

d!

d!rigenza medica

3 Rapporto Ssn/Università

Proposta per una revisione
della normativa

6 Anaaoo Autumn School

Nasce la nuova generazione
dei quadri sindacali

13 Anaaoo Giovani

Semestre filtro: un fallimento
prevedibile e previsto

14 Dirigenza sanitaria

La rivoluzione silenziosa
della medicina di precisione

Il mensile dell'Anaaoo Assomed

ANAAOO  **ASSOMED**

Inserto
a pagina 7

CCNL 2022-2024

Firmata la pre-intesa

**Aumenti, arretrati
e nuove tutele**

**Libro bianco
Anaaoo Assomed**

**Contratto
di lavoro**

**Dove si violano
i diritti**

**La mappa
delle Aziende
inadempienti.**

Pat Carra per l'Anaaoo Assomed

CCNL: DOVE
SI VIOLANO
I DIRITTI,
(
UN LIBRO
BIANCO
SENZA
UNO SPAZIO
BIANCO.



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@anaaoo.it
www.anaaoo.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 dicembre 2025

Scattate le diffide nel 75% delle aziende sanitarie per aver violato il contratto di lavoro

Nel 2025 l'Anaaao Assomed ha diffidato il 75% delle Aziende sanitarie, 'colpevoli' di non aver applicato il contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari. L'azione sindacale ha riguardato 174 aziende su 231, la maggior parte al nord Italia (55%), segue il sud (36%) e in ultimo il centro (8%). Tutto bene nel restante 25%? Purtroppo no. Anche se in 57 Aziende non sono scattate le diffide, questo è dovuto solo al fattore tempo rispetto alla rilevazione. Dati alla mano risulta, infatti, che solo in pochi casi le Aziende sono risultate in regola con gli adempimenti previsti dal contratto.

Le violazioni più frequenti riguardano il mancato rispetto dell'orario di lavoro, il superamento delle 10 pronte disponibilità mensili, guardie e reperibilità su sedi diverse da quella di assegnazione, fruizione ferie, ritardo nell'avvio della contrattazione decentrata, la mancata attribuzione degli incarichi e la difficile progressione delle carriere. Scarsa attenzione anche alle misure per la salute e sicurezza sul lavoro: il 58% delle Aziende non le ha adottate o se lo ha fatto non risultano adeguate.

Queste le principali criticità emerse dalla rilevazione Anaaao Assomed completata a novembre 2025 e raccolte nel Libro Bianco, alla cui stesura hanno collaborato le diramazioni periferiche del sindacato, i segretari regionali e aziendali, che per primi patiscono le difficoltà di far applicare il contratto di lavoro nelle aziende.

"Il nostro intervento non è un atto di accusa, ma un atto di responsabilità verso il Paese, verso la sanità e i professionisti per chiedere il rispetto dei diritti più elementari. In questo chiediamo e confidiamo nella collaborazione delle direzioni aziendali per raggiungere l'obiettivo comune di ridur-



re al massimo i vuoti contrattuali", commenta il Segretario Nazionale Anaaao Assomed Pierino Di Silverio.

"L'iniziativa è nata per accendere i riflettori su un fenomeno che appare ormai consolidato e abituale ovvero le inadempienze che in molte aziende ospedaliere italiane si perpetrano da anni rispetto all'applicazione di norme contrattuali che, ricordiamo, hanno funzione di legge".

"Un fenomeno – prosegue – che nessuno tenta di arginare. L'Anaaao Assomed ha deciso, allora, di colmare questo vuoto e di dare vita a un nuovo fi-

"Non è un atto di accusa, ma un atto di responsabilità verso il Paese, la sanità tutta e i professionisti"



Inquadra
il Qr code
per leggere
il Libro Bianco
in pdf

lone di denuncia da affiancare alla costante azione sindacale. Perché per quanto complesso, ostico e ingabbiato, il contratto di lavoro è pur sempre l'unico strumento che regola diritti e doveri di dipendenti e aziende ospedaliere. Siamo convinti che questa iniziativa possa servire da monito e stimolo per invertire la rotta e per questo la rilevazione dei comportamenti delle Aziende sarà replicata ogni anno, anche per valutare i miglioramenti che ci auguriamo riguarderanno sempre più realtà".

"I contratti – conclude Di Silverio – esistono per essere applicati e le inadempienze costituiscono a tutti gli effetti una violazione della legge. La politica, il governo, i cittadini, gli addetti ai lavori hanno il diritto di sapere cosa succede negli ospedali e quali sono le conseguenze della mancata applicazione del contratto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari".

DIRITTI/RIFORME/FUTURO

Una battaglia sociale ancor prima che professionale

Il Consiglio Nazionale Anaaao Assomed, riunito a Salerno il 12 e 13 dicembre 2025 stigmatizza le criticità del Servizio sanitario nazionale stretto tra problemi irrisolti e risorse inesistenti, carenza di personale, condizioni di lavoro sempre più critiche e nuove emergenze come l'imbarazzante gestione della populistica riforma per l'accesso a Medicina mentre il nodo della formazione specialistica non viene affrontato. Il Consiglio Nazionale condivide la relazione del Segretario nazionale e approva il bilancio preventivo 2026, come illustrato dal Responsabile Nazionale del Dipartimento Amministrativo.

Il Consiglio Nazionale delibera la convocazione del XXVI Congresso nazionale a Roma dal 16 al 20 giugno 2026 e istituisce la Commissione statuto, prevista dal comma 3 dell'art. 8 dello Statuto.

Il Consiglio Nazionale esprime soddisfazione per i dati Aran, e la forte crescita del numero degli iscritti che ribadiscono il ruolo dell'Anaaao come primo sindacato della dirigenza medica e sanitaria dipendente del Ssn, e per la firma della pre-intesa del Ccnl 2022-2024, auspicando l'apertura in tempi stretti delle trattative per il triennio 2025-2027.

Il Consiglio Nazionale chiede alla legge di bilancio in discussione in Parlamento un chiaro segnale di attenzione per i dirigenti medici e sanitari consentendo di unificare le poche risorse stanziate nel 2026 con quelle stanziate nella legge di bilancio 2025, svincolandole dalla tempistica del contratto 2025-2027, e di incrementare le risorse destinate alla dirigenza sanitaria. Operazione utile anche a ridurre gli effetti della perdita del potere di acquisto, prodotta dal picco inflattivo di 17 punti registrato nel periodo 2022-2024, una boccata di ossigeno per salari oggi inferiori del 7,5% rispetto al 2021. Non basta a nascondere un rapporto rispetto al Pil ancora al di sotto della media Ocse, un "definanziamento relativo" (Cnel) che rischia di produrre un lento scivolamento ver-

so un sistema duale. Preoccupa molto il naufragio del piano di assunzioni, privo come è delle risorse necessarie a garantire il turnover annuale dei soli medici e coprire le carenze che peggiorano le condizioni di lavoro. L'Italia rischia nei prossimi anni una crisi di sostenibilità umana, sia per la perdita di attrattività del lavoro nella sanità pubblica, sia per la presenza della quota più alta di medici anziani in Europa (il 44,2% ha più di 55 anni e oltre uno su cinque supera i 65) e di una dotazione infermieristica inferiore alla media UE (6,9 per mille abitanti contro 8,3).

Ma senza personale non si può fare sanità. E anche il sostegno ricevuto dai redditi medio bassi, attraverso l'accorpamento delle aliquote fiscali, non servirà a niente se costretti a rinunciare alle cure o ad affrontare spese catastrofiche per difendere la salute propria e dei propri cari.

La dirigenza medica e sanitaria gode oggi di retribuzioni scarse, sia in valore assoluto che in relazione alla gravosità, alla rischiosità e alla specificità del lavoro che svolge. E ha bisogno di investimenti e soprattutto di riforme affinché il lavoro ritorni al centro della scena, con il suo valore, anche economico, eliminando fattori rischiosi per la tenuta del Ssn, quali demotivazione, migrazione, burn out e fughe.

L'epilogo farsesco della riforma dell'accesso alla facoltà di medicina peggiora la crisi del sistema della formazione e ribadisce la necessità di una riforma capace di coinvolgere pienamente il Ssn e di anticipare al periodo formativo l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro, anche per assicurare loro un futuro previdenziale. Il regime monopolistico della formazione è il chivastello con il quale l'Università sta occupando la direzione delle UuOo del Ssn, in aziende integrate dilatate da improvidi provvedimenti legislativi.



Consiglio
Nazionale
Anaaao
Assomed

Occorre delineare chiaramente il percorso politico, organizzativo e culturale capace di realizzare il necessario equilibrio ospedale-territorio attraverso una efficace messa a sistema di diverse modalità assistenziali. Ripensando il ruolo, il modello e la organizzazione del lavoro delle strutture per acuti, in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie.

Il Consiglio Nazionale sottolinea l'esigenza sempre più stringente di riorganizzare e investire oltre che sugli ospedali anche sulla medicina distrettuale che, dopo averci salvato dal Covid, oggi sembra essere ripiombata nel dimenticatoio legislativo.

Anaaao Assomed mette al centro delle sue iniziative il diritto alla salute dei cittadini ed il lavoro, che del Ssn è un valore fondante. Un pensiero riformatore del sistema sanitario deve essere capace di coniugare soluzioni innovative per il rilancio della sanità pubblica con il rafforzamento dei nostri ruoli e delle nostre funzioni, per contare nei processi decisionali ed essere rispettati nelle nostre competenze, per assicurare appropriatezza clinica e qualità professionale.

Un Paese che cambia ha bisogno di un Ssn nuovo, centrato sul suo capitale umano, e di nuovi modelli di sviluppo sanitario, in cui i professionisti siano interlocutori e soggetto negoziale, parte della soluzione per garantire una assistenza efficace ad un costo minore, e non del problema.

Questa è una battaglia che interessa tutti, sociale ancor prima che professionale, una battaglia per salvaguardare quell'articolo 32 della Costituzione che, non a caso, definisce "fondamentale" il solo diritto alla salute. E per la stessa unità del Paese, il cui presidio insostituibile è individuato dal Presidente Mattarella proprio nel Servizio sanitario nazionale.

RAPPORTI TRA SSN E UNIVERSITÀ

Proposta per una revisione della normativa

La nuova percezione sull'importanza del Servizio Sanitario nazionale e dei percorsi formativi, maturata nella popolazione, tra i professionisti e nella classe politica, contribuirà a far comprendere a tutti gli attori che è necessario affrontare il problema e generare un cambiamento. Adeguare il corpus normativo che regola i rapporti tra Università e Ssn (concepito alcu ni decenni fa e oggettivamente invecchiato) è una questione tanto importante quanto urgente: confidiamo di trovare interlocutori attenti e disponibili ad affrontare nel merito le questioni poste, facendo tesoro dell'esperienza maturata.

1. CONTESTO NORMATIVO

Le relazioni tra Università e Servizio sanitario nazionale (con le sue articolazioni regionali) trovano fondamento giuridico generale e di principio nelle leggi di riforma della sanità (L. 833/1978, D.Lgs 502/1992 e s.m.i., D.Lgs 517/1999). La disciplina dei rapporti tra Università e Servizio sanitario, ed in particolare la disciplina giuridica che riguarda ricercatori e professori in relazione all'esercizio dell'attività assistenziale, fanno riferimento ai seguenti testi normativi:

- Decreto legislativo 21 dicembre 1999 n.517** (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università).
- Dpcm 24 maggio 2001** (Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni ed università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1 comma 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517. Intesa ai sensi dell'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59).

Questo documento, proposto da Cipomo è stato elaborato in relazione ai suggerimenti formulati dalle Società/Associazioni riportate di seguito, che hanno poi condiviso all'unanimità la versione finale. Il testo si è così arricchito di diversi contributi registrando una volontà forte e ampiamente condivisa di avviare un confronto con le Istituzioni

Acoi Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani	Colprimvasc Collegio dei Primari di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
Adoi Associazione Dermatologi, Venereologi Ospedalieri Italiani e della Sanità Pubblica	Cpui Collegio dei Primari di Urologia Italiani
Anaao Assomed Associazione Medici Dirigenti	Cpct Collegio di Chirurgia Toracica
Aogoi Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani	Fadoi Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Interni
Auro.it Associazione Urologi Ospedalieri Italiani	Sicads Società Italiana Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery
Cimo-Fesmed Organizzazione sindacale a cui aderiscono le sigle Anpo, Ascoti, Cimo, Cimop e Fesmed	Sipad Società Italiana Medico Chirurgica di Patologia Apparato Digerente
Cipomo Collegio dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri	Sno Società dei Neurologi Neurochirurghi Neuroradiologi Ospedalieri

2. CONSIDERAZIONI

SU QUANTO È STATO OSSERVATO NEI 25 ANNI DI VIGENZA

Il principio generale della "inscindibilità dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca" si è rivelato precocemente non idoneo a gestire al meglio l'interdipendenza tra le attività istituzionali delle due componenti, forse anche per un impianto normativo spesso lacunoso e talora contraddittorio. L'elasticità e i margini di discrezionalità che si sono osservati lasciano non chiare la gerarchia che viene ad istituirsi tra i due ordini di attività e le procedure e competenze spettanti agli Atenei e alle Re-

gioni per la salvaguardia delle prerogative delle due componenti (cfr. *Valandro, Servizio Studi e divulgazione normativa Università di Padova, 2008*).

Nel corso dei 5 lustri di vigenza della normativa, molti fenomeni sono stati osservati e segnalati, da più parti:

- gli effetti dell'automatismo tra ruolo di professore ordinario e nomina (senza avviso pubblico) a direzione di struttura complessa del Servizio sanitario nelle Aziende soggette a protocollo di intesa con l'Università;
- il sostanziale conflitto di interesse tra il ruolo di Rettore (eletto dai docenti universitari) e l'influenza dello stesso nell'intesa di nomina dei Direttori generali, nell'approvazione degli Atti aziendali, nella nomina del Direttori dei Dipartimenti ad attività integrata;
- lo sbilanciamento di rappresentazione delle due componenti nelle relazioni tra Rettori e Presidenti delle Regioni;
- la mancata verifica di competenze manageriali necessarie per la gestione delle strutture complesse, nell'assegnazione degli incarichi di direzione a personale universitario;
- il frequente mancato allineamento tra le assunzioni universitarie e i fabbisogni dei Servizi sanitari regionali, che privilegiano reclutamenti orientati all'attivazione di Scuole di Specializzazione indipendentemente dalla loro reale coerenza con la necessità di specialisti nel Servizio sanitario (questione divenuta di forte attualità negli ultimi anni), con esempi diffusi in numerose Regioni italiane;
- un rapporto con le Scuole di specializzazione spesso critico, molto variegato a livello nazionale e perfino nell'ambito della stessa sede universitaria e condizionato più dallo stile dei singoli Direttori che dalle norme dai fabbisogni formativi e dalle opportunità didattiche offerte dalle strutture del Servizio Sanitario,
- una gestione delle stesse Scuole molto personalistica, con attività didattiche dichiarate ma spesso non strutturate, un ruolo marginale (quando non fittizio) dei Consigli delle Scuole e del tutto ininfluente (nelle scelte e nella considerazione) per il personale del SSN che collabora come Professore a contratto o che quotidianamente svolge le funzioni di tutor nei confronti degli specializzandi;
- l'utilizzo della didattica come metodo sistematico per l'accesso alla direzione delle strutture assistenziali, vissuto come elemento prevaricatore nei confronti del personale ospedaliero e di ostacolo ad una corretta integrazione;
- la frequente astrattezza e genericità delle norme rinvenibili nei Protocolli di Intesa, accompagnate da rimandi ad ulteriori accordi o agli Atti aziendali;
- la subordinazione, in diversi casi, delle necessità assistenziali a quelle didattiche (reali o asserite);
- la numerosità delle ex Facoltà di Medicina e Chirurgia (in un rapporto di 10 anni fa molto superiore a quello di al-

Segue a pagina 16

La salute pubblica vive e resiste grazie al lavoro dei suoi professionisti.

A noi il compito di difenderli e di difendere il futuro del Ssn

a cura di
VALERIA BOTTONI

Il 13 novembre si è svolta, a Napoli, l'Assemblea annuale dei Segretari Aziendali Anao Assomed: un appuntamento chiave per discutere le politiche sindacali, e soprattutto per creare un dialogo diretto e partecipato tra i referenti sindacali delle aziende sanitarie di tutta Italia e la dirigenza nazionale.

Un incontro che rafforza il ruolo della base sindacale nella definizione delle scelte nazionali e offre uno sguardo concreto sull'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale, a partire dall'esperienza diretta di chi opera ogni giorno nelle aziende sanitarie.

Dal confronto sono emerse con chiarezza criticità quotidiane, priorità organizzative e proposte operative che danno forma al lavoro dei dirigenti medici e sanitari.

Professionisti e Ccnl: le priorità immediate

Nell'intervento di apertura, il Segretario Nazionale ha richiamato l'attenzione su due urgenze: la condizione lavorativa dei professionisti e il contratto collettivo nazionale di lavoro.

“La maturità di un'organizzazione – ha affermato – si misura nella capacità di comporre visioni diverse, con un obiettivo comune: tutelare

chi regge il Ssn”.

Di Silverio ha ribadito che la crisi del Servizio sanitario non può essere letta separatamente dalle difficoltà dei suoi operatori: migliorare la loro vita professionale e personale è condizione imprescindibile per garantire un servizio pubblico efficiente.

Il Segretario ha indicato due ambiti di intervento prioritari: **prevenzione e appropriatezza diagnostica**, strumenti essenziali per orientare correttamente il percorso clinico. A questi si aggiunge il tema dell'allocazione delle risorse: “Se le leggi di bilancio continuano a privilegiare il settore privato, non solo si spende male, ma si rischia di allontanarsi dalla missione della sanità pubblica”.

Sanità integrativa, università e governance

Fra i temi più rilevanti emersi durante il confronto, la crescita della **sanità integrativa**, giudicata dal Segretario un fenomeno ormai strutturato: “La sfida non è impedirla, ma governarla, affinché non diventi sostitutiva del servizio pubblico”.

Ampio spazio è stato dedicato anche al rapporto tra **università e ospedali**. Diversi Segretari Aziendali, durante il dibattito, hanno evidenziato criti-



cità legate alla cosiddetta “clinicizzazione selvaggia”, che rischia di comprimere la meritocrazia e di alterare gli equilibri della governance clinica. È stato quindi ribadito l'invito a far rispettare pienamente la **Legge 517** e a valutare una revisione condivisa del modello attuale.

CCNL e Libro Bianco sulle inadempienze contrattuali

Di Silverio ha ricordato il ruolo fondamentale del **contratto collettivo**: “Il Ccnl non è una legge, ma regola la vita quotidiana nei luoghi di lavoro. Serve garantire applicabilità e omogeneità”.

In quest'ottica nasce la proposta del **Libro Bianco sulle inadempienze contrattuali**, strumento che Anao Assomed si impegna a elaborare entro fine anno per individuare, azienda per azienda, ciò che non funziona, fornendo una base di lavoro utile a inter-



venti mirati. L'intento è farlo diventare un report annuale aggiornato per far emergere adempienze e inadempienze in tutte le Aziende sanitarie del paese.

Le richieste dei territori

La discussione generale ha portato all'attenzione diverse richieste da parte dei Segretari Aziendali:

- **linee guida nazionali** per evitare regolamenti disomogenei fra aziende;
- maggiore tutela dei **giovani medici**, soprattutto sugli incarichi complessi;
- riconoscimento in legge del **ruolo del sindacato** nel sistema delle relazioni professionali;
- rafforzamento del **welfare aziendale**;
- revisione della gestione dei **turni**, introducendo criteri differenziati per età e condizioni di lavoro;
- centralità della **formazione conti-**

nua nei percorsi professionali;

- migliore governance delle **aziende miste**, dove la compresenza università-ospedale genera tensioni organizzative.

È stata inoltre richiamata l'importanza della **rete territoriale** e della comunicazione come parte integrante dell'azione sindacale.

Il bilancio del mandato

Nel riepilogo dell'attività svolta, il Segretario Nazionale ha richiamato alcuni risultati significativi e miglioramenti per i Professionisti della sanità pubblica, che Anaaos Assomed ha fortemente sponsorizzato:

- detassazione delle prestazioni aggiuntive;
- ingresso dei giovani negli ospedali attraverso il Decreto Calabria;
- accesso al lavoro in corsia dal terzo anno;
- finanziamento dei Ccnl, con possibilità di firma entro il mandato;
- risorse aggiuntive esterne alla con-

trattazione nazionale;

- ripristino dello scudo penale per la responsabilità professionale.

“Il sindacato non è inutile – ha ribadito Di Silverio –. Le cose vanno male, ma senza sindacato andrebbero molto peggio”.

Le priorità della prossima stagione sindacale

Anaaos individua sei direttive strategiche su cui concentrare la propria azione nei prossimi anni:

- 1 Identità della professione:** contrastare l'erosione dei ruoli medici e riequilibrare il rapporto con l'università.
- 2 Organizzazione del lavoro:** valorizzazione delle carriere, maggiore flessibilità, merito e una ALPI intesa come autentica libera professione.
- 3 Responsabilità professionale:** riformare la gestione dell'avviso di garanzia ed affrontare il tema delle aggressioni.
- 4 Formazione:** strutturata, continua, integrata ai percorsi di crescita professionale.
- 5 Intelligenza artificiale:** utilizzarla per ridurre la burocrazia e restituire tempo alla clinica.
- 6 Perimetro della professione:** definire con chiarezza ruoli, responsabilità e competenze nei team multiprofessionali.

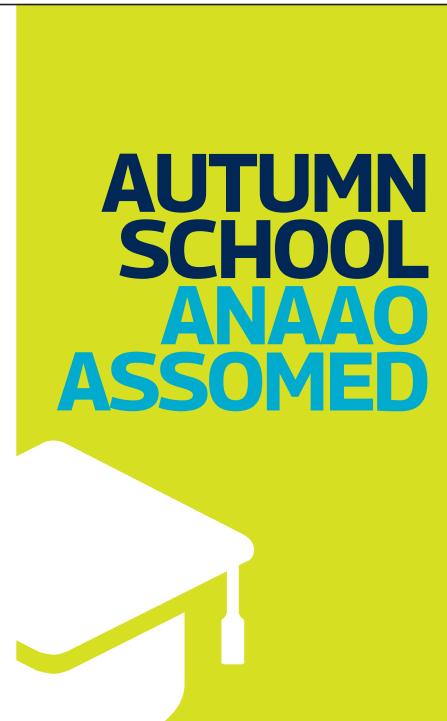
Riforme legislative e governance clinica

Il Segretario ha concluso con un richiamo alla necessità di una nuova cornice normativa: “La questione non è soltanto quante risorse destinare alla sanità, ma quali modelli legislativi adottare. È necessario ripensare l'aziendalizzazione e rafforzare una governance clinica che riporti al centro i professionisti”.

Un'affermazione riassume lo spirito dell'Assemblea:

La salute pubblica vive e resiste grazie al lavoro dei suoi professionisti. A noi il compito di difenderli e di difendere il futuro del Ssn.

Formazione, identità e partecipazione: nasce la nuova generazione dei quadri sindacali



Un centinaio di professionisti sanitari provenienti da tutta Italia, due giornate di lavoro e un obiettivo comune: comprendere, dall'interno, cosa significa oggi "fare sindacato".

Con la prima Autumn School, Anaaao Assomed inaugura un percorso formativo innovativo, costruito per formare i nuovi referenti aziendali e consolidare una cultura sindacale capace di leggere il presente e governare il cambiamento.

L'iniziativa rappresenta il momento conclusivo del progetto "Diventa referente Anaaao nella tua Azienda", che dopo mesi di incontri online ha portato a Napoli medici e dirigenti sanitari desiderosi di vivere un'esperienza intensiva, immersiva e orientata alle competenze.

"Sindacato significa giustizia insieme"

A dare il via ai lavori è stato il Segretario Nazionale Pierino Di Silverio, che ha tracciato la cornice culturale e politica della Scuola.

"Cosa deve fare un sindacato?", ha chiesto alla platea.

"Guardare avanti e guardare indietro, a destra e a sinistra, prima di accompagnarvi ad attraversare. E, oggi più che mai, interrogarsi sulla propria identità".

Di Silverio ha richiamato il rischio di un sindacato percepito come chiuso e autoreferenziale, evidenziando la necessità di apertura e rinnovamento. La nuova campagna di comunicazione nazionale risponde proprio a questa esigenza. "Il concetto di sindacato non è morto. La sua etimologia – giustizia insieme – dice ancora tutto".

Invitando i partecipanti a uscire dalla logica individualista, ha aggiunto: "Quando studiavamo, era questo il lavoro che sognavamo? No. Oggi avete



una responsabilità: scegliere se essere spettatori o protagonisti. Il cambiamento parte da qui".

Dalla storia al presente: 67 anni di Anaaao raccontati alla nuova generazione

Il Responsabile della Scuola Quadri, Maurizio Cappiello, ha guidato i partecipanti in un viaggio attraverso i 67 anni di storia Anaaao, dagli anni in cui il sindacato tutelava "aiuti e assistenti ospedalieri" privi di riconoscimento, fino all'attuale rappresentanza della Dirigenza Medica e Sanitaria. "La nostra storia – ha ricordato – è intrecciata a quella del Ssn: difesa dei valori professionali, proposte di legge, contratti, mobilitazioni. Una storia fatta di uomini e donne che hanno dedicato parte della loro vita al diritto alla cura e al diritto a curare".

Ha concluso citando Josie Walsh, Ceo del Toronto Hospital: "Una sola persona che lavora come un gruppo non andrà lontano. Un gruppo che lavora come una sola persona farà strada."

Partecipazione e cambiamento: la voce dei territori

Il Segretario Anaaao Assomed Aou Foglia e formatore della Scuola Quadri, Fabrizio Corsi, ha offerto una lettura del presente professionale: un lavoro sempre più appesantito dalla burocrazia, mentre le responsabilità sanitarie rimangono elevate.

"Oggi metà del nostro lavoro è amministrativo. Il sindacato deve accompagnare questo cambiamento, governarlo, non subirlo".

Per Corsi le parole chiave sono tre: informazione, formazione, trasparenza. "Formarsi significa essere autorevoli. Trasparenza significa avvicinare le persone. La partecipazione è il motore di ogni cambiamento reale".

Comunicare per creare impatto: il laboratorio con Challenge Network

Nel pomeriggio i partecipanti hanno fatto una esperienza preparata per lo-

Segue a pagina 12

CCNL
2022
2024

Firmata la pre-intesa AUMENTI, ARRETRATI E NUOVE TUTELE

“Sarebbe stato da irresponsabili non firmare questo contratto. Le risorse economiche per il 2022-2024 erano già state stanziate e abbiamo ritenuto prioritario distribuirle da subito ai colleghi”. Questo il commento del Segretario Nazionale Anaaq Assomed Pierino Di Silverio dopo aver sottoscritto la preintesa del Ccnl della dirigenza medica e sanitaria.

“Tra le novità – spiega Di Silverio – aumenti per i più giovani, carriere più flessibili con riconoscimento dell’anzianità anche per le branche equipollenti, riconoscimenti economici per chi lavora in pronto soccorso. Vengono rafforzate le tutele legali per i dirigenti medici e sanitari in caso di aggressioni, ridotte le decurtazioni per chi lavora in extra moenia, viene prevista la possibilità di usufruire delle ferie anche durante il preavviso di dimissioni”. “L’accordo – prosegue Di Silverio – al di là delle cifre, rappresenta un passo importante per un nuovo corso e una funzione diversa del contratto stesso che deve servire a migliorare l’organizzazione e la vita lavorativa. Le risorse, indubbiamente inferiori alle reali necessità di riconoscimento professionale, devono necessariamente essere implementate con finanziamenti extracontrattuali come peraltro l’Anaaq ha chiesto nella finanziaria all’esame del parlamento nella quale è stato previsto un emendamento che stanzia 407 milioni di euro (aumento del 33% della indennità di specificità medica a partire dal 1 gennaio 2026) e 26,5 milioni per la dirigenza sanitaria sempre dal 1 gennaio 2026 al di fuori del contratto”.

“L’obiettivo ora – conclude Di Silverio – è aprire subito le trattative per il triennio successivo 2025-2027. E continuare a impegnarci nella nostra ‘missione’ che è quella di tutelare i diritti dei professionisti”.

LE NOVITÀ NORMATIVE

Aumenti della retribuzione accessoria

Sono state sterilizzate, e quindi non aumentano, le risorse ai fini del calcolo dell’algoritmo per la retribuzione delle eccedenze orarie

Periodo di prova e disciplina

Durante il periodo di prova, il dirigente può essere applicato a più servizi dell’Azienda o Ente presso cui svolge il periodo di prova, ferma restando la sua utilizzazione in attività proprie della qualifica e disciplina di appartenenza. Il che vuol dire che durante tale periodo si può svolgere servizio in sedi diverse da quella di assegnazione definitiva, ma solo nella medesima disciplina oggetto del concorso e non in discipline affini o equipollenti.

Ricostituzione del rapporto di lavoro

Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro, per proprio recesso o

per motivi di salute può richiedere entro cinque anni dalla data di cessazione la ricostituzione dello stesso anche a un’azienda diversa dall’ultima in cui ha prestato servizio. L’azienda ha facoltà di aderire o no alla richiesta.

Ferie durante il periodo di preavviso

Durante il periodo di preavviso, compatibilmente con le esigenze organizzative e tenuto conto delle esigenze del dirigente, è consentita la fruizione di eventuali giorni di ferie residui.

Ferie e mobilità

In caso di mobilità, sono trasferite anche le ferie residue non fruite dal dirigente.

Informazione alle organizzazioni sindacali

È stata prevista l’informazione obbligatoria e preventiva sui fabbisogni di personale, seguita da un incontro di approfondimento con i sindacati.

TABELLA 1

Incrementi mensili medi pro capite voci retribuzione fondamentale dal 01.01.2024

N. B. 1: I valori economici, sotto riportati sono tutti al lordo degli oneri riflessi evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

N. B. 2: Gli aumenti del 2021 e 2022 equivalgono all'Indennità di Vacanza Contrattuale, già corrisposta in busta paga.

N. B. 3: I valori individuali della retribuzione accessoria e della posizione parte fissa dipendono dagli accordi aziendali.

N. B. 4: L'aumento del valore dell'indennità di specificità di 17,90 Euro è a valere dall'anno 2025 (art. 15, c.3 della Preintesa)

Dirigenti Medici e Veterinari	
Retribuzione fondamentale Direttori U.O.C. al lordo Indennità di Vacanza contrattuale	
Retribuzione tabellare	230,00 Euro mese
Indennità di direzione U.O.C.	48,62 Euro mese
Indennità di Specificità	23,27 Euro mese
Retribuzione fissa di Posizione	122,90 Euro mese
TOTALE	424,79 Euro mese
Retribuzione fondamentale altri incarichi al lordo Indennità di Vacanza contrattuale	
Retribuzione tabellare	230,00 Euro mese
Indennità di Specificità	23,27 Euro mese
Retribuzione fissa di Posizione	122,90 Euro mese
TOTALE	376,17 Euro mese
INCREMENTI ANNUALI MEDI PRO CAPITE FONDI DAL 01.01.2024	
Fondi Retribuzione accessoria	
Fondo particolari condizioni di lavoro	344,50 Euro anno
Fondo risultato	130,00 Euro anno
Integrazione aziendale complessiva fondo condizioni di lavoro e risultato	193,00 Euro anno
TOTALE	667,50 Euro anno

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

TABELLA 2

Incrementi mensili medi pro capite voci retribuzione fondamentale dal 01.01.2024

N. B. 1: I valori economici, sotto riportati sono tutti al lordo degli oneri riflessi evidenti in busta paga e dell'IRPEF.

N. B. 2: Gli aumenti del 2021 e 2022 equivalgono all'Indennità di Vacanza Contrattuale, già corrisposta in busta paga.

N. B. 3: I valori individuali della retribuzione accessoria e della posizione parte fissa dipendono dagli accordi aziendali.

N. B. 4: L'aumento del valore dell'indennità di specificità di 17,90 Euro è a valere dall'anno 2025 (art. 15, c.3 della Preintesa)

Dirigenti Sanitari	
Retribuzione fondamentale Direttori U.O.C. al lordo Indennità di Vacanza contrattuale	
Retribuzione tabellare	230,00 Euro mese
Indennità di direzione U.O.C.	48,62 Euro mese
Indennità di Specificità	17,90 Euro mese
Retribuzione fissa di Posizione	122,90 Euro mese
TOTALE	419,42 Euro mese
Retribuzione fondamentale altri incarichi al lordo Indennità di Vacanza contrattuale	
Retribuzione tabellare	230,00 Euro mese
Indennità di Specificità	17,90 Euro mese
Retribuzione fissa di Posizione	122,90 Euro mese
TOTALE	370,80 Euro mese
INCREMENTI ANNUALI MEDI PRO CAPITE FONDI DAL 01.01.2024	
Fondi Retribuzione accessoria	
Fondo particolari condizioni di lavoro	344,50 Euro anno
Fondo risultato	130,00 Euro anno
Integrazione aziendale complessiva fondo condizioni di lavoro e risultato	193,00 Euro anno
TOTALE	667,50 Euro anno

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

TABELLA 2

Calcolo valore indennità di vacanza contrattuale

Dirigenti Medici - Veterinari - Sanitari	
Legge n. 234/2021 (Legge di Bilancio 2022), art. 1, co. 609	
Dal 1° aprile al 30 giugno 2022, 0,30% retribuz. tabell. CCNL 2016 – 2018 (10,45 Euro mese)	33,95 Euro periodo (con rateo 13°)
Dal 1° luglio al 31 dicembre 2022, 0,50% retribuz. tabell. CCNL 2016 – 2018 (17,41 Euro mese)	113,16 Euro periodo (con taro)
Legge n. 197/2022, art. 1, co. 337	
Dal 1° gennaio al 31 dicembre 2023, 1,5% retribuz. tabell. CCNL 2016 – 2018 (51,42 Euro mese)	678,99 Euro anno (con 13°)
Legge 213/2023, art. 1, co. 28	
Dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2025, 0,5% retribuz. tabell. CCNL 2016 – 2018 x 6,7 volte + retribuz. tabell. sudetto 0,5% (valore complessivo = 134,06 Euro mese)	1.742,78 Euro anno (con 13°)
N. B.: I valori economici, sopra riportati sono tutti al lordo degli oneri riflessi evidenti in busta paga e dell'IRPEF.	

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

Tutele legali in caso di aggressioni

Sono state rafforzate le tutele legali da fornire da parte delle aziende in caso di aggressioni.

Prestazioni aggiuntive

È stata confermata l'invarianza finanziaria del costo complessivo delle prestazioni aggiuntive a carico del bilan-

cio dell'Azienda prendendo a riferimento il corrispondente costo complessivo sostenuto per l'anno 2021, detratti eventuali finanziamenti derivanti da specifiche disposizioni di legge intervenute nella predetta annualità. La Regione però può prevedere - previo confronto ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. b) del Ccnl 23.1.2024 (Confronto regionale) - una revisione dei suddetti limiti finanziari annuali a li-

vello aziendale, mediante compensazione tra le aziende o enti, fermo restando il limite finanziario annuale a livello regionale. Il limite aziendale eventualmente revisionato dalla Regione può essere annualmente integrato con l'eventuale quota di cui all'art. 1, comma 4, lett. c) della Legge 3.8.2007, n. 120 e s.m.i. (5% sull'onorario del libero professionista in intramoenia).

TABELLA 3

Incrementi mensili retribuzione fondamentale dirigenti medici e veterinari
(Al lordo oneri previd. evidenti in busta paga e IRPEF)

N. B. 1: L'aumento del valore dell'indennità di specificità di 23,27 Euro (col. 5) è a valere dall'anno 2025 (art. 15, c.1 della Preintesa)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Decorrenza	01/01/2024							
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale	Increm. Tabellare CCNL	Increm. Tabell. Al netto Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C.	Indennità Specificità Med. Veter.	Incremento Retrib. Posizione Parte fissa	TOT. INCREM. Al lordo Vacanza CCNL (Col. 3+5+6+7)	TOT. INCREM. Al netto Vacanza CCNL (Col. 8-2)
Dirett. U.O.C. Area Chirurg.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	23,27 Euro	228,15 Euro	530,04 Euro	395,28 Euro
Dirett. U.O.C. Area Medica	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	23,27 Euro	215,54 Euro	517,43 Euro	383,37 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	23,27 Euro	202,85 Euro	504,74 Euro	370,68 Euro
Respon. U.O.S.D.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	160,00 Euro	413,27 Euro	279,21 Euro
Respon. U.O.S. articol. Interna U.O.C.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	139,46 Euro	392,73 Euro	258,67 Euro
Altissima Profess. Dipart.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	160,00 Euro	413,27 Euro	279,21 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	139,46 Euro	392,73 Euro	258,67 Euro
Alta Specializzazione	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	103,00 Euro	356,73 Euro	222,67 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	87,15 Euro	340,42 Euro	206,36 Euro
Incarico iniziale	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		23,27 Euro	68,54 Euro	321,81 Euro	187,75 Euro

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

TABELLA 4

Incrementi annuali retribuzione fondamentale dirigenti medici e veterinari
(Al lordo oneri previd. evidenti in busta paga e IRPEF)

N. B. 1: L'aumento del valore dell'indennità di specificità di 302,51 Euro (col. 5) è a valere dall'anno 2025 (art. 15, c.1 della Preintesa)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Decorrenza	01/01/2024							
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale	Increm. Tabellare CCNL	Increm. Tabell. Al netto Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C.	Indennità Specificità Med. Veter.	Incremento Retrib. Posizione Parte fissa	TOT. INCREM. Al lordo Vacanza CCNL (Col. 3+5+6+7)	TOT. INCREM. Al netto Vacanza CCNL (Col. 8-2)
Dirett. U.O.C. Area Chirurg.	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro	632,06 Euro	302,51	2.965,95 Euro	6.890,52 Euro	5.147,74 Euro
Dirett. U.O.C. Area Medica	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro	632,06 Euro	302,51	2.802,02 Euro	6.726,59 Euro	4.983,81 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro	632,06 Euro	302,51	2.637,05 Euro	6.561,62 Euro	4.816,84 Euro
Respon. U.O.S.D.	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro		302,51	2.080,00 Euro	5.372,51 Euro	3.629,73 Euro
Respon. U.O.S. articol. Interna U.O.C.	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro		302,51	1.812,98 Euro	5.105,49 Euro	3.362,71 Euro
Altissima Profess. Dipart.	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro		302,51	2.080,00 Euro	5.372,51 Euro	3.629,73 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro		302,51	1.812,98 Euro	5.105,49 Euro	3.362,71 Euro
Alta Specializzazione	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro		302,51	1.339,00 Euro	4.631,51 Euro	2.888,73 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro		302,51	1.132,95 Euro	4.425,46 Euro	2.682,68 Euro
Incarico iniziale	1.742,78 Euro	2.990	1.247,22 Euro		302,51	891,02 Euro	4.183,53 Euro	2.440,75 Euro

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

TABELLA 5

Incrementi mensili
retribuzione
fondamentale
dirigenti sanitari

(Al lordo oneri previd.
evidenti in busta paga
e IRPEF)

N. B. 1: L'aumento del
valore dell'indennità di
specificità di 17,90
Euro (col. 5) è a valere
dall'anno 2025 (art. 15,
c.3 della Preintesa)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Decorrenza	01/01/2024							
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale	Increm. Tabellare CCNL	Increm. Tabell. Al netto Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C.	Indennità Specificità Sanitaria	Incremento Retrib. Posizione Parte fissa	TOT. INCREM. Al lordo Vacanza CCNL (Col. 3+5+6+7)	TOT. INCREM. Al netto Vacanza CCNL (Col. 8-2)
Dirett. U.O.C. Area Medica	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	17,90 Euro	215,54 Euro	512,06 Euro	378,00 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro	48,62 Euro	17,90 Euro	202,85 Euro	499,37 Euro	345,21 Euro
Respon. U.O.S.D.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	160,00 Euro	407,90 Euro	273,84 Euro
Respon. U.O.S. articol. Interna U.O.C.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	139,46 Euro	387,36 Euro	253,30 Euro
Altissima Profess. Dipart.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	160,00 Euro	407,90 Euro	273,84 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	139,46 Euro	387,36 Euro	253,30 Euro
Alta Specializzazione	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	103,00 Euro	351,38 Euro	217,30 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	87,15 Euro	335,05 Euro	200,99 Euro
Incarico iniziale	134,06 Euro	230 Euro	95,94 Euro		17,90 Euro	68,54 Euro	316,44 Euro	182,38 Euro

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

TABELLA 6

Incrementi annuali
retribuzione
fondamentale
dirigenti medici
e veterinari

(Al lordo oneri previd.
evidenti in busta paga e
IRPEF)

N. B. 1: L'aumento del
valore dell'indennità di
specificità di 232,70
Euro (col. 5) è a valere
dall'anno 2025 (art. 15,
c.3 della Preintesa)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Decorrenza	01/01/2024							
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale	Increm. Tabellare CCNL	Increm. Tabell. Al netto Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C.	Indennità Specificità Sanitaria	Incremento Retrib. Posizione Parte fissa	TOT. INCREM. Al lordo Vacanza CCNL (Col. 3+5+6+7)	TOT. INCREM. Al netto Vacanza CCNL (Col. 8-2)
Dirett. U.O.C. Area Medica	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro	632,06 Euro	232,70 Euro	2.802,02 Euro	6.656,78 Euro	4.914,00 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro	632,06 Euro	232,70 Euro	2.637,05 Euro	6.491,81 Euro	4.749,03 Euro
Respon. U.O.S.D.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	2.080,00 Euro	5.302,70 Euro	3.559,60 Euro
Respon. U.O.S. articol. Interna U.O.C.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	1.812,98 Euro	5.035,68 Euro	3.292,90 Euro
Altissima Profess. Dipart.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	2.080,00 Euro	5.302,70 Euro	3.559,60 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	1.812,98 Euro	5.035,68 Euro	3.292,90 Euro
Alta Specializzazione	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	1.339,00 Euro	4.561,70 Euro	2.818,92 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,702 Euro	1.132,95 Euro	4.355,65 Euro	2.612,87 Euro
Incarico iniziale	1.742,78 Euro	2.990 Euro	1.247,22 Euro		232,70 Euro	891,02 Euro	4.113,72 Euro	2.370,94 Euro

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

AUMENTI, ARRETRATI E NUOVE TUTELE

Inserto

TABELLA 7

Arretrati retribuzione fondamentale dirigenti medici e veterinari al 31.12.2025
(Al lordo oneri previd. evidenti in busta paga e IRPEF)

1	2	3	4	5	6	7	8
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale 2022 – 2025	Increm. Tabellare CCNL 2024 + 2025	Increm. Tabell. 2024 – 2025 senza Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C. 2024 + 2025	Indennità Specificità Med. Veter. 2025	Incremento Retrib. Posiz. Parte fissa 2024 + 2025	TOT. ARRETRATI 2022 – 2025 senza Vacanza CCNL (Col. 4+5+6+7)
Dirett. U.O.C. Area ChirurgicA	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro	1.264,12 Euro	302,51 Euro	5.931,90 Euro	9.166,88 Euro
Dirett. U.O.C. Area Medica	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro	1.264,12 Euro	302,51 Euro	5.604,04 Euro	8.839,02 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro	1.264,12 Euro	302,51 Euro	5.274,10 Euro	8.509,08 Euro
Respon. U.O.S.D.	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		302,51 Euro	4.160,00 Euro	6.130,86 Euro
Respon. U.O.S.	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		302,51 Euro o	3.625,96 Euro	5.596,82 Euro
Altissima Profess. Dipart.	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		302,51 Euro 1	4.160,00 Euro	6.130,86 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		302,51 Euro	3.625,96 Euro	5.596,82 Euro
Alta Specializzazione	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		302,51 Euro	2.678,00 Euro	4.648,86 Euro
Incarico Studio, Consulenza, Ricerca	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		302,51 Euro	2.265,90 Euro	4.236,76 Euro
Incarico iniziale	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		302,51 Euro	1.782,02 Euro	3.752,88 Euro

N. B.: Al tot. degli arretrati della parte fondamentale della retribuz. degli anni 2024 e 2025, espressi nella col. 8, si aggiungono anche gli incrementi della retribuz. accessoria maturati negli stessi anni, che in valori medi pro capite sono complessivamente **1.377 Euro**. I valori individuali dipendono dagli accordi aziendali.

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

TABELLA 8

Arretrati retribuzione fondamentale dirigenti sanitari al 31.12.2025
(Al lordo oneri previd. evidenti in busta paga e IRPEF)

1	2	3	4	5	6	7	8
Incarico	Indennità Vacanza Contrattuale 2022 – 2025	Increm. Tabellare CCNL 2024 + 2025	Increm. Tabell. 2024 – 2025 senza Vacanza CCNL (Col. 3-2)	Indennità Direzione U.O.C. 2024 + 2025	Indennità Specificità Sanitaria 2025	Incremento Retrib. Posiz. Parte fissa 2024 + 2025	TOT. ARRETRATI 2022 – 2025 senza Vacanza CCNL (Col. 4+5+6+7)
Dirett. U.O.C. Area Medica	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro	1.264,12 Euro	232,70 Euro	5.604,04 Euro	8769,21 Euro
Dirett. U.O.C. Area Territorio e Veterinari	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro	1.264,12 Euro	232,70 Euro 0	5.274,10 Euro	8439,27 Euro
Respon. U.O.S.D.	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		232,70 Euro	4.160,00 Euro	6061,05 Euro
Respon. U.O.S.	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		232,70 Euro	3.625,96 Euro	5527,01 Euro
Altissima Profess. Dipart.	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		232,70 Euro	4.160,00 Euro	6061,05 Euro
Altissima Profess. articol. Interna U.O.C.	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		232,70 Euro	3.625,96 Euro	5527,01 Euro
Alta Specializzazione	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		232,70 Euro	2.678,00 Euro	4579,05 Euro
Studio, Consulenza, Ricerca	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		232,70 Euro	2.265,90 Euro	4166,95 Euro
Incarico iniziale	4.311,66 Euro	5.980 Euro	1.668,35 Euro		232,70 Euro	1.782,02 Euro	3683,07 Euro

N. B.: Al tot. degli arretrati della parte fondamentale della retribuz. degli anni 2024 e 2025, espressi nella col. 8, si aggiungono anche gli incrementi della retribuz. accessoria maturati negli stessi anni, che in valori medi pro capite sono complessivamente **1.377 Euro**. I valori individuali dipendono dagli accordi aziendali.

Fonte: elaborazione dati e ricostruzione legislativa Anao su dati Aran Preintesa Ccnl 2022-2024

Anaa inaugur a Napoli la prima Autumn School

Segue da pagina 6

ro da Challenge Network in un laboratorio dedicato alla comunicazione efficace.

Anaa ha scelto di investire in questa dimensione consapevole che l'attività sindacale si fonda su relazioni: negoziazioni, gestione dei conflitti, costruzione del consenso, presenza nei reparti.

Divisi in gruppi, i corsisti hanno costruito il **Manifesto della Comunicazione Efficace Anaa**, uno strumento pensato per orientare l'azione futura nei territori. La sessione è stata accompagnata dal maestro Giorgio Fabbrini, che ha guidato una performance sulla "sinfonia Anaa", metafora della cooperazione tra ruoli diversi con una direzione comune.

La comunicazione come pratica professionale

A chiudere i lavori è stato il filosofo e docente Nicola Donti, con un concetto centrale: "Nessuno può non comunicare. Tutti possiamo scegliere come farlo". Un messaggio che restituisce il valore strategico della comunicazione nella costruzione della leadership sindacale.

Una scuola per costruire futuro, non per raccontare il passato

La prima Autumn School Anaa si chiude quindi con un messaggio chiaro: il sindacato è un organismo vivo. Cambia con la professione, con i suoi bisogni e con le persone che scelgono di partecipare.

Partecipazione, formazione e comunicazione emergono come le tre leve per costruire una nuova generazione di quadri sindacali, capaci di affrontare con competenza e visione le sfide che attendono il Ssn.

Con questa Scuola, Anaa ha compiuto un passo decisivo: costruire un sindacato all'altezza di un servizio sanitario in trasformazione, che ha bisogno – oggi più che mai – di professionisti pronti a difenderlo e a guidarlo.



AUTUMN SCHOOL ANAAO ASSOMED

Autumn School LA SINFONIA DI ANAAO

Noi, medici della comunità Anaa, apparteniamo a una storia fatta di tutela, impegno e responsabilità verso le persone che incontriamo ogni giorno. Il nostro lavoro non è solo atto clinico: è relazione, presenza, ascolto, scelta continua di cura.

La comunicazione non è un accessorio del gesto professionale, ne è parte integrante.

Ogni parola che sceglio, ogni silenzio che lascio, ogni modo di rivolgermi all'altro crea effetti nella qualità della relazione terapeutica, nel clima dei rapporti, nella fiducia tra colleghi.

Questo Manifesto raccoglie l'intenzione condivisa di coltivare una comunicazione che sia efficace, empatica e responsabile. Un impegno reciproco che ci accompagna nel nostro ruolo, nella nostra comunità e nella nostra identità professionale.

1 EMPATIA

Riconosco e rispetto l'esperienza emotiva dell'altro senza sovrapporre la mia. Costruisco un legame autentico di comprensione reciproca.

2 ASCOLTO

Ascolto con presenza piena, sospendendo il giudizio. Creo uno spazio in cui l'altro può emergere e sentirsi visto.

3 CHIAREZZA

Rendo ciò che comunico semplice, essenziale e comprensibile. Scelgo messaggi che orientano e riducono ambiguità.

4 AUTENTICITÀ

Sono coerente tra ciò che penso, sento e comunico. Stimolo fiducia e trasparenza nelle relazioni professionali.

5 PRESENZA

Sono intenzionalmente presente nella relazione, nel dialogo e nel gesto. Vivo incontri reali fatti di riconoscimento reciproco.

6 IMPEGNO

Considero la comunicazione una pratica continua, non un atto sporadico. Mi impegno con costanza, maturità e responsabilità nel tempo.

7 CURA E 8 RESPONSABILITÀ

La parola è un atto clinico. Produce effetti. Mi assumo la responsabilità, non solo dell'intenzione ma dell'impatto che genero. Costruisco una comunicazione che sostiene, orienta e protegge.

9 FIDUCIA E 10 COLLABORAZIONE

Costruisco relazione professionale attraverso trasparenza, coerenza e reciprocità. La collaborazione nasce dalla qualità dei legami, non dai ruoli. Alimento una comunità che cresce insieme.

In Anaa sceglio di riconoscerci come comunità professionale, non come individui isolati. Sceglio la cooperazione alla competizione, la responsabilità alla distanza, il dialogo al silenzio. Questo Manifesto non è un documento da leggere, è un impegno da vivere. Promettiamo di ascoltarci con rispetto; comunicare con chiarezza; mostrarcia autentici nelle relazioni; custodire la fiducia che ci viene affidata; agire parole che curano. La cura non è mai un atto solitario. È una responsabilità condivisa. Noi la sceglio. Insieme. Come Anaa. V.B.

SEMESTRE FILTRO

Un fallimento prevedibile e previsto

La “nuova” roboante procedura di selezione dei medici del domani ha preso una piega che va oltre la propaganda politica, minando seriamente il futuro di una intera generazione di aspiranti medici.

Purtroppo, questo epilogo era stato previsto da tempo dall'Anaao Assomed grazie a due sintomi premonitori: il decreto legge, postumo al bando di concorso, in cui diminuivano da -0,25 a -0,10 il punteggio malus delle risposte sbagliate (segno che anche al Ministero avevano avuto il sentore di una debacle del genere) e la diminuzione dell'11% di coloro che, nonostante fossero iscritti a questo semestre filtro di soli due mesi e mezzo, si erano poi effettivamente iscritti alle prove (53.033 su 62.238). L'attuale impianto di selezione, difeso solo da pochi esponenti del mondo universitario, è oggettivamente destinato ad essere archiviato o quantomeno profondamente rivisto, criticato peraltro non solo dalla CRUI, dal mondo medico e associativo, ma da oggi anche da un esponente di un partito della maggioranza, l'On. Luca Toccalini (deputato e Coordinatore Federale Lega Giovani), il quale chiede *“chiarimenti alla Ministra Bernini per questo spiacevole feedback negativo sui risultati”*.

Ci troviamo di fronte a circa 40.000 aspiranti medici che nell'arco di una settimana si giocano il futuro di studenti prima e lavoratori poi, con la consapevolezza che, qualora non risultassero idonei, hanno irrimediabilmente perso un anno della loro vita perché non solo non potranno iscriversi a una facoltà sanitaria, ma neppure ad altri corsi di laurea dal momento che le immatri-



**PIERINO
DI SILVERIO**
Segretario
Nazionale Anaao
Assomed



**GIAMMARIA
LIUZZI**
Responsabile
Nazionale Anaao
Giovani

Subito un tavolo tecnico per riformare il sistema, per il bene dei futuri medici e del Ssn

colazioni sono ormai chiuse. Si troveranno pertanto ingabbiati in un anno sabbatico obbligatorio, dopo aver pagato ben 300 euro di tasse universitarie (il test nazionale costava “solo” 100 euro) per lezioni pressoché tutte online e beffati da chi può permettersi università private che, guarda caso, hanno conservato il test nazionale. Alla faccia della salvaguardia del diritto allo studio.

La causa di questa debacle non può essere certo attribuita a un'epidemica ignoranza dei giovani iscritti a medicina, ma è piuttosto il risultato di un semestre filtro male organizzato, con aule strapiene e l'obbligo di troppe lezioni a distanza (solo due mesi fa qualche 'illuminato' Rettore affermava che le lezioni si sarebbero svolte in regolare presenza), con studenti catapultati in un impianto fasullo di formazione e selezione, che peraltro in Francia (dove si sta decidendo di abbandonarlo) ha dimostrato essere deleterio anche per la stabilità psicofisica. Secondo una metanalisi, su 195 studi e su oltre 100 mila studenti francesi (Rotenstein et al., JAMA 2016), il cosiddetto “semestre filtro francese” (molto simile, purtroppo, al nostro) causa sintomi depressivi e ideazione suicidaria rispettivamente nel 27,2% e 11,1% degli iscritti ad esso.

Le responsabilità, a nostro avviso, non sono solo della Ministra Bernini, ma anche e soprattutto dei componenti del gruppo di lavoro cui era stato affidato il compito di scrivere materialmente questa riforma. Un gruppo composto nella sua totalità da esponenti del mondo accademico che ha deliberatamente escluso i rappresentanti del mondo medico e associativo e che, probabilmente non aveva previsto questo epilogo, o forse (da tecnici) non ha avuto il coraggio o la forza politica di far comprendere al Ministro che la sua volontà era incompatibile con la realtà. Davanti a questi risultati oggettivamente deludenti e preoccupanti, occorre uscire dalla logica accademica del *“Noi siamo gli unici capaci di riformare il nostro mondo”* e istituire un gruppo di lavoro composto da personalità del mondo medico, studentesco e accademico al fine di apportare modifiche a questo impianto di selezione ed evitare che si ripeta il caos di questi giorni.

Anaao Assomed ha proposto da tempo un *“numero giusto”* con un test unico nazionale, con una bibliografia nota, con corsi di preparazione organizzati dal MUR, online e gratuiti, che gli aspiranti medici (diplomandi o diplomati) possono frequentare con tempestiche idonee e soprattutto senza perdere un anno nell'ipotesi di non essere idonei. Il tutto con una rigorosa programmazione, attualmente non prevista, o prevista male vista dell'entità degli iscritti in Medicina, al fine di evitare la cosiddetta pletora medica, perché il numero non può essere chiuso, bensì deve essere programmato.

La storia ha archiviato *de facto* lo storytelling del *“il numero chiuso è stato abolito”*.

Il nostro è un invito a mettere da parte la propaganda politica, le ideologie, le ricerche di colpevoli e capri espiatori, a buttare giù i muri che separano due mondi, quello medico e quello universitario, che dovrebbero invece dialogare e collaborare. I medici del domani chiamati a sorreggere il Ssn e i pazienti che chiedono cure di qualità, si aspettano questo da noi non già polemiche e sgambetti.

Abbiamo chiesto un incontro urgente (l'ennesimo) al ministro Bernini con la speranza che inizi al più presto il tempo del confronto costruttivo.

La rivoluzione silenziosa della medicina di precisione

La carta d'identità genetica del carcinoma polmonare non a piccole cellule



MARINA TARSITANO
Responsabile regionale
Dirigenza sanitaria Anaaos
Assomed
Campania

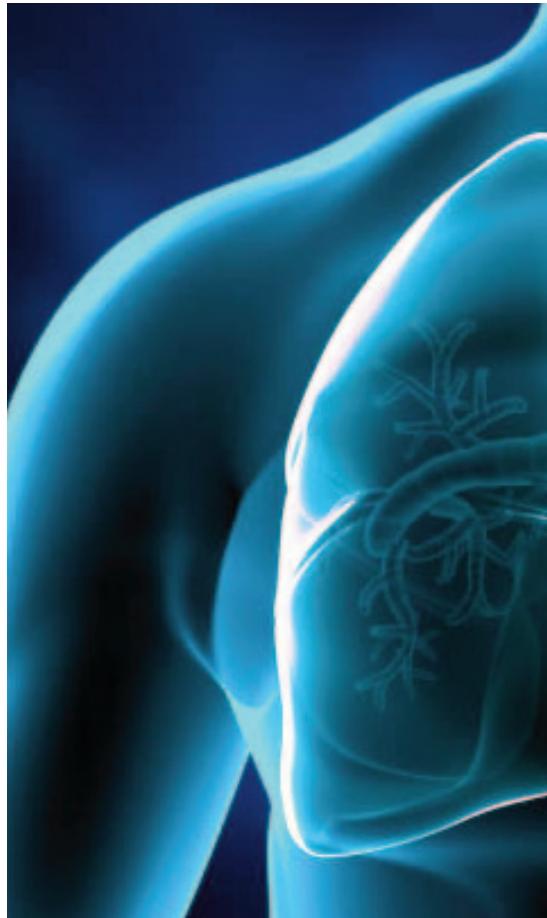
Per decenni, il tumore del polmone è stato sinonimo di diagnosi infausta. È ancora oggi la prima causa di morte per cancro nel mondo, con oltre 1,8 milioni di decessi ogni anno. La forma più comune è il carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC), che rappresenta circa l'85% dei casi, e all'interno di questa categoria l'adenocarcinoma rimane la tipologia predominante. Entro il 2050, si stima che l'incidenza globale aumenterà a 3,8 milioni di casi, con circa 3,2 milioni di decessi annuali. Ma negli ultimi anni qualcosa è cambiato: grazie alla genetica, alla diagnostica molecolare ed all'immunoterapia, il carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC), sta diventando una malattia sempre più "curabile", o almeno gestibile nel lungo periodo. Un recente lavoro pubblicato su *Current Oncology Reports* da Hyein Jeon e colleghi (2025) fa il punto su questa rivoluzione silenziosa, che negli ultimi dodici mesi ha portato ben undici nuove approvazioni della Food and Drug Administration (FDA) per farmaci mirati contro specifiche mutazioni genetiche del tumore. È la conferma che la medicina di precisione non è più solo una promessa, ma una realtà clinica.

Il primo passo per migliorare la sopravvivenza è diagnosticare la malattia prima che si diffonda. Oggi questo è possibile grazie alla tomografia computerizzata a basso dosaggio (LDCT), raccomandata nei soggetti ad alto rischio, in particolare fumatori ed ex fu-

matori sopra i 50 anni. Diversi studi hanno dimostrato che lo screening con LDCT può ridurre la mortalità per tumore del polmone del 20-25%. Tuttavia, l'implementazione di programmi di screening su larga scala richiede ancora investimenti e organizzazione, perché molti Paesi, Italia compresa, non hanno ancora attivato percorsi strutturati e uniformi sul territorio.

La vera rivoluzione, però, è avvenuta con l'avvento delle nuove tecnologie di biologia molecolare. Oggi sappiamo che il NSCLC non è una singola malattia, ma un insieme di tumori geneticamente diversi. Alcuni hanno una mutazione nel gene *EGFR*, altri un riarrangiamento nei geni *ALK* o *ROS1*, altri ancora alterazioni in altri geni come *MET*, *RET*, *NTRK 1-2-3*, *KRAS* o *ERBB2* (*HER2*).

Grazie alle tecnologie di "Next Generation Sequencing" (NGS), è possibile identificare queste alterazioni con un unico test che analizza centinaia di geni contemporaneamente. In pratica, ogni paziente riceve una "carta d'identità" molecolare del proprio tumore, che permette di scegliere la terapia più adatta. Questo approccio consente non solo di migliorare l'efficacia dei trattamenti, ma anche di evitare terapie inutili o tossiche. In alcuni casi, la risposta ai farmaci mirati è così forte da portare a regressioni complete e durature. Tra i protagonisti di questa rivoluzione ci sono i farmaci a bersaglio molecola-



re (targeted therapies): piccole molecole o anticorpi progettati per colpire specifiche mutazioni o alterazioni genomiche del tumore. Gli inibitori di *EGFR*, *ALK* o *ROS1* rappresentano ormai terapie di prima linea consolidate, con studi clinici che dimostrano tassi di risposta oggettiva fino al 70% nei pazienti selezionati e una sopravvivenza libera da progressione significativamente più lunga rispetto alla chemioterapia tradizionale.

Negli ultimi anni, il ventaglio terapeutico si è ulteriormente ampliato grazie a farmaci che colpiscono mutazioni considerate fino a pochi anni fa "non trattabili", come gli inibitori di *KRAS* (variante genica G12C), che bloccano una delle alterazioni genetiche più frequenti nel NSCLC, e gli inibitori di *RET*, efficaci contro le fusioni di questo gene. Questi farmaci hanno mostrato tassi di risposta clinica tra il 60% e il 70% in trial di fase 2-3, confermando la possibilità di controllare la malattia anche in pazienti con stadi avanzati e pre-trattati.

Un esempio concreto di come funziona un farmaco a bersaglio molecolare riguarda l'osimertinib, un inibitore di terza generazione dell'*EGFR*. In condizioni normali, il recettore *EGFR* sulla superficie delle cellule polmonari regola la proliferazione cellulare attraverso una cascata di segnali intracellulari. Nei tumori con mutazioni attivanti di *EGFR*, questa segnalazione di-



venta costitutiva, stimolando la cresci-
ta tumorale incontrollata. L'osimertinib
si lega in modo selettivo al sito mutato
del recettore, bloccando la trasduzione
del segnale e inducendo apoptosi nelle
cellule tumorali, senza colpire in maniera
significativa le cellule normali. Questa
seleattività riduce gli effetti collaterali
rispetto alla chemioterapia tradizionale e permette una risposta più duratura.

Oltre agli inibitori diretti, la ricerca ha sviluppato strategie combinate per superare le resistenze acquisite, un problema comune nelle terapie mirate. Ad esempio, nei tumori con mutazioni EGFR, la comparsa della mutazione T790M ha portato allo sviluppo di farmaci di terza generazione come l'osimertinib, in grado di bloccare sia le forme sensibili iniziali sia quelle resistenti. Analogamente, per le fusioni ALK, nuovi inibitori di seconda e terza generazione hanno migliorato l'efficacia nel raggiungere il sistema nervoso, riducendo il rischio di metastasi cerebrali, una complicanza frequente nel NSCLC avanzato.

Accanto alle terapie mirate, un altro punto di svolta è l'immunoterapia, che stimola il sistema immunitario a riconoscere e distruggere le cellule tumorali. Gli inibitori dei checkpoint immunitari (anti-PD-1, anti-PD-L1, anti-CTLA-4) hanno dimostrato di prolungare significativamente la sopravvivenza, anche in pazienti con malattia metastatica. Un esempio concreto è il

In pratica, la medicina di precisione significa che ogni paziente può ricevere una terapia personalizzata basata sul profilo genetico del tumore e sullo stato del sistema immunitario

pembrolizumab, un anticorpo monoclonale anti-PD-1. Normalmente, le cellule tumorali possono esprimere PD-L1, una proteina che si lega al recettore PD-1 sui linfociti T e "spegne" la risposta immunitaria, permettendo al tumore di sfuggire al controllo dell'organismo. Il pembrolizumab blocca l'interazione PD-1/PD-L1, riattivando i linfociti T che possono così riconoscere e uccidere le cellule tumorali. Questo meccanismo ha portato a risposte tumorali durature in molti pazienti con NSCLC avanzato e ha trasformato l'approccio terapeutico in una strategia più personalizzata, mirata non solo al tumore ma anche al microambiente immunitario del paziente.

Sempre più spesso, le due strategie, farmaci mirati ed immunoterapia, vengono combinate o utilizzate in sequenza a seconda del profilo molecolare del tumore e della risposta clinica.

Il messaggio chiave dell'articolo di Jeon e colleghi è chiaro: il futuro del trattamento del tumore polmonare è nella medicina di precisione. Non esiste più "un'unica terapia per tutti", ma una serie di percorsi terapeutici costruiti su misura.

Questa trasformazione comporta però anche sfide organizzative e sociali. I test molecolari non sono ancora accessibili in modo uniforme; i costi dei nuovi farmaci sono elevati; servono équipe multidisciplinari capaci di integrare genetica, oncologia ed anatomia patologica.

Come sottolineano gli autori, la medicina di precisione richiede una rete efficiente che parta dal laboratorio e arrivi al letto del paziente.

In un Paese come l'Italia, che dispone di un Servizio Sanitario Nazionale universale, non tutti i pazienti hanno oggi accesso alle stesse opportunità: i test molecolari più sofisticati e le terapie innovative sono disponibili soprattutto nei grandi centri oncologici, mentre in ospedali più piccoli o in aree periferiche i campioni devono spesso essere inviati a laboratori esterni, con tempi più lunghi e possibili ritardi nella scelta della terapia più efficace.

Immaginiamo il percorso di un paziente con carcinoma polmonare non a piccole cellule: dopo la diagnosi, il medico richiede un profilo molecolare del tumore, che può includere l'analisi di decine di geni. Nei centri più avanzati, questa analisi viene eseguita internamente ed i risultati arrivano rapidamente, permettendo di iniziare subito

il trattamento più adeguato. In altri casi, i campioni devono essere spediti a laboratori di riferimento anche in altre città, con inevitabili ritardi e maggiore ansia per il paziente.

Anche i costi dei farmaci innovativi rappresentano una sfida: pur essendo in gran parte rimborsati dal Ssn, richiedono una gestione attenta e protocolli condivisi tra ospedali e specialisti. Per garantire che il paziente riceva il trattamento migliore, molti centri hanno creato équipe multidisciplinari, in cui genetisti, anatomo patologi ed oncologi collaborano per interpretare i risultati dei test, pianificare la terapia e monitorare costantemente la risposta.

La medicina di precisione funziona solo se c'è una rete efficiente ed in Italia, questa rete esiste in parte grazie ai centri oncologici regionali e ai centri di riferimento nazionali, ma persistono differenze tra Nord e Sud del Paese, e tra grandi città e aree periferiche. In questo contesto, il ruolo dell'Anao è cruciale: non solo promuovere la formazione e l'integrazione delle équipe multidisciplinari, ma anche verificare che vengano adottate tutte le misure possibili per potenziare i laboratori di medicina di precisione pubblici, garantendo così equità di accesso e qualità delle cure a livello nazionale.

In pratica, la medicina di precisione significa che ogni paziente può ricevere una terapia personalizzata, basata sul profilo genetico del tumore e sullo stato del sistema immunitario. Quando tutto funziona come previsto, il paziente beneficia di trattamenti più efficaci e meno tossici, con un miglioramento concreto sia della sopravvivenza sia della qualità della vita. La sfida dei prossimi anni sarà rendere questa opportunità accessibile a tutti, riducendo le differenze territoriali e facendo in modo che la promessa della medicina di precisione diventi una realtà per ogni paziente in Italia.

Come scrivono Jeon e colleghi, "la gestione del tumore del polmone nel 2025 non è più solo una questione di farmaci, ma di conoscenza": conoscere le mutazioni, il sistema immunitario e le caratteristiche uniche di ogni paziente è la chiave per curare meglio.

La sfida dei prossimi anni sarà portare queste innovazioni fuori dai grandi centri accademici, centri privati e renderle accessibili a tutti. Perché la medicina di precisione, per essere davvero tale, deve diventare medicina per tutti.

Segue da pagina 3



tri Paesi europei con maggior numero di abitanti);

- una progressiva “clinicizzazione” da parte dell’Università delle diverse realtà ospedaliere, che rischia di stravolgere l’organizzazione assistenziale e sfugge alle regole stabilite dai Ccnl;
- la riduzione delle opportunità di progressione di carriera per il personale del Ssn.

Da parte di diversi portatori di interesse, vengono segnalate, sul piano giuridico, alcune potenziali illegittimità.

1. Aou senza riconoscimento giuridico, in violazione del D.lgs 517/1999 (senza uno specifico Dpcm come previsto dall’art.8 dell’anzidetto decreto legislativo, disciplinante i rapporti fra Ssn e Università, a norma dell’art.6 della legge 30.11.1998, n.419. L’art.8 del DL 517/1999 è l’unico provvedimento abilitato a costituire un’Azienda Ospedaliera Universitaria) risultano casi di nomine universitarie senza l’esistenza di un’Azienda Ospedaliero Universitaria.

2. Incarichi di Direzione di struttura complessa senza un avviso pubblico nazionale di cui al Dpr 484/1997 che potrebbero rappresentare una violazione dei principi di merito e imparzialità sanciti dall’art. 97 della Costituzione.

3. Mancato rispetto degli articoli 26 e 35 del D.lgs 165/2001 in relazione alle norme generali sull’accesso al pubblico impiego (assunzione tramite concorsi pubblici).

4. Di recente (luglio 2025) Il Mur ha elaborato uno “Schema tipo per il Protocollo di Intesa tra Regione e Università” per regolare i rapporti in materia di attività sanitaria tra Università e Ssn, sottoposto all’approvazione della Conferenza dei Rettori, che supera e deroga leggi ordinarie e tenta di disciplinare materie coperte da riserva di legge. (Cfr. documenti pubblici Anaaoo Assomed, Cimo-Fesmed, Cipomo, Acoi, Fp Cgil Medici e Dirigenti del Ssn et al.).

3. PROPOSTE

Alla luce di quanto sopra, tenendo conto del confronto emerso a livello nazionale negli ultimi anni, si propone a tutte le parti interessate, ad iniziare da quelle citate che già si sono espresse pubblicamente, di costituire una alleanza formale di scopo per redigere assieme una proposta condivisa di aggiornamento della normativa nazionale che regola i rapporti tra Servizio sanitario ed Università, da presentare al Ministero Salute, al Ministero dell’Università e alla Conferenza Stato Regioni.

Di seguito la traccia di una **sintesi operativa della proposta**:

1. **la radice dei problemi** emersi trova fondamento già nella normativa (D. Lgs 517/1999 e Dpcm 25 maggio 2001) e in particolare in alcuni commi degli articoli 1,2,3, 7 e 10 del D. Lgs, oltretutto nella varietà, vaghezza e inconsistenza dei modelli applicativi nei Protocolli di Intesa regionali.
2. **la normativa** di riferimento è oggettivamente invecchiata (26 e 24 anni rispettivamente) e merita in ogni caso di essere aggiornata tenendo conto dei cambiamenti sostanziali intercorsi, a partire dal DM 70/2015, proseguendo con le ricadute riorganizzative accelerate dalla pandemia e dalle norme conseguenti e gli errori nella programmazione di medici e specialisti dei quali in questi anni stiamo scontando l’effetto (con un rischio di over correzione a breve).
3. **diverse associazioni** professionali, società scientifiche e organizzazioni sindacali si sono espresse a favore di una revisione che modifichi alcuni snodi di chiave e includa nuovi elementi, tra questi:
 - il superamento dell’obbligo dell’intesa del Rettore per la nomina dei DG e l’approvazione degli Atti

aziendali

- l’esclusione dell’automatismo professore di prima fascia a direzione Struttura complessa e/o di Dipartimento
- la rinuncia alla carriera universitaria in caso di assunzione di ruolo in struttura complessa ospedaliera
- la documentazione del debito orario assistenziale e le modalità di definizione e gestione dello stesso nell’organizzazione.
- una gestione unificata nelle Aziende degli incarichi extra istituzionali dei conflitti di interesse dei professionisti nei rapporti con l’industria
- le procedure e le competenze per la stesura dei Protocolli di intesa
- una verifica di conformità normativa degli atti fondativi delle aziende esistenti
- indicazioni normative per un migliore definizione del ruolo del personale Ssn nelle attività didattiche e formative, un maggior coinvolgimento nelle Scuole di specializzazione delle strutture del Ssn orientate a escludere fenomeni di gestione “proprietaria” dei Direttori
- l’istituzione di ospedali di insegnamento (teaching hospitals, già esistenti in altri sistemi europei)
- una modalità di progettazione e approvazione degli Atti aziendali che prevenza forme di negoziazione parallele (più o meno esplicite) e che sia orientata ai fabbisogni del Sistema sanitario, non esistendo alcun interesse della componente universitaria (diversa e separata da quelli che riguardano i cittadini ed i pazienti) che possa ritenersi lesa seguendo questi principi e perseguendo questi obiettivi.

Una nuova normativa dovrebbe in sostanza:

- **favorire** una maggiore coerenza tra le attività istituzionali delle Università e i fabbisogni del servizio sanitario, facendo tesoro degli errori;
- **rimettere** su binari corretti la programmazione dei fabbisogni formativi, pre-condizione necessaria (anche se non sufficiente) per la appetibilità dei percorsi di formazione;
- **risolvere** il grossolano conflitto di interesse che grava sulla figura del Rettore e nei rapporti tra questi e i Dipartimenti di medicina negli atti più rilevanti.

ULTIMA CONSIDERAZIONE

Nella scelta dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliero/ Universitarie, dell’assetto organizzativo delle Aziende e dei Direttori delle Strutture/Dipartimenti non esiste un interesse generale che non sia condivisibile tra le due componenti e ciò che non è condivisibile semplicemente non è interesse generale.



Libro Bianco
Anaaao Assomed

Contratto
di lavoro

Dove
si violano
i diritti

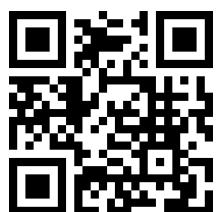
La mappa
delle Aziende
inadempienti.

Monitoraggio annuale
sull'attuazione del contratto
nazionale della dirigenza medica
e sanitaria nelle Aziende del SSN

ANAAO  ASSOMED

Libro Bianco Anaaao Assomed

*“Non è un atto di accusa,
ma un atto di responsabilità
verso il Paese, la sanità tutta
e i professionisti”*



Inquadra il Qr code
e leggi il Libro Bianco in pdf

anaaao.it 

ANAAO  **ASSOMED**