

d!

- 1 **Editoriale**
Verso il Congresso Nazionale
- 2 **Appropriatezza delle cure**
Troppe ricette?
- 10 **VI Conferenza Nazionale Donne Anaa Assomed**
Quel talento speciale per la cura
- 15 **Dirigenza Sanitaria**
La sperequazione delle indennità di specificità nel Ssn

Il mensile dell'Anaa Assomed



Convegno Nazionale
Anaa Assomed /
Morganti Insurance
Brokers

Il professionista sanitario

La seconda vittima all'interno del contenzioso

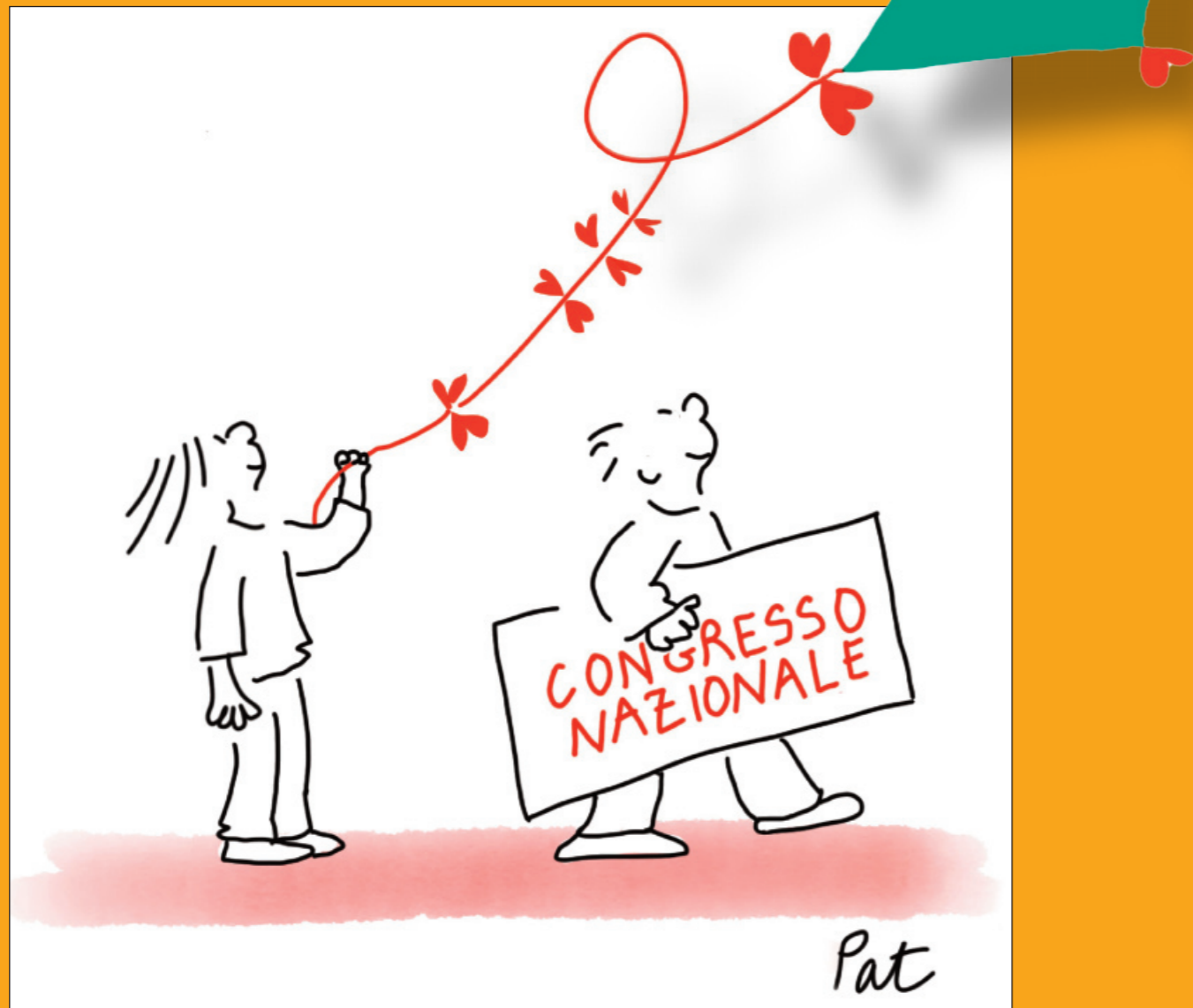
Il resoconto di un evento molto partecipato. Medici, avvocati, direzioni aziendali a confronto su un'emergenza spesso sottovalutata

ELEZIONI
ONAO SI
2026-2030

VOTA
LISTA

ONAO SI FUTURA
2.0

Pat Carra per l'Anaa Assomed



Verso il Congresso Nazionale: il sindacato è anche sentimento

I mesi che precedono un congresso nazionale sono sempre i più delicati. Non sono soltanto una fase di passaggio amministrativo, ma un tempo sospeso, denso, in cui il passato non è ancora concluso e il futuro non è ancora definito. Sono mesi capaci di segnare un confine netto tra un prima e un dopo, anche quando all'esterno tutto sembra procedere secondo una scansione ordinaria.

Formalmente, infatti, il congresso è un esercizio di regole: si applicano le disposizioni dello Statuto, si rinnovano gli organismi, si convocano assemblee, si depositano mozioni, si vota. Ogni passaggio è previsto, ogni scadenza è regolata, ogni procedura è codificata. Il linguaggio utilizzato è quello dell'ordine e della neutralità. Si parla di adempimenti, di quorum, di percentuali, di rappresentanza.

Eppure, nelle pieghe degli articoli e dei regolamenti si muove qualcosa che nessuna norma riesce davvero a governare. Il linguaggio degli statuti descrive il "come", ma non racconta il "cosa" e soprattutto non intercetta il "come ci si sente". Dietro la liturgia istituzionale, spesso fredda e apparentemente asettica, lavorano emozioni profonde e talvolta contrastanti.

Ci sono aspettative coltivate per anni, talvolta in silenzio. Ci sono alleanze costruite con pazienza, relazioni intrecciate nei territori. Ci sono ambizioni legittime, frutto di impegno e dedizione, e ci sono delusioni che arrivano improvvise e difficili da elaborare. E c'è anche ciò che si nomina meno: la paura. La paura di restare ai margini, di perdere un ruolo che nel tempo si è trasformato in identità, di non essere più riconosciuti come punto di riferimento.

Non si attivano soltanto dinamiche politiche; si attivano dinamiche emotive. E sottovalutarle significa non comprendere davvero ciò che sta accadendo. Ogni congresso è anche un momento di ricambio. C'è chi esce da un incarico e chi vi entra con nuove responsabilità. È una dinamica fisiologica, necessaria alla vitalità di ogni organizzazione. Ma dentro questa fisiologia si muovono storie personali.

Per chi lascia un ruolo dirigente, può trattarsi di un passaggio che somiglia a un lutto simbolico: non la perdita di una persona, ma di una funzione, di un ritmo quotidiano, di uno spazio riconosciuto. E tuttavia sarebbe un errore leggere questo passaggio come un'uscita di scena. I senior rappresentano un patrimonio di esperienza che non può andare disperso. Sono memoria storica, conoscenza delle battaglie combattute, capacità di interpretare i cicli che si ripetono. Sono anche, per i più giovani, un insegnamento vivo: non solo su come si conduce una trattativa o si governa un'organizzazione, ma su cosa significhino responsabilità, coerenza, tenacia.

SILVIA PROCACCINI
Responsabile ufficio comunicazione

Segue a pagina 16

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

dirigenza 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
www.anaao.it

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

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

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

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002. Anno XXIV
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Finito di stampare nel mese di aprile 2026

TROPPE RICETTE?

Più che sorvegliare i medici serve l'appropriatezza organizzativa

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale Anaa Assomed

Un'analisi dell'Istituto Superiore di Sanità pone sotto i riflettori il tema dell'appropriatezza delle cure. I dati invitano a riflettere, ma il dibattito non può trasformarsi in una messa in discussione dell'autonomia clinica del medico, né ignorare il ruolo cruciale dei luoghi di cura.

Circa il 10% delle prestazioni sanitarie erogate presenta profili di inappropriata. In Italia l'inappropriatezza in Sanità vale circa 25 miliardi di euro. Il fenomeno si manifesta in due direzioni opposte ma ugualmente problematiche: il cosiddetto "over-use", ovvero l'eccesso di esami, terapie e ricoveri non necessari, e l'"under-use", ossia la mancata erogazione di cure appropriate a chi ne avrebbe effettivo bisogno.

Un esempio emblematico viene dal rapporto CeDAP 2024 dell'Iss sulla natalità: nel 77,1% delle gravidanze vengono effettuate più di tre ecografie, a fronte delle sole due raccomandate dalle linee guida nazionali. Un eccesso che configura un pattern di inappropriatezza prescrittiva e di eccessiva medicalizzazione dell'assistenza.

Emerge chiaramente ormai un problema non quindi solo di investimenti nel Ssn, ma anche e forse soprattutto di collocazione delle risorse ed impiego delle stesse.

Dinanzi a questi dati, però, il rischio più insidioso sarebbe trarne conclusioni affrettate, trasformando analisi epidemiologiche in uno strumento di sorveglianza o di compressione dell'autonomia professionale del medico. Sarebbe un errore grave, oltre che concettualmente



scorretto. Peraltro, un errore del genere è stato già commesso nella valutazione delle liste di attesa, confondendo strumenti di analisi e dati.

L'appropriatezza clinica è per definizione un concetto che si misura sul paziente concreto, non sulla statistica.

Come ricorda il Sistema Nazionale Linee Guida dell'Iss stesso, le raccomandazioni cliniche sono strumenti di supporto decisionale e non prescrizioni rigide: la legge 24/2017 (cosiddetta legge Gelli-Bianco) peraltro stabilisce espressamente che il professionista sanitario debba attenersi alle linee guida "salve le specificità del caso concreto". Questa clausola non è un cavillo burocratico: è il riconoscimento che la medicina è una scienza applicata a individui, non a categorie.

Il medico che prescrive un esame in più perché conosce la storia clinica del suo paziente, il suo contesto familiare, le sue comorbidità o la sua ansia diagnostica, non sta necessariamente commettendo un atto inappropriato.

Quella decisione appartiene alla sua sfera professionale, alla sua relazione terapeutica e alla sua responsabilità etica. Confondere la variabilità prescrittiva con l'inappropriatezza sistematica è uno degli errori metodologici più frequenti in cui si rischia di cadere, anzi in cui è facile cadere anche per trovare capri espiatori a problematiche complesse. E questo mina non solo il rapporto di fiducia medico paziente, paziente Ssn, ma mina anche l'autostima e il rapporto tra professionista e istituzione, al punto che già oggi 10 medici ogni giorno vanno via dagli ospedali in età non pensionabile.

E un errore del genere rischia a sua volta di guidare scelte, come già avvenuto nel caso delle liste di attesa, che non possono produrre i risultati sperati.

L'obiettivo delle istituzioni deve essere supportare il medico nella sua attività, ma non con logiche economiche, quali ad esempio i tempari, che non fanno altro che diminuire la qualità della presa in carico del paziente, ma paradossalmente aumentando quell'autonomia professionale imprescindibile

che da sempre costituisce la base del rapporto fiduciario medico paziente, favorendo il benessere lavorativo del medico e del dirigente sanitario con nuove politiche di welfare, tutelando il professionista in quella che è la sicurezza sui luoghi di cura, e attribuendo allo stesso la giusta remunerazione e il giusto spazio e riconoscimento professionale. Soprattutto non si può pensare di risolvere la difficoltà dell'accesso alle cure costruendo meccanismi punitivi o burocratici che finiscono per alimentare la medicina difensiva: paradossalmente uno dei fattori che più contribuisce all'inappropriatezza prescrittiva.

C'è un secondo piano di analisi che il dibattito pubblico tende a trascurare: l'inappropriatezza non è solo ciò che viene prescritto, ma spesso è dove e come una prestazione viene erogata. Un ricovero ospedaliero ordinario per una condizione gestibile in day hospital o in ambulatorio specialistico è inappropriato non perché la cura sia sbagliata, ma perché il luogo di cura non è quello giusto.

Questa è appropriatezza organizzativa: la capacità del sistema di collocare il paziente nel setting assistenziale più adeguato alle sue necessità. Un paziente anziano con una frattura del femore che attende giorni in pronto soccorso prima dell'intervento, un malato cronico che ricorre al ricovero ospedaliero per mancanza di assistenza territoriale adeguata, un paziente psichiatrico che non trova strutture intermedie tra l'ospedale e il domicilio: questi sono casi di inappropriatezza organizzativa, dipendenti non dalla scelta del medico, ma dalle carenze strutturali del sistema. Situazioni in cui il medico e il professionista sanitario si trova costretto ad adoperare quella sanità creativa per dare risposta la paziente.

Il rafforzamento della medicina territoriale, delle cure intermedie, dell'assistenza domiciliare e delle strutture di prossimità non è solo una questione di equità e accesso alle cure: è anche una delle leve più efficaci per ridurre l'inappropriatezza organizzativa e alleggerire la pressione sugli ospedali. Un paziente curato nel posto giusto riceve cure migliori, con minori rischi e minori costi per il sistema.

La strada da percorrere è chiara, anche se non facile. Ridurre l'inappropriatezza non significa ridurre le cure, né penalizzare i professionisti: significa garantire che ogni prestazione sia quella giusta, per il paziente giusto, nel momento giusto, nel luogo giusto. Questo è il vero obiettivo dell'appropriatezza clinica, e coincide con la migliore medicina possibile.

CCNL 2025 2027

Firmeremo solo un contratto innovativo che migliori le condizioni di lavoro

Accogliamo favorevolmente la convocazione dell'apertura delle trattative per il rinnovo del Ccnl 2025-2027 a soli due mesi dalla chiusura del precedente. Ma auspichiamo che le buone notizie non si fermino qui.

L'Anaa Assomed è pronta a sedersi al tavolo convocato per il 29 aprile e non farà mancare per l'intera durata della trattativa una presenza vigile e attenta affinché vengano garantiti alcuni punti cardine. Infatti, dopo aver sottoscritto un accordo "di transizione", il prossimo contratto dovrà necessariamente contenere tutte le risposte che i colleghi e le colleghe attendono da troppo tempo. Perché non firmeremo un qualsiasi contratto, ma solo ed esclusivamente un contratto innovativo che migliori concretamente condizioni di lavoro, al di là degli aspetti economici.

Ci impegneremo per portare a casa un sistema di carriere più veloce e meno clientelare e il rispetto per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Dobbiamo restituire alla nostra professione quell'appeal che ha perso a causa di una crisi senza precedenti grazie alla quale i luoghi di lavoro sono ormai diventati delle gabbie dove scarseggiano le più elementari regole di sicurezza. Condividiamo le affermazioni del Presidente dell'Aran, Antonio Naddeo: dobbiamo costruire un'organizzazione capace di sostenere davvero il cambiamento. Noi siamo pronti e disponibili al confronto a patto però che vengano rispettate le esigenze di tutti: non soltanto le priorità del datore di lavoro ma anche quelle dei lavoratori.

Un evento molto partecipato sia per l'importanza del tema trattato che per il panel chiamato a confrontarsi con la categoria. Medici, avvocati, direzioni aziendali a confronto su un'emergenza spesso sottovalutata. Proponiamo in queste pagine la sintesi degli interventi.

Il professionista sanitario La seconda vittima all'interno del contenzioso

Il Convegno nazionale organizzato da Anaa Assomed e Morganti Insurance Brokers, ha proposto un'analisi multidimensionale della responsabilità professionale sanitaria, affrontando in modo integrato i profili normativi, organizzativi, assicurativi, psicologici ed etici. Il filo conduttore degli interventi è stato il superamento della logica colpevolizzante a favore di un modello sistemico fondato sulla sicurezza delle cure, sulla definizione chiara delle competenze e sulla tutela strutturata del professionista coinvolto in eventi avversi.

Negli interventi di salute, **Antonio Magi** Presidente Omceo Roma, ha descritto la condizione attuale della professione medica come uno stato di forte criticità, caratterizzato da crescente pressione sociale e giudiziaria. Centrale la necessità di una definizione normativa dell'atto medico quale presupposto per delimitare responsabilità, regolare l'interazione multiprofessionale e contrastare l'esercizio abusivo. Magi ha richiamato il precedente giurisprudenziale, il "caso Panzironi" quale base su cui sviluppare un consolidamento legislativo e ha inoltre ribadito l'importanza dello scudo penale e del modello di équipe multidisciplinare.

Filippo Anelli, Presidente Fnomceo, ha evidenziato il recente riconoscimento normativo del ruolo esclusivo del medico in diagnosi, prognosi e terapia, anche nell'ambito della disciplina sull'Intelligenza Artificiale. Ha sottolineato l'evoluzione del concetto di colpa verso una responsabilità organizzativa della struttura, superando la logica centrata



Inquadra il QR CODE per rivedere l'evento integrale e approfondire i contenuti delle relazioni

sul singolo. Anelli ha infine dedicato ampio spazio al ruolo sociale della professione e al Manifesto "Medici e Pace", con richiamo al diritto alla salute quale presidio di coesione democratica.

Roberto Morganti, Ceo di Morganti Insurance Brokers Srl, ha aperto il Convegno analizzando la crescente frattura tra la professione medica, il sistema giudiziario e il mercato assicurativo. Ha posto l'accento sulla necessità di una transizione culturale che superi la mera quantificazione economica del danno, orientandosi invece verso una maggiore tutela della dimensione umana del professionista sanitario. Tale esigenza si inserisce nel contesto di una profonda trasformazione della percezione sociale del medico: dall'eroizzazione durante il periodo pandemico si è passati a una recrudescenza di aggressioni e richieste risarcitorie, fenomeni che rappresentano il sintomo di una frattura sociale che

richiede di essere ricomposta. Morganti ha inoltre dedicato particolare attenzione al fenomeno della "seconda vittima", ossia il professionista coinvolto in un evento avverso, spesso sottoposto a procedimenti giudiziari di lunga durata. Tali percorsi comportano un impatto significativo non solo sul piano psicologico, ma anche su quello patrimoniale ed esistenziale, indipendentemente dall'esito finale del procedimento. Infine, ha sottolineato l'importanza di sviluppare un approccio integrato al risk management, che coinvolga attivamente aziende sanitarie, medici, personale infermieristico e settore assicurativo, attraverso l'adozione di protocolli strutturati di supporto psicologico e legale.

La prima parte del Convegno è stata moderata da **Roberto Bruni** componente della Direzione Generale Morganti Insurance Brokers Srl.



Seconde vittime in sanità: stato dell'arte

Carmela Rinaldi, Professoressa presso il Dimet Upo - Area Formazione e Ricerca dell'Aou Maggiore della Carità di Novara, ha aperto la prima sessione dei lavori proponendo un superamento della tradizionale dicotomia errore-risarcimento, per concentrarsi sull'impatto traumatico degli eventi avversi sui professionisti sanitari. Ha evidenziato come, nonostante l'evoluzione del risk management a partire dagli anni 2000, l'azzeramento del rischio clinico rappresenti un obiettivo irraggiungibile; diventa quindi essenziale gestire in modo strutturato le conseguenze umane e organizzative derivanti dagli eventi imprevedibili.

Nel suo intervento ha illustrato la tassonomia delle vittime: la prima vittima,

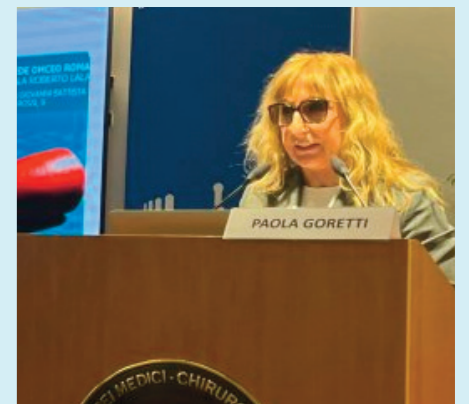
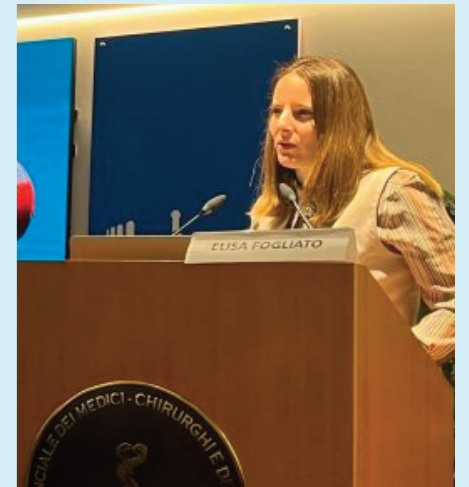
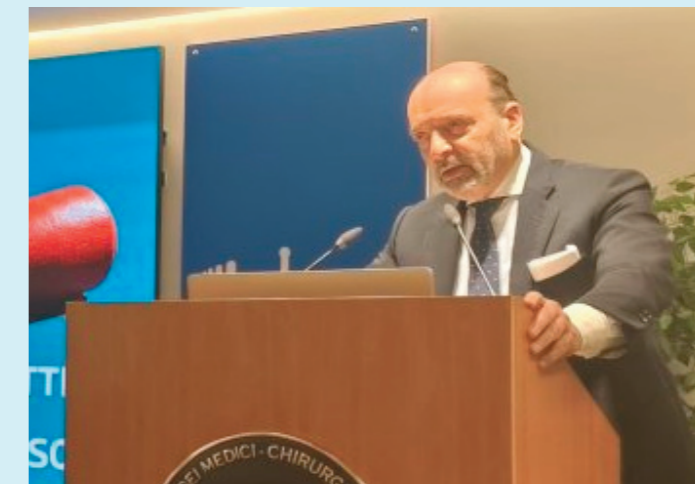


“Non è possibile garantire la sicurezza del paziente se non si mette in sicurezza l'operatore. Il cambiamento deve essere normativo e culturale

il paziente; la seconda vittima, l'operatore sanitario; la terza vittima, l'organizzazione; la quarta vittima, la comunità. Richiamando gli studi della rete europea Ernst, ha presentato dati a livello nazionale e internazionale che evidenziano un'elevata incidenza del fenomeno della "seconda vittima", con percentuali che, in contesti italiani recenti, possono raggiungere fino all'80% degli operatori coinvolti a seguito di un evento avverso. È stato inoltre sottolineato il legame diretto tra trauma non elaborato e medicina difensiva: la seconda vittima, infatti, può modificare il proprio comportamento professionale con un conseguente peggioramento della qualità delle cure, innescando un circolo vizioso di "danno sul danno". Le seconde vittime rappresentano anche un costo rilevante per il Servizio Sanitario Nazionale, in termini di assenteismo, riduzione della produttività e aumento del rischio di ulteriori errori. In conclusione, Rinaldi ha proposto l'adozione di modelli di intervento multilivello, basati sulla diffusione della cultura della sicurezza, sull'implementazione di programmi di supporto tra pari (peer support) e sull'attivazione di servizi di supporto psicologico specialistico all'interno delle strutture sanitarie.

L'esperienza di Asst di Lecco, stato dell'arte e scenari futuri

Paola Goretti e **Elisa Fogliato** hanno portato all'attenzione il caso studio della loro Azienda, la Asst di Lecco. L'intervento di **Paola Goretti**, Direttore Struttura Complessa Qualità e Risk Management, ha analizzato il fenomeno della "Seconda Vittima" non come un evento isolato o una fragilità individuale, ma come il sintomo di una crisi strutturale e sistemica della forza lavoro sanitaria a livello globale ed europeo. Attraverso l'analisi dei dati Oms 2022 ("Time to Act"), la relazione ha evidenziato le radici profonde del disagio pro-



fessionale. Il fenomeno viene collocato nella più ampia crisi strutturale della forza lavoro sanitaria europea: carenza di personale, invecchiamento, migrazione professionale e carichi di lavoro insostenibili. È stato introdotto il concetto di crisi del "patto psicologico", ossia la frattura tra aspettative professionali e riconoscimento sistemico. La tutela della seconda vittima è stata interpretata come intervento di sicurezza organizzativa, non come misura assistenziale episodica. Goretti ha infine presentato il modello "Prendersi cura di chi cura", fondato su supporto individuale con sportelli di ascolto e consiglieri di fiducia, supporto organizzativo con debriefing strutturati dopo eventi avversi e gruppi Car e infine Peer Support, ovvero la creazione di reti di facilitatori interni per il primo sostegno emotivo e professionale.

Non è possibile garantire la sicurezza del paziente se non si mette in sicurezza l'operatore. Il cambiamento deve essere normativo e culturale: un'organizzazione è realmente sicura solo se non abbandona i propri professionisti nel momento dell'errore o della difficoltà. L'intervento di **Elisa Fogliato**, Psicologa, Psicoterapeuta esperta di emergenza, ha spostato l'attenzione dalla dimensione teorica e organizzativa a quella clinico-empirica, presentando il modello di supporto agli operatori sanitari sviluppato presso l'Asst di Lecco. Il contributo evidenzia come il trauma collettivo della pandemia da Covid-19

abbia rappresentato un catalizzatore per l'implementazione di interventi strutturati di psicoterapia breve in ambito ospedaliero.

Fogliato ha illustrato l'impiego di interventi strutturati di psicoterapia breve basati sul metodo Emdr, rivolti agli operatori sanitari coinvolti in eventi traumatici, con particolare riferimento al trattamento del disturbo da stress post-traumatico (Ptd). Tali interventi risultano particolarmente significativi in quanto erogati durante l'orario di servizio e in condizioni di piena garanzia di anonimato. L'Asst di Lecco ha formalizzato questo modello nel 2022, rendendolo strutturale e permanente.

I risultati ottenuti evidenziano un recupero dell'autoefficacia degli operatori e una significativa riduzione dell'impatto post-traumatico. L'integrazione con le attività di gestione del rischio clinico e la formalizzazione aziendale del servizio configurano un modello di supporto interno e tra pari, potenzialmente replicabile a livello nazionale.

In conclusione, ha ribadito che l'attenzione alla salute mentale del professionista non deve essere interpretata come un segnale di fragilità individuale, bensì come un elemento fondante della resilienza e della solidità del sistema sanitario. Il modello "interno e tra pari" si dimostra, infatti, più efficace rispetto ai supporti esterni, grazie alla capacità di intervenire tempestivamente nel luogo e nel momento in cui il bisogno emerge.

Alleanza, cura della comunicazione e cooperazione: come provare a ridurre i costi (umani ed economici) del contenzioso

Maurizio Hazan, Avvocato Partner dello Studio Thmr, ha analizzato l'applicazione della Legge Gelli-Bianco a sette anni dalla sua introduzione, evidenziando il progressivo passaggio verso un modello proattivo fondato sulla sicurezza delle cure.

Nel suo intervento, Hazan ha ripercorso l'evoluzione storica della figura del medico: autorità indiscussa, fino alla contemporanea deriva accusatoria, che tende a individuare nel professionista sanitario il principale destinatario di pretese risarcitorie sistematiche. In questo contesto, il contenzioso assume i connotati di un vero e proprio trauma, che prescinde dall'esito del giudizio e incide profondamente su ansia, reputazione e serenità operativa del sanitario.

Il fulcro della riforma Gelli-Bianco è rappresentato dallo spostamento del baricentro della responsabilità dal singolo professionista alla struttura sanitaria. In particolare, si affermano la natura extracontrattuale della responsabilità del medico dipendente, la centralità dell'obbligo di sicurezza delle cure e il superamento dell'automatismo ri-



Tavola rotonda

Approdare a un modello di alleanza strategica per superare un'emergenza sottovalutata

La **tavola rotonda** dal titolo "La sindrome della seconda vittima: interventi mirati per superare un'emergenza sottovalutata" moderata da **Bruno Zuccarelli**, Segretario Anaa Campania, ha affrontato il paradosso del professionista sanitario, passato rapidamente dalla condizione di "eroe" pandemico a quella di "bersaglio" mediatico e giudiziario. Il focus si è spostato dalla colpa individuale alla necessità di riconoscere e gestire la responsabilità di sistema.

L'Avvocato **Angelo Pandolfo**, Professore Ordinario di Diritto del Lavoro e della Previdenza Sociale presso l'Università di Roma "La Sapienza", ha richiamato la centralità dell'articolo 7, comma 1 della Legge 24/2017, sottolineando che l'obbligo di assistenza è in capo alla struttura sanitaria. Il medico, pur essendo il braccio operativo indispensabile, agisce nell'adempimento di un'obbligazione della struttura stessa. Vi sono tuttavia delle criticità: persiste un disallineamento tra i principi della legge e la loro applicazione pratica, che espone ancora il medico a una "solitudine giudiziaria" e a duplicazioni di giudizio tra sede civile e Corte dei Conti.

Nicola Pinelli, Direttore Fiaso ha introdotto il concetto del Servizio Sanitario Nazionale come "terza vittima" degli eventi avversi. Un singolo episodio di malpractice può infatti compromettere la reputazione di interi sistemi (come quello dei trapianti), nonostante l'altissima efficienza media. È dunque necessario rafforzare l'alleanza medico-paziente-struttura attraverso il supporto psicologico agli operatori e una gestione del rischio che non sia punitiva ma evolutiva.

Fabrizio D'Alba, Presidente di Federsanità, ha contestato l'idea dell'organizzazione come entità astratta e "colpevole", sottolineando come essa sia in realtà costituita dai professionisti stessi che vi operano. In questa prospettiva, emerge con chiarezza il tema di una responsabilità diffusa: se da un lato il management è chiamato a garantire risorse e condizioni adeguate, dall'altro i clinici devono partecipare attivamente alla revisione dei processi e dei protocolli. Parallelamente, Federsanità propone una contronarrativa volta a contrastare la criminalizzazione mediatica del sistema sanitario, promuovendo una comuni-

“
Il risk management è chiamato a evolversi, superando una logica centrata unicamente sull'analisi dell'errore per orientarsi verso modelli di clinical governance in grado di liberare il medico da attività a basso valore aggiunto

cazione fondata sulla credibilità e sulla valorizzazione dei dati positivi, così da evitare che il sistema venga percepito come debole e quindi più facilmente esposto ad attacchi. 4. La comunicazione come tempo di cura

Filippo Anelli, Presidente della Fnomceo, ha ribadito che, nonostante le criticità del sistema, l'84% dei cittadini continua a mantenere fiducia nei medici. Tuttavia, il sottofinanziamento e la conseguente carenza di organico e strumenti rendono difficile dare piena attuazione al principio secondo cui la "comunicazione è tempo di cura", come sancito dalla Legge 219/2017. In questo contesto, emerge anche la necessità di rafforzare un'etica dell'informazione attraverso una collaborazione più stretta con l'Ordine dei Giornalisti, al fine di evitare derive mediatiche improntate allo "spettacolo del mostro in prima pagina", che rischiano di compromettere la coesione sociale e la fiducia nel sistema sanitario pubblico.

Gerardo D'Amico, Caporedattore Salute Rainews24, ha tracciato un confine netto tra il dovere di cronaca - che implica il riferire correttamente i fatti e i nomi degli indagati - e quella che definisce una "barbarie", rappresentata dall'inseguimento mediatico finalizzato allo spettacolo. In questo quadro, la tutela della reputazione professionale passa necessariamente attraverso un approccio rigoroso al risk management e una formazione continua (Ecm) che sia sostanziale e non meramente burocratica.

L'ultima parte della sessione ha focalizzato l'attenzione sulla crisi di attrattività del sistema sanitario pubblico, evidenziando la necessità di trasformare il "grido di dolore" dei professionisti in un'azione coordinata tra management e corpo medico. In particolare, è emerso come il disagio professionale vada ben oltre la dimensione retributiva: **Bruno Zuccarelli** ha sottolineato che l'esodo dei medici verso l'estero o il settore privato è legato soprattutto al deterioramento della qualità della vita lavorativa, aggravato dalla carenza di organico e dal peso delle responsabilità, che alimentano un diffuso senso di solitudine istituzionale.

In questo contesto, **Nicola Pinelli** e **Fabrizio D'Alba**, hanno ribadito il principio della responsabilità diffusa, sottolineando la necessità di una reale sinergia tra autonomia professionale e managerialità, capace di investire nella salute organizzativa e nella conciliazione vita-lavoro. In tale prospettiva, anche il risk management è chiamato a evolversi, superando una logica centrata unicamente sull'analisi dell'errore per orientarsi verso modelli di clinical governance in grado di liberare il medico



“
Informazione chiara e relazionale come strumento fondamentale di prevenzione del contenzioso

sarcitorio, anche con riferimento alle infezioni nosocomiali. Permangono, tuttavia, alcune criticità, tra cui i profili di rivalsa, il cosiddetto "doppio binario" civile-contabile e la necessità di una maggiore consapevolezza assicurativa da parte dei professionisti.

Un elemento cruciale evidenziato da Hazan riguarda la rottura dell'alleanza terapeutica: il contenzioso, infatti, deriva spesso non tanto da errori tecnici quanto da una comunicazione inadeguata. In questa prospettiva, anche il ruolo dell'assicurazione assume una valenza diversa: broker e compagnie non devono essere considerati meri liquidatori del danno, ma attori integrati nel sistema di risk management, coinvolti sia nella prevenzione sia nella gestione tempestiva dei sinistri, con l'obiettivo di ridurre l'impatto complessivo sugli operatori sanitari.

In conclusione, Hazan ha sottolineato l'importanza di un'informazione chiara e relazionale quale strumento fondamentale di prevenzione del contenzioso. Ha inoltre auspicato una maggiore consapevolezza, da parte dei medici, dei propri diritti e delle coperture assicurative, al fine di evitare soluzioni ridondanti o inadeguate. La sfida futura, ha concluso, non è soltanto normativa, ma soprattutto culturale: trasformare il conflitto tra struttura e professionista in un'alleanza strategica, nella consapevolezza che solo la serenità del medico può garantire, in ultima analisi, la sicurezza del paziente.

da attività a basso valore aggiunto e consentirgli di concentrarsi sull'atto clinico. Ampio spazio è stato dedicato anche al tema della comunicazione, intesa come leva fondamentale per la reputazione e la prevenzione del conflitto. **Gerardo D'Amico** ha evidenziato come un approccio comunicativo empatico possa contribuire a disinnescare la conflittualità, trasformando la percezione del medico da antagonista ad alleato, mentre **Angelo Pandolfo** ha proposto l'adozione di modelli organizzativi ispirati al Decreto Legislativo 231/2001, valorizzando le funzioni di gestione del rischio come asset strategici per la tutela legale dei professionisti.

In chiusura, **Filippo Anelli**, presidente della Fnomceo, ha riportato il dibattito sul piano della sostenibilità politica del Servizio Sanitario Nazionale, ribadendo che, se la salute è un diritto universale, il suo finanziamento deve essere adeguato. La difficoltà nel coprire i concorsi e il crescente ricorso alle cooperative rappresentano infatti segnali evidenti di un sottofinanziamento che compromette le condizioni di lavoro. Nonostante ciò, è stato riaffermato l'orgoglio per i livelli di assistenza garantiti, tra i più elevati a livello internazionale, sottolineando però come tale eccellenza non possa continuare a fondarsi esclusivamente sul sacrificio individuale, ma richieda interventi strutturali e una visione di sistema.

Il dibattito ha evidenziato come la tutela della "seconda vittima", identificata nel medico coinvolto in eventi avversi, non possa prescindere dall'uscita dalla logica del *blame*, ovvero dalla ricerca della colpa individuale, per interpretare l'errore umano come possibile spia di una criticità organizzativa più ampia. In questa prospettiva, diventa centrale investire nel tempo di comunicazione, riducendo il contenzioso attraverso la ricostruzione quotidiana dell'alleanza terapeutica tra professionisti e pazienti. Al tempo stesso, è stata richiamata la necessità di un'azione corale che superi la contrapposizione tra direzioni generali e corpi professionali, nella consapevolezza che il sistema sanitario si regge solo su una responsabilità condivisa e sulla difesa della propria credibilità istituzionale.

La sessione si è quindi chiusa con un appello all'unità, volto a superare la contrapposizione tra "medico vittima" e "management carnefice" per approdare a un modello di alleanza strategica, in cui la sicurezza delle cure e la protezione della seconda vittima rappresentano due dimensioni inscindibili della stessa sfida: la stabilità e la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Sintesi dell'intervento di Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale
Anaa Assomed

Responsabilità medica e atto medico: serve chiarezza per non essere colpevoli di tutto

Parlare di "seconda vittima" in caso di contenzioso è quanto mai attuale e anche coraggioso. I dibattiti sulla responsabilità professionale, però, troppo spesso assumono toni eccessivamente demagogici. Una demagogia che trasforma, per chissà quale automatismo, la responsabilità in colpa ancor prima che i processi inizino, ancor prima che nelle aule di tribunale si arrivi a determinare la colpevolezza o l'innocenza di un professionista della salute. La salute oggi non è più un affare di Stato, ma un affare da tribunale. E questa connessione è alla base di quella crisi di cui professionisti, pazienti e l'intero servizio sanitario pagano le conseguenze ogni giorno.

Dietro le quinte della responsabilità professionale ci sono uomini e donne che quotidianamente, mentre curano e cercano di erogare assistenza, devono fare i conti con una spada di Damocle. Non possono concentrarsi, come vorrebbero, esclusivamente sul paziente che hanno davanti, ma nel mentre sono assillati da un possibile giudizio futuro, accompagnati costantemente da un giudice fantasma che incombe sulla loro attività. Siamo schiacciati da episodi di violenza fisica e mediatica e anche giudiziaria: la denuncia che scatta a prescindere da come lavori, da dove lavori e da chi curi. Abbiamo il dovere, come forza sociale, di interrogarci profondamente su cosa significhi oggi essere me-

dico e dirigente sanitario e su dove terminino le responsabilità del medico e dove inizino quelle degli altri operatori sanitari. Non è una battaglia di retroguardia. Crediamo con convinzione nell'azione multidisciplinare e multiprofessionale, ma crediamo ancora più nel ruolo del dirigente medico e sanitario e nella definizione chiara di quel ruolo senza la quale diventa difficile erogare cure di qualità. La riforma della responsabilità medica dovrebbe vedere presto la luce, come più volte dichiarato anche dal Ministro della Giustizia. Tuttavia, ritengo e suggerisco di superare la definizione di 'depenalizzazione' dell'atto medico, perché oggi la semantica ha un peso enorme. Il termine depenalizzazione ha contribuito ad alzare ulteriormente quel muro già esistente tra cittadino e medico. Dovremmo invece iniziare a parlare di 'deimputabilità', perché il vero problema non è il processo in sé, che nel 95% dei casi penalmente si conclude con un nulla di fatto e civilmente nel 75% dei casi non porta a esiti significativi. Il problema è ciò che accade prima. Nel momento in cui l'avviso di garanzia - che dovrebbe essere, appunto, una garanzia per ogni indagato - diventa invece uno strumento di esposizione mediatica, si innesca la gogna.



E a quel punto l'immagine del professionista sanitario viene compromessa, spesso irreparabilmente, perché ciò che conta oggi nell'informazione sono le prime 24 ore. Di fronte a un titolo di giornale o Tg "È morto un paziente, indagato il medico", nell'immaginario comune il medico diventa automaticamente colpevole. Ed è lì che bisogna intervenire.

Chiediamo con forza che l'avviso di garanzia possa essere ripensato, senza eliminarne le garanzie, perché esso consente comunque di accedere agli atti, nominare consulenti e comprendere le accuse.

E chiediamo anche di ridefinire il concetto di responsabilità medica in relazione all'atto medico. In mancanza di chiarezza, gli altri professionisti della sanità tendono a organizzare attività che spesso si sovrappongono a quelle mediche. Ribadisco che i medici non vogliono assumere su di loro tutti i compiti. Anzi, sono certo che se potessero concentrarsi di più su diagnosi e terapia tutti ne trarrebbero enorme vantaggio. E invece siamo responsabili di tutto, senza però avere il controllo di tutto. In questi decenni si sono verificati due grandi cambiamenti paralleli: da un lato

l'allontanamento del paziente dal medico in termini di rapporto fiduciario, anche a causa della burocrazia e della normativa sulla privacy. Dall'altro la progressiva riduzione dell'autonomia clinica del medico, che trent'anni fa era molto più ampia. Di fatto siamo diventati ingranaggi di quella catena di montaggio in cui si sta trasformando la sanità che non riguarda pubblico o privato, ma un processo generale di riorganizzazione che ha progressivamente escluso i professionisti dai processi decisionali.

In queste condizioni diventa estremamente difficile parlare di responsabilità e professionalità. Non tutelare il professionista sanitario significa, in realtà, non tutelare il paziente. Occorre ristabilire un equilibrio nei ruoli: io voglio curare, ma non voglio essere schiacciato dalla burocrazia. Vorrei che il paziente tornasse a presentarsi con un sintomo, e non a chiedere direttamente una terapia. Vorrei che il rapporto medico-paziente tornasse a essere più fiduciario, anche nei momenti di difficoltà. Allora, è necessario fare chiarezza a partire dal non confondere la colpa con la responsabilità. La colpa è la ricerca di

un capro espiatorio da individuare e 'sbattere in prima pagina' per chiudere rapidamente la questione, atteggiamento spesso condiviso anche dalla politica che ritiene di dover dare un segnale. La responsabilità, invece, è un concetto diverso, come ci insegnano in Europa dove gli audit o le analisi dei processi si fanno insieme per migliorare il sistema. In Italia, invece, responsabile è uguale a colpevole. E la legge purtroppo non chiarisce bene questa distinzione. Per questo è necessario introdurre una cultura del risk management e del management proattivo. Il rischio non è altro che la probabilità che un evento accada: il compito del sistema dovrebbe essere ridurre queste probabilità e migliorare i processi.

Ma oggi negli ospedali spesso i professionisti non hanno più reale partecipazione alla gestione. Se non si può crescere professionalmente e partecipare alla gestione del sistema, anche del risk management, si perde il controllo del lavoro clinico stesso.

In queste condizioni non possiamo poi lamentarci delle conseguenze, comprese le scelte di abbandonare gli ospedali spesso verso il privato. Sempre più medici si dimettono perché percepiscono il sistema come una gabbia organizzativa. Molti scelgono percorsi alternativi anche accettando assicurazioni private, ma a condizione di recuperare tempo, dignità e autonomia. Il punto centrale è questo: non possiamo continuare a vivere la professione come se dovessimo essere supereroi.

Dobbiamo poter essere persone normali. Non siamo supereroi, non abbiamo mai voluto esserlo, e vi garantisco non lo vorremo mai.

Quel talento speciale per la cura

Chi ha un perché abbastanza forte può superare qualunque come

Ai perché è dedicata la VI Conferenza Nazionale dell'Area Formazione Femminile Anaa Assomed. Ai perché che abbiamo posto in forma interrogativa e a quelli in forma di risposta che abbiamo definito negli anni. Alle grandi domande connesse al nostro apparire nel Ssn e alle soluzioni via via indivi-

duate nel restarci senza tradire la nostra coerenza. E anche alle mille più prosaiche, quotidiane urgenze del prendersi cura. Il nostro percorso in Medicina ci insegna che per poter rispondere ai quesiti c'è bisogno di studio, e che per tradurre le risposte nella pratica, clinica e

non, c'è bisogno di motivazione e ostinazione. Che è la declinazione del come. Viviamo un tempo in cui quel talento speciale per la cura (Molinier) che ci caratterizza è seriamente minato da un progressivo allontanamento dalla nostra professione, in cui, non da ora, proliferano delusione, insoddisfazione e abbandono.

In troppi non avevano visto tutto questo arrivare, in una miope rincorsa ai conti che devono tornare.

La parabola dei talenti ci ha accompagnato, in senso evangelico e anche geometrico, nei materiali che portiamo come contributo in vista del 26° Congresso Nazionale dell'Associazione. Meglio spendere al meglio quel che ci è stato affidato per moltiplicare ciò che abbiamo saputo esprimere: i pilastri della cooperazione, la saggezza frutto della esperienza clinica e associativa, la valorizzazione delle differenze? O è preferibile, per paura di sbagliare, sotterrare ciò che ci è toccato? E quali talenti riservare ai più giovani, vittime innocenti della parabola discendente della più antica professione di cura?

Un perché abbastanza forte motiva la mobilitazione di risorse educative e culturali in risposta alla deprivazione e deumanizzazione del lavoro di cura. In esso è incluso un irrinunciabile richiamo alla dimensione etica, bussola mai come ora indispensabile per continuare ad indicare la strada.

Scorrendo il programma della VI Conferenza si vedrà che abbiamo cercato risposte attraverso sessioni con esperte/i sul campo. Per condividere tutto con chi non ci conosce, per ringraziare chi ci ha aiutato in un lavoro di ricerca che è già bene comune, e per illuminare una prospettiva che non c'era, cui abbiamo portato argomenti non previsti: l'esperienza e la forza necessarie per superare qualsiasi come.

Il working paper OCSE

Per la sanità si prevedono tempi di magra: "Tra debito, energia, protezione sociale e difesa incombe una stretta sui bilanci"

La spesa sanitaria torna a salire, ma il tempo dell'espansione senza freni è finito. Dopo il balzo degli anni della pandemia e il successivo riassetto, l'Ocse certifica che nel 2024 i Paesi membri hanno registrato una crescita media della spesa sanitaria attorno al 4% in termini reali, oltre i livelli pre-Covid. Ma insieme al rimbalzo arriva anche l'avvertimento: i conti pubblici sono sotto pressione, il debito cresce, i deficit restano elevati e la sanità dovrà contendersi ogni euro con difesa, protezione sociale, energia e sostegno all'economia. Il nuovo working paper *Latest health spending trends and outlook: Balancing resilience and sustainability in challenging times* racconta infatti una fase di transizione delicatissima. Nel 2024 la sanità ha assorbito in media il 9,3% del Pil nei Paesi Ocse: meno del picco del 2021, quando era arrivata al 9,6%, ma comunque 0,5 punti sopra il livello del 2019. È il segno che la spesa non è tornata indietro, ma anche che il sistema sta entrando in una nuova stagione, nella quale non basterà aumentare i fondi: bisognerà spenderli meglio.

L'andamento degli ultimi cinque anni è stato tutto fuorché lineare. L'Ocse ricorda che la spesa sanitaria è cresciuta del 5% nel 2020 e dell'8% nel 2021, per poi scendere del 2% nel 2022, restare ferma nel 2023 e riprendere quota nel 2024. Una dinamica fortemente condizionata dalle crisi che si sono succedute: prima il Covid, poi la guerra in Ucraina, l'inflazione, la crisi energetica, il rallentamento economico e infine il ritorno delle politiche di consolidamento fiscale. A colpire, però, non è soltanto la volatilità complessiva. È anche la crescente distanza tra i diversi Paesi. Il report sottolinea che dal 2020 le traiettorie nazionali si sono differenziate molto più che in passato, perché i governi hanno reagito in modo diverso sia alla pandemia sia agli shock economici successivi. Un altro dato chiave riguarda il ruolo del finanziamento pubblico. Sono stati infatti governi e assicurazioni obbligatorie a sostenere il grosso dello sforzo pandemico, con tassi di crescita della spesa attorno all'8% nel 2020 e nel

2021. Dopo il rientro delle misure emergenziali, la spesa pubblica sanitaria è diminuita del 3% nel 2022, è rimasta piatta nel 2023 ed è tornata a crescere di circa il 5% nel 2024. Nel frattempo, la quota della spesa sanitaria coperta da fonti pubbliche o assicurazioni obbligatorie è salita al 75%, circa un punto in più rispetto al 2019.

Sul piano della composizione della spesa, il report mostra che la prevenzione e l'amministrazione hanno avuto un andamento estremamente irregolare: fortissima crescita durante la pandemia e successivo rientro. La long-term care, al contrario, ha continuato a crescere in modo relativamente stabile. Nel 2023, la quota di spesa destinata alla prevenzione è tornata sostanzialmente sui livelli pre-pandemici. Un passaggio non secondario, perché suggerisce che una parte degli investimenti straordinari attivati con il Covid non si è consolidata strutturalmente.

L'Ocse insiste poi su un punto spesso trascurato nel dibattito pubblico: la resilienza dei sistemi sanitari non dipende solo dalla spesa corrente, ma anche dagli investimenti. Tra 2021 e 2024, la spesa in conto capitale nel settore salute si è fermata in media attorno allo 0,6% del Pil, contro oltre il 9% della spesa corrente. Troppo poco, osserva il paper, se l'obiettivo è rafforzare infrastrutture,

tecnologie, capacità di risposta e qualità dei dati. E non a caso il documento collega in modo diretto la tenuta futura dei sistemi sanitari alla capacità di investire in attrezzature, interoperabilità e trasformazione digitale.

Da questo punto di vista nell'ultimo decennio la spesa per software, database e apparecchiature ICT è cresciuta più rapidamente rispetto a edilizia e altre tecnologie, rispettivamente del 7,2% e del 5,6% l'anno. Per l'Ocse è il segno di una progressiva riconversione degli investimenti verso il digitale. Ma lo stesso report avverte che i livelli restano ancora insufficienti rispetto a quelli necessari per rafforzare davvero la resilienza dei sistemi sanitari.

C'è poi il nodo politico più sensibile: la sanità resta una priorità, ma non è l'unica. Nei bilanci pubblici dei Paesi Ocse, la salute rappresenta in media il 15,1% della spesa pubblica totale nel 2023, circa un punto in più rispetto al 2013. È la seconda voce dopo la protezione sociale. Ma il confronto con le altre funzioni di spesa mostra una competizione crescente. Prima e dopo la pandemia la spesa sanitaria è cresciuta più di istruzione e protezione sociale, ma meno della difesa, che ha accelerato soprattutto nel 2022 e nel 2023.

Ed è qui che arriva il vero monito del paper. Il quadro macroeconomico per i prossimi anni resta difficile: tra 2025 e 2027 la crescita del Pil nell'area Ocse dovrebbe attestarsi solo tra l'1,7% e l'1,8%, mentre i deficit pubblici medi sono saliti al 4,7% del Pil nel 2024 e dovrebbero restare elevati. Intanto il debito pubblico è previsto in aumento fino al 113% del Pil nel 2027. In questo contesto, scrive l'Ocse, il consolidamento fiscale sarà inevitabilmente una priorità e i bilanci sanitari non potranno considerarsi al riparo.

Il documento non prevede però una frenata immediata. Anzi, sulla base dei budget già disponibili in alcuni Paesi, il 2025 dovrebbe ancora mostrare una crescita robusta della spesa sanitaria pubblica, in alcuni casi anche nel 2026. Ma oltre questa finestra, il margine si restringe. L'indicazione generale è chiara: l'aumento di spesa proseguirà nel breve periodo, ma poi tenderà a rallentare in modo marcato.

Per l'Italia il passaggio è particolarmente significativo. Il working paper mostra che, dopo il rallentamento del 2022 e del 2023, la spesa pubblica sanitaria è tornata a crescere nel 2024 e dovrebbe aumentare ancora tra il 2025 e il 2026. Tuttavia, la sua incidenza sul Pil è prevista stabile al 6,4% nel triennio 2025-2027, cioè sostanzialmente in linea con i livelli pre-pandemia. Più che una nuova fase espansiva, dunque, si profila una normalizzazione.



Scarica il documento



Vota la lista Onaosi Futura 2.0

ONAOSI FUTURA 2.0

Dal 21 maggio al 30 giugno si vota per il rinnovo dei vertici Onaosi, l'Opera Nazionale Assistenza Orfani dei Sanitari Italiani.

Inquadra il Qrcode per maggiori informazioni



L'Anaa Assomed è presente con i suoi rappresentanti nella Lista Onaosi Futura 2.0 dei contribuenti obbligatori. La lista presentata dalle principali Organizzazioni Sindacali dei Medici dipendenti (Anaa Assomed - Cimo-Fesmed - Aaroi-Emac - Cgil Medici - Fassid - Fvm - Cisl Medici - Uil Medici), propone la conferma di Amedeo Bianco come Presidente.

È importante la partecipazione dell'Associazione a questa espressione di voto che dovrà coinvolgere il maggior numero di colleghi e colleghe. Siamo chiamati a difendere un patrimonio dei medici dipendenti e trasformarlo in un moderno strumento di previdenza e assistenza integrativa.

In queste pagine offriamo una panoramica dei servizi dell'Onaosi, i suoi numeri e il programma della lista con i suoi componenti.

La lista

BIANCO AMEDEO
OLIVA ARTURO
PALERMO CARLO
VERGALLO ALESSANDRO
PICCININI ANDREA
GIOVENALI PAOLO
SELVI ANTONIO
LUSENTI CARLO
PULLI FRANCESCO
AMENDOLA ANTONIO
ARGALIA GIULIO
GIORDANO GIUSEPPE
PARISI FORTUNATO
MOTTOLA ARIANNA
PASSALACQUA RENATO
FUMELLI DANIELE
ZURLO LUIGI
GARGIULO SALVATORE
ABBINANTE CRESCENZA
BOSCHERO LUCILLA
DELLI SANTI GIANCARLO
ROMANI GABRIELE
COCCETTA MARCO
FIORE GILBERTO
BONACCORSO SIMONA

Il Programma

- A** Il Programma della lista costituita unitariamente da tutte le OO.SS della Dirigenza Medica e Odontoiatrica del SSN (circa l'85% di tutti i contribuenti), si sviluppa in continuità con il progetto riformatore già avviato nella consiliatura 2021-2026.
- B** L'obiettivo strategico nella nuova consiliatura è portare a compimento, in un contesto di sostenibilità economico finanziaria ad aliquote contributive invariate, il processo evolutivo dell'ONAOSI da ente benefico esclusivamente dedicato agli orfani dei sanitari, verso un moderno sistema di welfare categoriale di prossimità dedicato ai giovani, figli di tutti i contribuenti o a quei nuclei familiari che vivono condizioni di fragilità negativamente incidenti sul potenziale di sviluppo della loro personalità nelle comunità di riferimento. Il sostegno alla natalità va considerato, in questa fase storica di gelo demografico, un investimento strategico sul potenziale di sviluppo delle nuove generazioni.
- C** Le modifiche statutarie e regolamentari approvate all'unanimità dagli Organi Collegiali della Fondazione nel biennio 2024-2025 e in gran parte ratificate dai Ministeri vigilanti, segnano una tappa fondamentale in questo percorso evolutivo. L'ONAOSI, oltre ad assicurare elevate tutele agli orfani, ai figli dei contribuenti inabili e trentennali con prestazioni e servizi incomparabili con analoghe attività assistenziali, ha altresì spalancato le porte a migliaia di nuovi assistiti declinando su nuovi bisogni la sua mission storica di sostenere, istruire, educare e formare i giovani e di accompagnarli all'inserimento nel mondo del lavoro e allo sviluppo delle competenze professionali che occorrono per il progresso socioeconomico del nostro Paese.
- D** I prioritari obiettivi da raggiungere sono di seguito elencati:
 - 1** Mediante ponderati investimenti, implementare sia in termini numerici sia sotto il profilo del comfort abitativo, la ricettività degli alloggi dedicati ai nostri studenti universitari e in formazione post laurea fuori sede, ad iniziare dalle strutture già esistenti, con l'obiettivo di raggiungere sul piano nazionale un'offerta di circa 800 posti letto.
 - 2** In questa tipologia assistenziale va consolidata e ampliata l'esperienza del Collegio di Merito della Sapienza a Perugia anche in relazione a un investimento di circa 10 milioni di euro, per circa i 2/3 a cofinanziamento pubblico, per la ristrutturazione, l'ampliamento e miglioramento ricettivo della storica struttura.
 - 3** Alienazione del patrimonio immobiliare non più utilizzato né utilizzabile a fini istituzionali che a tutt'oggi costituisce circa il 30% del complessivo valore a bilancio pari a 72 milioni di euro.
 - 4** Proteggere le prestazioni in denaro erogate a tutti gli assistiti, siano essi orfani che figli di contribuenti viventi dall'erosione inflattiva sempre nel rispetto degli equilibri di bilancio.
 - 5** Prevedere che, a regime, nei piani assistenziali il complesso delle prestazioni e dei servizi coinvolgano almeno 7.000 assistiti/anno.
 - 6** Attrarre i giovani neo laureati in formazione specialistica post laurea nella sfera di assistenza ONAOSI con aliquote contributive di vantaggio e offerta di prestazioni e servizi accessibili ed adeguate ai loro bisogni.
 - 7** Riconfigurare il modello organizzativo e gestionale della Fondazione, compreso il personale, in coerenza alle nuove dimensioni di attività lavorative che richiedono cooperazione, flessibilità, informatizzazione delle procedure (compresa l'introduzione di nuclei AI), formazione, crescita delle competenze e riconoscimento dell'impegno individuale e dell'equipe funzionali.
 - 8** Assicurare che la gestione caratteristica (rapporto tra entrate contributive e costi delle prestazioni) realizzi un pareggio, preservando una crescita lieve ma costante del patrimonio.
 - 9** Improntare l'azione amministrativa e gestionale al rispetto rigoroso dei principi di trasparenza amministrativa, di equità nella distribuzione delle risorse, di efficacia ed efficienza nell'uso delle stesse, di prossimità e di solidarietà, questi ultimi intesi come valori etici e civili con i quali l'ONAOSI ha attraversato i 25 anni di travagliata storia del nostro Paese e vuole proiettarsi nel futuro.

Conosciamo Onaosi

Cosa è l'Onaosi

Le attività della Fondazione hanno per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione di orfani figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti di contribuenti medici-veterinari, farmacisti, medici-chirurghi e odontoiatri, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e/o di formazione professionale per l'accesso al lavoro, all'esercizio di una professione, di un'arte o di un mestiere.

I servizi dell'Onaosi

Onaosi offre accoglienza nelle strutture ricettive e nelle case vacanza della Fondazione per gli orfani, i figli dei contribuenti viventi e i contribuenti stessi. Inoltre, offre contributi in denaro ai figli dei contribuenti viventi e ai contribuenti stessi quale impegno strategico a sostegno della fragilità, della genitorialità e del profitto scolastico.

Dove è presente l'Onaosi?

L'Onaosi è presente con strutture ricettive presso: Centro Formativo di Bologna, di Messina, di Milano, di Napoli, di Padova (femminile e maschile), di Pavia, di Torino (sede centrale e distaccata) e di Roma. Collegio di merito della Sapienza (Perugia), Collegio Unico (Perugia), Convitto (Perugia). Sono presenti inoltre due case vacanza a Porto Verde (Misano Adriatico) e a Prè Saint Didier (Aosta). Onaosi amplia la propria rete di strutture e si prepara ad aprire a Roma un nuovo centro formativo in via Don Orione nel quartiere Appio Latino.

L'Onaosi in numeri

Oltre 2000 assistiti ogni anno
Dal 2023 più di 3500 prestazioni dirette erogate (strutture ricettive e case vacanza)
Dal 2023 oltre 14.500 prestazioni indirette erogate (contributi a orfani, figli dei contribuenti viventi dichiarati inabili e ai figli dei contribuenti trentennali)

Quando e come si vota

I tempi

Dal 21 maggio gli aventi diritto riceveranno la busta con il materiale utile ad esprimere il proprio voto. Coloro che non ricevono il materiale, possono chiederne il duplicato alla Fondazione - Commissione Elettorale - entro il 10 giugno 2026. La scheda contenente l'espressione di voto dovrà pervenire alla Fondazione entro e non oltre le ore 20:00 del giorno 30 giugno 2026

Le modalità

Il voto si svolgerà per corrispondenza.
1. Barrare il riquadro Lista ONAOSI FUTURA 2.0
2. Inserire la scheda nella busta anonima
3. Inserire il tutto nella busta pre-affrancata
4. Spedire

Per informazioni scrivere a elezionionaosi@onaosifutura.it.

TFS

dei dipendenti pubblici: il Governo metta fine al sequestro di un bene personale

Nel corso della conferenza stampa organizzata nei giorni scorsi dall'On. Alfonso Colucci alla Camera dei deputati, come Cosmed abbiamo condiviso la richiesta di un intervento urgente del Governo per far sì che il Trattamento di fine servizio dei dipendenti pubblici venga pagato subito. Non possiamo più accettare il sequestro di un bene personale, a tutti gli effetti di un salario differito del lavoratore, come ribadito dalla Consulta, che perdura dal 1997, ben 30 anni! Inizialmente era previsto un differimento di dodici mesi, successivamente nel 2010 è iniziata la restituzione a rate (poi dilatata nel 2014) con un ulteriore allungamento dei termini. Attualmente è prevista una restituzione a tranches di 50mila euro lordi da erogarsi dopo 12, 24 e 36 mesi per le pensioni di vecchiaia e di dopo 24, 36 e 48 mesi per quelle di anzianità. Un'ulteriore dilazione è stata poi prevista nel 2025 con l'allungamento del limite ordinamentale dai 65 ai 67 anni.

Le disposizioni della legge di bilancio per il 2026 che ha ridotto da dodici a nove mesi l'erogazione della prima rata solo per le pensioni di vecchiaia, giudicate peraltro insufficienti dalla Corte Costituzionale, in realtà costituiscono un'ulteriore penalizzazione. Infatti, l'anticipo di tre mesi pregiudica il beneficio fiscale pari al 1,5% per ritardato pagamento previsto dal DL 4/2019. In definitiva l'anticipo di tre mesi comporta un costo pari a un interesse del 6% annuo ben superiore agli anticipi che erogano gli Istituti bancari. La Corte Costituzionale dopo aver definito il sequestro delle liquidazioni dei dipendenti pubblici nel 2019 (sentenza 159) e nel 2023 (sentenza 130) come illegittimo e incostituzionale e invitato il legislatore a intervenire, con l'ultima ordinanza n. 25 del 5 marzo 2026, ha intimato al legislatore di provvedere entro il 14 gennaio 2027.

È evidente che un'ulteriore dilazione

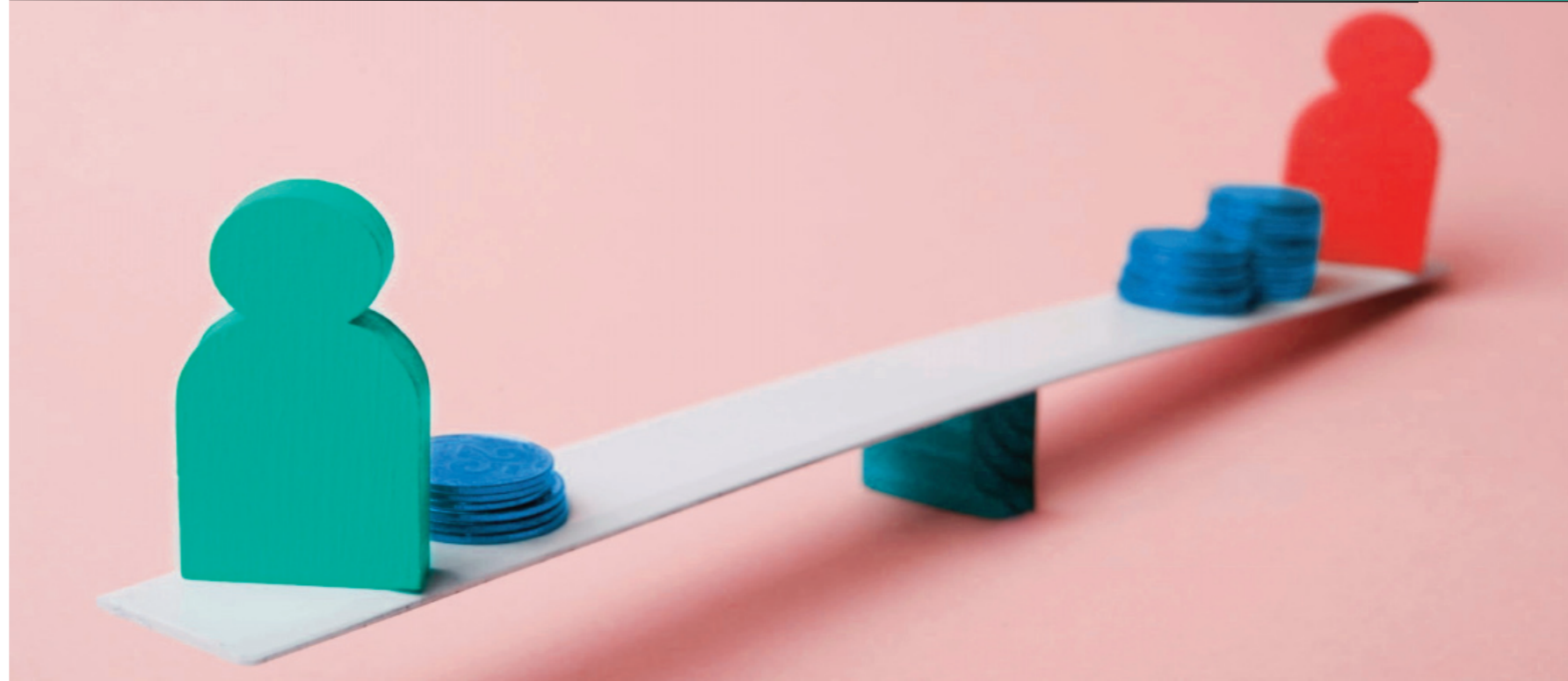


GIORGIO CAVALLERO
Segretario Generale
Cosmed

può comportare la condanna dell'Inps innescando un fiume di cause risarcitorie mentre non è da escludere un intervento anche da parte della Corte di Giustizia Europea. Sui costi dell'operazione si sta giocando con i numeri che appaiono inverosimili e incoerenti: se infatti il costo dell'anticipo di 3 mesi previsto dalla legge di bilancio per il 2026 veniva quantificato nella relazione tecnica in 320 milioni, risulta incomprensibile la cifra di 16 miliardi dichiarata dall'Inps in sede di discussione presso la suprema Corte. Inoltre, si sta perpetrando da quasi 30 anni una odiosa discriminazione tra dipendenti pubblici e privati visto che questi ultimi percepiscono il trattamento di fine rapporto entro 3 mesi dalla cessazione. La differenza è dovuta al fatto che il TFS/TFR dei dipendenti pubblici non viene accantonato, ma confluisce indistinto nelle Tesorerie dello Stato alla mercè delle leggi di bilancio che negli ultimi decenni hanno attinto dai risparmi personali dei dipendenti pubblici per utilizzarli per altre categorie e finalità. La presenza nella Conferenza stampa di tutte le principali Confederazioni sindacali della Dirigenza e del Comparto della pubblica amministrazione costituisce un forte e incoraggiante segnale unitario da perseguire nei prossimi mesi. Del resto, la presenza di Disegni di legge bipartisan è un presupposto credibile per superare una questione di grave illegittimità che mina la credibilità delle Istituzioni.

d!

anaao dirigenza sanitaria



La sperequazione delle indennità di specificità nel Ssn: una criticità non più rinviabile

Nel Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) la valorizzazione delle professionalità rappresenta uno degli elementi chiave per garantire qualità dell'assistenza, efficienza organizzativa e sostenibilità del sistema. In questo quadro, le indennità di specificità costituiscono uno strumento fondamentale per riconoscere la complessità delle funzioni svolte, il livello di responsabilità e la peculiarità delle competenze delle diverse figure sanitarie. Tuttavia, l'attuale assetto contrattuale evidenzia una criticità ormai evidente e difficilmente sostenibile rappresentata dalla marcata sperequazione tra l'indennità di specificità della dirigenza medica e veterinaria, quella della dirigenza sanitaria non medica e quella infermieristica, a fronte di una natura giuridica che il contratto collettivo nazionale riconosce come sostanzialmente omogenea.

La dirigenza sanitaria non medica, che comprende biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi, svolge un ruolo essenziale nei processi diagnostici e terapeutici contribuendo in maniera determinante al mantenimento degli standard qualitativi del sistema. Nonostante ciò, il riconoscimento economico di tali professionalità appare significativamente inferiore rispetto ad altre componenti

della dirigenza, determinando una distanza che non trova giustificazione né sul piano ordinamentale né su quello funzionale. I dati del contratto 2022-2024 sono in tal senso emblematici: a fronte di un'indennità annua di 9.466 euro per i dirigenti medici e veterinari, quella prevista per la dirigenza sanitaria non medica si attesta a poco più di 1.600 euro evidenziando un divario che appare difficilmente compatibile con il principio di equità e con l'evoluzione dei modelli organizzativi del sistema sanitario.

Questa sperequazione non rappresenta soltanto una questione retributiva, ma produce effetti concreti sull'organizzazione del lavoro e sulla tenuta complessiva del nostro Ssn. Incide sulla motivazione dei professionisti, indebolisce il modello multidisciplinare che costituisce uno dei pilastri dell'assistenza moderna, alimenta una percezione diffusa di disuguaglianza tra le diverse aree della dirigenza e può determinare nei contesti più complessi un aumento della conflittualità organizzativa. A ciò si aggiunge il rischio di una progressiva perdita di attrattività di alcune carriere sanitarie con conseguenze rilevanti sul ricambio generazionale e sulla capacità del sistema di mantenere nel tempo



MARINA TARSITANO
Responsabile regionale
Dirigenza sanitaria Anaao
Assomed
Campania

competenze altamente specialistiche. Le radici di questa situazione affondano in criticità strutturali che si sono consolidate nel tempo. In primo luogo si registra l'assenza di un disegno unitario delle indennità di specificità con una frammentazione dei criteri di determinazione che ha prodotto trattamenti disomogenei tra le diverse aree. In secondo luogo, il modello di finanziamento si presenta non uniforme con una forte dipendenza per la dirigenza sanitaria non medica da meccanismi di riallocazione interna delle risorse piuttosto che da finanziamenti strutturali aggiuntivi. Infine, permane una significativa incertezza sul piano previdenziale con riferimento alla rilevanza delle componenti accessorie nel calcolo del trattamento di fine servizio e della pensione, contribuendo ad accentuare ulteriormente le disuguaglianze. In questo contesto, l'indennità di specificità per questi professionisti è stata costruita prevalentemente attraverso meccanismi di compensazione interna, senza un reale incremento delle risorse contrattuali, determinando un assetto rigido e scarsamente espansivo. Proprio questa rigidità rappresenta oggi uno dei principali ostacoli a qualsiasi intervento perequativo. Senza un incremento strutturale delle ri-

sorse ogni tentativo di riequilibrio rischia di rimanere limitato o inefficace. È quindi evidente che la questione non può essere affrontata esclusivamente in sede contrattuale, ma richiede un intervento di sistema che coinvolga anche il livello legislativo. In questa prospettiva, appare necessario avviare una riforma organica che riconosca innanzitutto la dirigenza sanitaria come un unico sistema fondato su principi di pari dignità funzionale ed equivalenza delle responsabilità, senza distinzioni tra le diverse professionalità. A ciò deve accompagnarsi l'introduzione di meccanismi di perequazione progressiva tra le diverse aree, da realizzarsi attraverso programmi pluriennali sostenuti da risorse aggiuntive. Un elemento imprescindibile di questa riforma è rappresentato dall'istituzione di fondi contrattuali vincolati a livello nazionale che garantiscano finanziamenti stabili e non derivanti da compensazioni interne. Allo stesso tempo risulta fondamentale chiarire in modo definitivo la rilevanza previdenziale delle indennità assicurandone la piena inclusione nei trattamenti pensionistici e di fine servizio.

Il tema delle indennità di specificità si configura quindi come uno snodo cruciale per il futuro del nostro Ssn. Le attuali disuguaglianze non sono più sostenibili e rischiano di compromettere non solo l'equità tra professionisti, ma anche l'efficacia e la coesione del sistema. Superarle richiede una visione condivisa ed un approccio non conflittuale capace di valorizzare in modo integrato tutte le competenze che concorrono al funzionamento del Ssn.

In questo scenario il ruolo dell'Anaao-Assomed deve essere determinante nel promuovere un percorso riformatore che non si limiti a rivendicare risorse, ma che punti a ridisegnare in modo coerente l'intero sistema di valorizzazione della dirigenza sanitaria non medica. L'obiettivo deve essere quello di costruire un modello più equo, più coerente e più sostenibile, in grado di garantire pari dignità professionale ed un adeguato riconoscimento economico per una maggiore tenuta complessiva del sistema sanitario pubblico.

Segue da pagina 1

Verso il Congresso Nazionale: il sindacato è anche sentimento

Un sindacato maturo non archivia le proprie esperienze: le trasforma in radici. Perché senza radici non c'è crescita. Il sindacato non lascia indietro nessuno. Non lascia indietro chi ha guidato, chi ha costruito, chi ha rappresentato per anni un punto di riferimento. E non lascia indietro chi oggi si affaccia con entusiasmo e desiderio di contribuire. Per chi entra, infatti, si apre una stagione carica di energia e di responsabilità. C'è entusiasmo, ma anche consapevolezza di essere osservati e chiamati a dimostrare sul campo la propria capacità. L'ingresso in un organismo dirigente non è soltanto un riconoscimento: è un'assunzione di responsabilità verso una comunità più ampia. È il momento in cui le idee devono tradursi in scelte concrete.

La vera forza di un congresso non sta allora nella semplice sostituzione di nomi, ma nella capacità di costruire continuità tra generazioni. L'esperienza dei senior e l'energia dei giovani non sono alternative: sono complementari. Quando dialogano, il sindacato cresce; quando si contrappongono, si indebolisce. La politica, così come il sindacato, ha spesso preferito raccontarsi come spazio esclusivamente razionale. Ha adottato il linguaggio della strategia, dei numeri, degli equilibri. Ma ogni congresso dimostra quanto questa rappresentazione sia incompleta. Le decisioni più meditate possono essere influenzate da orgoglio, delusione, senso di ingiustizia. Riconoscere questa dimensione non significa sminuire l'azione sindacale; significa renderla più consapevole e più umana.

Capire un congresso non significa soltanto leggere le correnti o analizzare i numeri. Significa interrogarsi su ciò che vivono le persone che ne sono protagoniste. Significa ricordare che il sindacato è una comunità di donne e uomini che condividono un progetto e una responsabilità collettiva. E questa responsabilità oggi pesa più che mai. La medicina pubblica è messa quotidianamente in discussione, tra carenze di personale, difficoltà organizzative e pressioni economiche. In un simile contesto, non c'è spazio per contrapposizioni.

Il congresso non è soltanto un passaggio statutario. È un passaggio umano. Ed è proprio riconoscendo che il sindacato è anche sentimento - oltre che organizzazione e regole - che possiamo viverlo come un momento di crescita, di continuità e di rinnovato impegno comune.



GLI EVENTI ANAAO ASSOMED SU YOUTUBE.

Rivedili

Convegno
nazionale
Anaa Assomed /
Morganti Insurance
Brokers



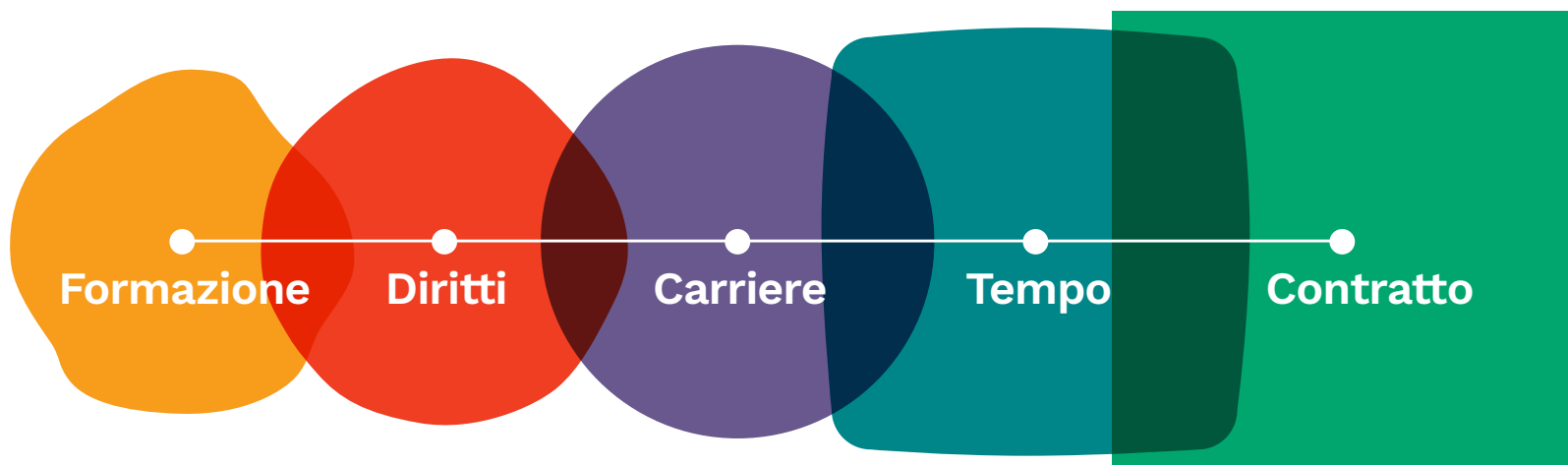
CONVEGNO NAZIONALE
ANAAO ASSOMED/
MORGANTI INSURANCE BROKERS

SEDE OMCEO ROMA
SALA ROBERTO LALA
VIA GIOVANNI BATTISTA
DE ROSSI, 9

ROMA
MERCOLEDÌ 25 MARZO 2026
9.30-13.30

**IL PROFESSIONISTA
SANITARIO LA SECONDA VITTIMA
ALL'INTERNO
DEL CONTENZIOSO**

26° Congresso Nazionale Anaa Assomed



**La nuova
sanità**

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

L'impegno dell'Anaa 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

