del sottofinanziamento dell'indennità di specificità previsto dalla legge di bilancio 2026, sperequato di ben 5 volte a danno dei Dirigenti sanitari, che ancora una volta prevedono un'iniqua distribuzione delle risorse.**

Riprendiamoci la dignità che ci spetta per tutelare la dignità dei servizi in cui lavoriamo e delle persone di cui ci prendiamo cura; per difendere, in definitiva, il nostro Servizio Sanitario Nazionale integrato, pubblico, universale, equo, solidale.

**Petizione promossa da:**  
ANAAO ASSOMED  
CIMO-FESMED  
AAROI-EMAC  
FASSID  
FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SANITARI  
FVM  
CISL MEDICI  
UIL FPL



# Piano Pandemico 2025-2029 **Luci, ombre e poco coraggio**



**PIERANGELO CLERICI**

*Direttivo Nazionale  
Dirigenza Sanitaria  
Anao Assomed*

**Finalmente** il 30 aprile 2026 la Conferenza Stato-Regioni ha dato il via libera definitivo al nuovo Piano Pandemico Nazionale 2025-2029.

Il documento giunge, in ritardo, a tre anni dalla scadenza del precedente e dovrebbe segnare un cambio di passo nella strategia di difesa sanitaria del Paese. Si parte da un approccio “multipatogeno” poiché il piano prevede l’ampliamento del proprio raggio d’azione non più alla sola Influenza ma a tutti i microorganismi patogeni a trasmissione respiratoria con maggiore potenziale pandemico.

Il Piano prevede, seguendo indicazioni operative indicate dall’Oms 2024 (Preparedness and Resilience for Emerging Threats, Module 1: Planning for Respiratory pathogen pandemics -Pret-) interventi operativi immediati che rapidamente vengano messi in atto rispetto all’eventualità di diversi scenari epidemiologici e di pianificare le Valutazioni di preparazione alle emergenze di sanità pubblica, (Phepa dell’Ecdc) sullo stato di attuazione dei piani nazionali di prevenzione, preparazione e risposta, descritti all’articolo 8 del Regolamento

(UE) 2022/2371 del Parlamento europeo. Non dimentichiamoci che però l’Italia si è astenuta (maggio 2025) insieme a Bulgaria, Egitto, Iran, Israele, Giamaica, Olanda, Paraguay, Polonia, Russia e Slovacchia, dall’approvazione del Piano Pandemico Globale proposto dall’Oms con una motivazione a dir poco cerchiobottista. “l’Italia intende ribadire la propria posizione in merito alla necessità di riaffermare la sovranità degli Stati nell’affrontare le questioni di salute pubblica. Apprezziamo che questo principio sia stato incluso nel testo dell’Accordo sulla pandemia”.

Così l’Italia nelle motivazioni al voto. L’Italia, si legge, accoglie “con favore” che si sia specificato che l’Accordo non autorizzi l’Oms a imporre agli Stati di adottare misure specifiche, come vietare o accettare viaggiatori, imporre vaccinazioni o attuare lockdown. “Riteniamo inoltre che l’Accordo debba essere attuato nel pieno rispetto dei principi di proporzionalità e tutela dei diritti fondamentali, inclusa la protezione dei dati personali e delle libertà individuali. Tenendo presenti questi principi, l’Italia auspica di continuare a collaborare con

gli altri Stati membri dell’Oms per definire le questioni in sospeso che, a nostro avviso, meritano ulteriori approfondimenti”.

Tornando al Piano Pandemico 2025-2029 i fondamenti su cui si basa sono: diagnostica, monitoraggio e vaccini.

## **I CINQUE OBIETTIVI PRIORITARI DEL PIANO:**

- 1 **Riduzione** dell’impatto sanitario sulla popolazione.
- 2 **Tempestività** e coordinamento tra livello nazionale e locale.
- 3 **Continuità** dei servizi assistenziali, per evitare il collasso del sistema sanitario.
- 4 **Tutela** degli operatori sanitari, attraverso l’uso appropriato di DPI (mascherine filtranti) e protocolli di sicurezza.
- 5 **Informazione** (contrasto dell’infodemia) e responsabilizzazione della cittadinanza.

**I vaccini vengono confermati** come lo strumento di difesa più efficace, da integrare in una strategia multidisciplinare che comprende il potenziamento della rete diagnostica e del sequenziamento genomico.

Gli obiettivi e i punti chiave del piano riguardano il potenziamento della sorveglianza attraverso un sistema di monitoraggio digitalizzato e il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica. Sono inoltre previste scorte strategiche di farmaci, vaccini e altri dispositivi di protezione, oltre al potenziamento della rete di laboratori diagnostici (finalmente) che contribuiranno a completare la rete di monitoraggio e sorveglianza RespiVirNet.

Sorveglianza delle acque reflue: uno strumento già impiegato durante la pandemia di Covid-19 per individuare precocemente la circolazione di virus nella popolazione (approccio One Health).

Le risorse finanziarie messe a disposizione sono così ripartite: cinquanta milioni per il 2025, centocinquanta per il 2026 e trecento milioni a partire dal 2027. Queste risorse Saranno distribuite alle regioni, sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2024 per rafforzare l'organizzazione e potenziare gli organici, derogando ai tetti di spesa secondo un cronoprogramma di attività ben determinato e soprattutto con responsabilità chiare, il tutto per un totale di 1,1 miliardi di euro destinati alle Regioni che accedono alle risorse statali (tutte tranne quelle a statuto speciale, che provvedono con fondi propri). Inoltre, a questi fondi si aggiungono oltre 110 milioni per gli Enti centrali (Ministero della salute, Iss, Inmi Spallanzani). La pianificazione delle fasi operative, legato al meccanismo delle condizionalità prevede che le Regioni, entro 90 giorni dall'approvazione, trasmettano delibere di recepimento con cronoprogrammi puntuali. Un Comitato di Coordinamento (composto da Ministero della salute, Regioni, Iss e Agenas) valuterà la coerenza dei piani regionali e solo all'esito positivo sarà erogato il finanziamento.

Il Piano abbandona l'approccio dei lockdown generalizzati in favore del modello Oms Pret (Preparedness and Resilience for Emerging Threats), che pre-

vede una gradualità delle misure in base alla situazione epidemiologica. Le misure non farmacologiche (Npi) – tra cui distanziamento fisico, sospensione di eventi di massa, isolamento dei casi e quarantena dei contatti – sono descritte come “prima linea di difesa” nelle pandemie, ma la loro applicazione deve essere “rigorosa” e “calibrata” in relazione alla situazione epidemiologica quindi modulata e non generalizzata.

Ma la criticità è nella norma poiché le misure restrittive (leggi lockdown) dovranno essere disposte con legge e non con decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri.

Appare evidente la non competenza scientifica.

L'immediatezza dell'intervento con Dpcm consente l'immediata limitazione della circolazione della popolazione e quindi del virus, i tempi di approvazione di una legge faciliteranno invece la diffusione del patogeno.

## IL PIANO PREVEDE UN'ARTICOLATA STRATEGIA VACCINALE

**In fase interpandemica**, l'Italia partecipa all'approvvigionamento comune di vaccini (Joint Procurement Agreement) della Comunità Europea. È già in essere un contratto di prelazione con GSK per il vaccino pre-pandemico influenzale (Adjupanrix), con una spesa annua di circa 7,7 milioni di euro. Viene inoltre previsto l'acquisto del vaccino zoonotico Seqirus (contro l'influenza aviaria H5N1) per la popolazione a rischio esposta (allevatori, veterinari, macellai), con una stima di circa 51.500 persone e un costo annuo di 1,648 milioni di euro.

E qui la domanda sorge spontanea: ma il Governo, nelle sue anime rappresentative, crede o no ai vaccini perché se da una parte partecipa all'approvvigionamento dall'altra non li considera fondamentali e soprattutto non obbligatori qualora se ne ravvisasse la necessità; altro colpo alla scienza.

Il piano stanZIA inoltre oltre 88 milioni di euro per la costituzione di scorte di farmaci antivirali antinfluenzali (Oseltamivir), sufficienti a coprire oltre 3,7 milioni di cicli di trattamento. La spesa è ripartita tra Ministero della salute (32,5 milioni) e Regioni (56,1 milioni)

**Il piano introduce inoltre meccanismi di escalation e de-escalation delle misure, con particolare attenzione alla protezione delle popolazioni vulnerabili e alle implicazioni socio-eco-**

**nomiche.** Le misure restrittive, se necessarie, saranno adottate con atti normativi e dovranno essere sostenute da un processo decisionale trasparente basato sulle evidenze disponibili (si spera scientifiche).

Vogliamo ricordare quanto il ritardo del lock down nella bergamasca nel 2020, ascrivibile ai presunti rischi per l'economia locale, fece esplodere in quel territorio la Pandemia di Sars-CoV2. Non si possono mettere sullo stesso piano la salute dei cittadini e le implicazioni economiche.

Nel Piano sono presenti anche misure indirette di salute come il ricorso al lavoro agile (smart working) e indicazioni sui sistemi di ventilazioni negli edifici pubblici e nel trasporto pubblico.

Si affronta anche l'argomento delle scorte di DPI e dispositivi medici con stanziamenti importanti e con una gestione modulabile per evitare sprechi secondo il principio

Per quanto riguarda i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e i Dispositivi Medici (DM), il piano prevede il mantenimento e il reintegro delle scorte costituite nell'ambito del precedente Pan-Flu (che aveva stanziato 860 milioni di euro). A partire dal 2027, sono stanziati complessivamente oltre 515 milioni di euro per il reintegro delle scorte regionali (460 milioni per le Regioni che accedono ai fondi statali, 55 milioni per quelle a statuto speciale), con una gestione dinamica e dovranno essere disposte con legge e non con decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per evitare sprechi.

“

**Quello che preoccupa è che un governo in scadenza di legislatura sarà in grado di attivare il Piano o dovremo attendere ancora anni per far sì che il Piano sia immediatamente operativo in caso di malaugurata necessità?**

## UN PIANO NAZIONALE CON ATTUAZIONE VINCOLATA

**Accanto all'impianto teorico**, emerge con forza la volontà di costruire un meccanismo operativo stringente, basato su responsabilità precise e su un controllo più marcato da parte del livello centrale; ci auguriamo che il Comitato di Coordinamento non generi, in un'Italia lunga e stretta, un federalismo pandemico che divarichi la forbice tra Regioni cosiddette virtuose e le altre.

Se il Piano è Pandemico bisognerebbe ricordarsi che la Pandemia non sceglie dove colpire e soprattutto supera monti, laghi, pianure e mari.

Quello che preoccupa è che un governo in scadenza di legislatura sarà in grado di attivare il Piano o dovremo attendere ancora anni per far sì che il Piano sia immediatamente operativo in caso di malaugurata necessità. Speriamo di no.

# La dimensione umana come nucleo della cura



**SIMONA BONACCORSO**  
Esecutivo  
Nazionale Anaa  
Assomed

**La barella** avanza lungo il corridoio con un rumore lieve, quasi impercettibile. Sopra, una persona immobile, gli occhi aperti, lo sguardo fisso in un punto che nessuno può davvero interpretare. Non sai se, dietro quella fissità c'è un ricordo che resiste o un vuoto che avanza. È una condizione sospesa, in cui la continuità della vita sembra essersi interrotta, lasciando spazio a un tempo diverso, più fragile e più esposto.

Anche se appartengono a specifici reparti e a momenti particolari del percorso di cura, scene come questa attraversano la quotidianità clinica più di quanto si racconti, divenendo parte della trama silenziosa della medicina. In queste maglie intessute di competenza, pazienza e rispetto la professione medica rivela la sua dimensione più profonda.

La medicina contemporanea dispone di strumenti straordinari, capaci di curare, monitorare, analizzare, prevedere. Tuttavia, nessuna tecnologia può sostituire ciò che accade quando un medico si trova accanto a una persona che non

può comunicare, che non può restituire alcun segno di reciprocità. In quell'istante, la cura non è più soltanto un insieme di sapere tecnico scientifico ma si plasma di quella dimensione etica dell'agire umano. Accompagnare una persona in una condizione di estrema vulnerabilità significa assumersi una responsabilità che non può essere delegata a una macchina. È un peso fatto di domande che non hanno sempre una risposta clinica, di un silenzio che chiede di essere sostenuto, di una dignità che non può essere espressa ma che va tutelata sempre. È un peso che nessun modello algoritmico può assorbire, perché appartiene alla sfera più intima della relazione di cura. Questo genera inevitabilmente un carico psicologico sul medico, che diviene custode delle speranze, delle paure, del dramma del paziente e dei suoi familiari e queste sensazioni non sempre si dissolvono, spesso rimangono con il medico intrecciandosi alla sua quotidianità oltre il tempo dell'assistenza.

Perché in questi momenti, il medico non accompagna soltanto un corpo accompagna una storia, una possibilità, un frammento di identità che merita rispetto. È un impegno che non compare nei registri, non si traduce in indicatori di performance, non emerge nei report, eppure è ciò che definisce la sostanza stessa della professione medica e sanitaria in toto.

In un tempo in cui si discute molto di precisione tecnologica, intelligenza artificiale e processi standardizzati, è necessario ricordare che esiste un nucleo della cura che non può essere replicato. La tecnologia può supportare, integrare, facilitare; ma non può farsi carico del peso emotivo e morale che nasce quando la vita sembra essersi fermata nel suo fluire e chiede comunque di essere accompagnata. È in questa zona di confine, tra ciò che la scienza può spiegare e ciò che la condizione umana si trova ad affrontare, che la medicina ritrova la sua verità più profonda, una verità fatta di un'umanità che nessuna macchina potrà mai sostituire.

Per questo, occorre riconoscere che la qualità del servizio sanitario non si misura solo in tecnologie, strutture o indicatori di efficienza, ma nella capacità di garantire che, nei momenti più fragili, ci sia sempre una persona competente e presente accanto a chi non può più parlare per sé. È una responsabilità che riguarda tutti, professionisti, istituzioni, decisori politici, in una visione che non è individuale, ma collettiva.

Se la tecnologia può perfezionare l'approccio scientifico, è la presenza umana del medico l'elemento irrinunciabile che dà significato alla cura, ed è solo in questa presenza che emerge la maturità di un servizio sanitario e la visione di una società che sceglie di tutelare anche la propria fragilità.

Segue da pagina 1

**Lo 'stipendio emotivo':**  
la nuova sfida del lavoro

**Anzitutto**, dovrebbe entrare nell'ordine di idee che lo "stipendio emotivo" non rappresenta solo un vantaggio per i dipendenti, ma anche uno strumento strategico per l'organizzazione. Un lavoratore motivato, partecipe e soddisfatto tende, infatti, a essere più produttivo e meno incline a cercare vie di fuga, come invece accade sempre più spesso tra i professionisti della sanità, tra dimissioni e abbandoni prima dell'età della pensione.

**Gli strumenti per imprimere una svolta** esistono: primo fra tutti il contratto di lavoro, il cui rinnovo (le trattative sono iniziate a fine aprile) dovrebbe recepire questa nuova visione.

In che modo? Introducendo, ad esempio, settimane lavorative più flessibili, programmi di welfare, supporto psicologico e modelli di lavoro ibrido.

Occorre però eludere le ambiguità. La richiesta, reale o ideale, di uno "stipendio emotivo" non deve diventare un pretesto per giustificare una retribuzione non adeguata al lavoro svolto e alle responsabilità connesse. Lavorare in un'atmosfera positiva non può compensare uno stipendio incongruo. Lo stipendio emotivo può funzionare davvero solo se si aggiunge a condizioni economiche adeguate, non quando tenta di colmarne la mancanza.

**La sfida, quindi**, soprattutto nel prossimo contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari, sarà trovare un equilibrio tra produttività, retribuzione economica e benessere delle persone. Perché oggi, sempre più spesso, un buon lavoro non è soltanto quello che paga bene, ma anche quello che permette di vivere meglio.

# ELEZIONI ONAOSI 2026-2030

VOTA LISTA

# ONAOSI FUTURA 2.0

## PER IL RINNOVO DEL COMITATO DI INDIRIZZO

### GLI OBIETTIVI

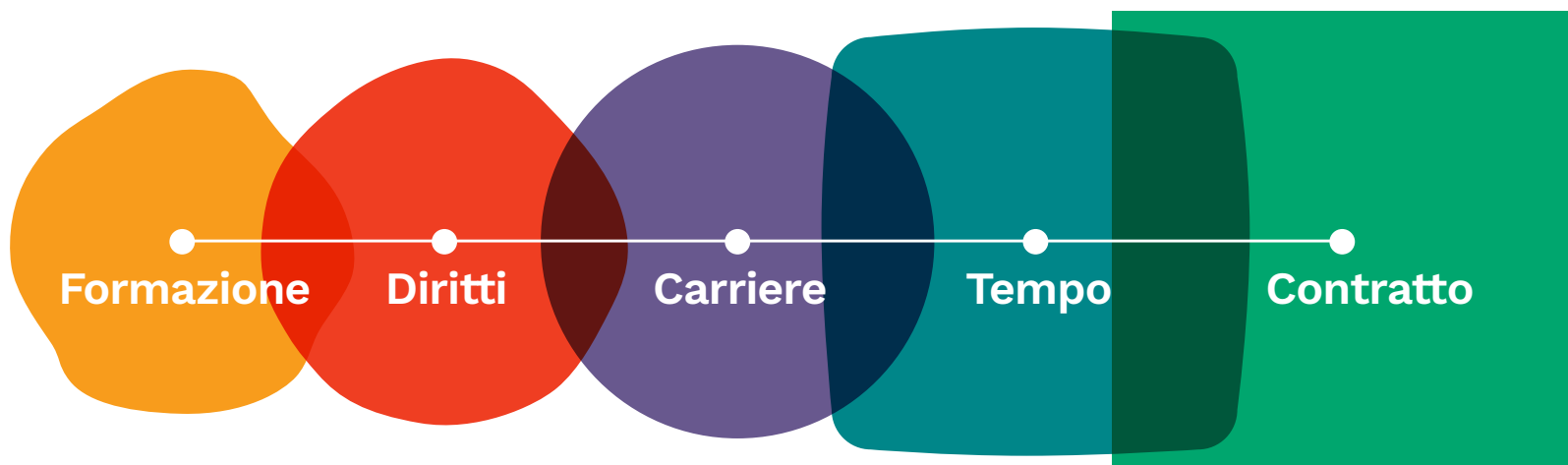
- Più alloggi, più qualità, più futuro per gli studenti
- Rilanciare il Collegio di Merito: investire sull'eccellenza
- Valorizzare il patrimonio, liberare risorse per la missione
- Difendere il valore delle prestazioni dall'inflazione
- Ampliare l'assistenza: 7.000 beneficiari ogni anno
- Attrarre i giovani professionisti con servizi e vantaggi concreti
- Una Fondazione più moderna, digitale e meritocratica
- Equilibrio economico e crescita sostenibile del patrimonio
- Trasparenza, equità e solidarietà: i valori ONAOSI verso il futuro

SI VOTA  
ENTRO  
IL 30 GIUGNO  
2026

Inquadra il QR CODE per conoscere  
i componenti della lista, il programma  
e le modalità di voto



# 26° Congresso Nazionale Anaaò Assomed



**La nuova  
sanità**

**Diamo forma  
e valore  
alle nostre idee.**

L'impegno dell'Anaaò Assomed  
per valorizzare il lavoro  
dei medici e dirigenti sanitari  
nel Ssn tra diritti e riforme.

**Roma 16-20 giugno 2026**

**Hotel Shangri-La - viale Algeria, 141**

