Numero 7 - 2025

d!rigenza medica

1 **Consiglio nazionale**
Il documento finale del 20 giugno 2025

8 **Cure palliative e suicidio medicalmente assistito**
La questione del fine vita

10 **Aziendalizzazione**
Accreditamento e gestione delle risorse umane in sanità

Il mensile dell'Anaao Assomed

ANAAO ASSOMED

Dirigenza Medica - Il mensile dell'Anaao Assomed - Anno XXIV - n. 7 - 2025 - www.anaao.it

La sintesi degli interventi del primo Forum Anaao

Forum digitali AnaaoAssomed

on demand

Modelli professionali

Il Ccnl tra difficoltà applicative ed esigenza di nuovi paradigmi

Pat Carra per l'Anaao Assomed

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

d!rigenza medica

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

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

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

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale
di Milano n.182/2002
del 25.3.2002. Anno XXIV

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Finito di stampare
nel mese di luglio 2025

RISORSE/RIFORME/CONTRATTO

Le priorità dei medici e dirigenti sanitari dell'Anaao Assomed

Consiglio Nazionale Anaao Assomed

Il Consiglio Nazionale dell'Anaao Assomed tenutosi a Praja a Mare il 20 giugno 2025, fa propria la relazione politica del Segretario Nazionale e **approva il bilancio consuntivo 2024** presentato dal Dipartimento Amministrativo, esprimendo soddisfazione per la crescita del numero di iscritti e dello stato patrimoniale dell'Associazione.

In un contesto politico-economico nazionale che vede il sistema salute affrontare una situazione di crisi sempre più profonda, l'Anaao Assomed si conferma come solido punto di riferimento a difesa dei Medici e dei Dirigenti Sanitari e con essi della salute dei cittadini.

L'Italia è oggi il paese dell'Oecd dove la tutela della salute assorbe la minore spesa pubblica, sia in rapporto al Pil che pro capite, risultato di tagli poliennali fatti dove era più facile, non dove era più utile. Tagli che hanno colpito soprattutto il personale dipendente tanto che, secondo la Corte dei Conti, questo costo, precipitato al di sotto del 30% della spesa complessiva, è stato il vero prezzo pagato per la sostanziale tenuta del Ssn in questi anni.

Nel rapporto fra spesa per il Ssn e Pil, le previsioni indicano una discesa al 6% al 2026 per arrivare al 5,6% nel 2030, il punto più basso nella storia repubblicana. Nonostante in termini assoluti non si sia mai speso quanto oggi, un massimo storico secondo la narrazione governativa, i valori in termini nominali non tengono conto del picco inflattivo, del diminuito potere di acquisto, delle accresciute necessità legate all'invecchiamento della popolazione, che aumenta la domanda di prestazioni sanitarie, e all'incidenza delle malattie croniche, tanto che la spesa sanitaria privata ha superato, nel 2024, i 40,6 miliardi di euro, il 26% della spesa complessiva.

Intanto continua a crescere il numero degli italiani che rinuncia a curarsi con il Servizio Sanitario Nazionale a causa delle liste d'attesa o delle difficoltà economiche, rendendo l'accesso alle cure funzione del reddito e/o della residenza.

Anche sul versante del lavoro il quadro generale rimane preoccupante. Dal 2008 a oggi, i salari reali sono diminuiti dell'8%, mentre in Francia sono aumentati del 5% e in Germania del 15%, un declino che sembra inarrestabile accelerato da un sistema fiscale tra i più gravosi d'Europa. Il 60% degli italiani non paga tasse e il 24%dei contribuenti con più di 29000 euro versa il 70% dell'Irpef mentre la evasione fiscale tocca 80 mld all'anno. Con in più la beffa del fiscal drag, che erode gli aumenti salariali spingendo i lavoratori in scaglioni fiscali più alti, vanificando di fatto beffardamente gli incrementi contrattuali.

La defiscalizzazione degli aumenti contrattuali e di singole voci salariali, specie quelle legate al disagio, appare un obiettivo non più rinviabile.

Il Servizio Sanitario Nazionale necessita non solo di risorse aggiuntive, ma anche di riforme che assegnino alla dirigenza medica e sanitaria un nuovo stato giuridico, alla contrattazione una nuova metodologia insieme con nuovi contenuti e una puntuale tempistica, alle retribuzioni nuovi parametri economici. Occorre puntare sul carattere di *"dirigenza speciale"* delineato dall'articolo15 del d.lgs. 502/1992, rafforzando l'autonomia, sia nel profilo professionale che gestionale, e disegnando nuovi percorsi di carriera.

Il recente sforzo delle Regioni di aprire un confronto sulle problematiche del personale appare vago nei contenuti e nei tempi e insufficiente nella proposta di soluzioni alla crescente invasione universitaria delle carriere ospedaliere.

La **libera professione intramuraria** rimane oggetto di speciose polemiche, che

Segue a pagina 16

Forum digitali
AnaaoAssomed

on demand

Modelli professionali

Il Ccnl tra difficoltà applicative ed esigenza di nuovi paradigmi

I Forum digitali Anaao Assomed on demand sono la nuova formula editoriale targata Anaao Assomed pensata per dare la possibilità di accedere in qualsiasi momento e luogo, con la massima flessibilità senza vincoli di orari e presenza fisica. Una modalità particolarmente vantaggiosa per chi come i medici e i dirigenti sanitari ha impegni di lavoro pressanti che non permettono di seguire le modalità tradizionali. Grazie ai forum è possibile approfondire i principali temi ed essere aggiornati e informati per lavorare in serenità e nel rispetto dei propri diritti.

Proponiamo in queste pagine la sintesi degli interventi del primo Forum, rimandando per la parte video al QR code

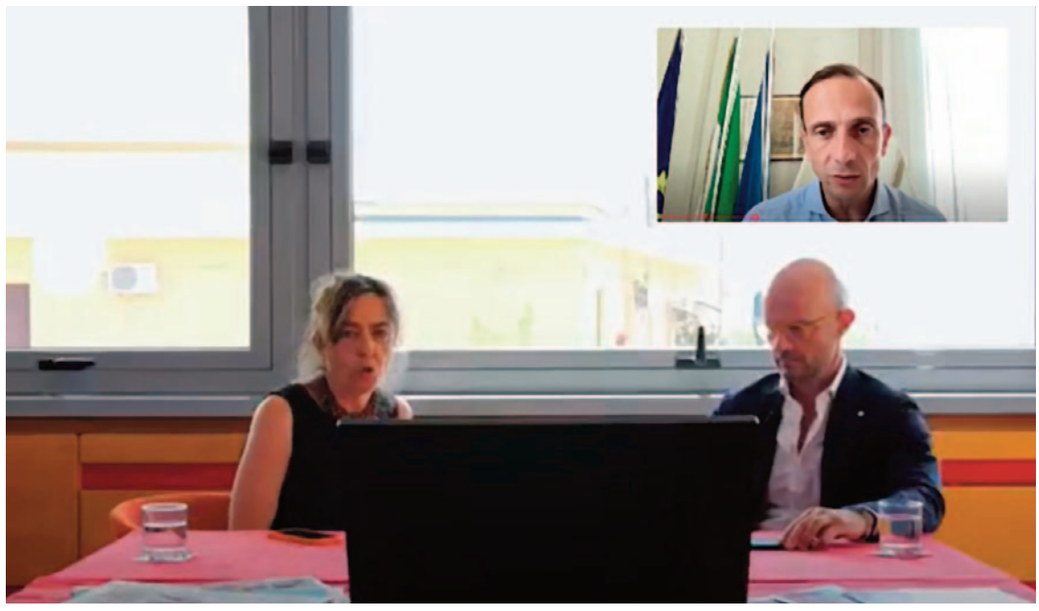
SESSIONE 1

Il ruolo delle Regioni nella contrattazione. Come rendere appetibile la professione

HANNO PARTECIPATO
Massimiliano Fedriga
Presidente della Conferenza delle Regioni
Pierino Di Silverio
Segretario Nazionale Anaao Assomed

HA MODERATO
Chiara Rivetti
Segretaria Anaao Piemonte e componente Esecutivo Nazionale

Chiara Rivetti apre l'evento Anaao Assomed sul tema dei modelli professionali e della contrattazione collettiva, sottolineando l'importanza della presenza di interlocutori istituzionali come il Presidente della Conferenza delle Regioni, Massimiliano Fedriga.
Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaao, evidenzia la gravità della situazione del Servizio Sanitario Nazionale: non solo per i disinvestimenti degli ultimi 15-20 anni, ma soprattutto perché il SSN non si è evoluto al passo con i cambiamenti della società, dell'utenza e dei professionisti. Aumentano le cronicità, le richieste di cure domiciliari, i costi delle tecnologie, ma l'organizzazione è rimasta quella di un tempo. Gli ospedali non possono più essere luoghi esclusivi di diagnosi e ricovero; è necessario ripensare l'intero sistema. Serve una riorganizzazione profonda, centrata sull'appro-



priatezza delle cure e su una presa in carico più vicina al domicilio.
In questo contesto, il contratto nazionale assume un ruolo strategico. Non si tratta solo di salario, ma di ridefinire la figura professionale del medico e del sanitario ospedaliero, integrando strumenti come l'intelligenza artificiale come supporto, e non come sostituto. Il dialogo con le Regioni è quindi fondamentale: sono loro ad attuare concretamente le politiche sanitarie.
Chiara Rivetti aggiunge che in Italia ci sono tante "sanità" diverse, perché l'accesso alle cure e l'equilibrio pubblico/privato variano molto tra regione e regione. Per questo chiede a Fedriga quale possa essere il ruolo delle Regioni nella contrattazione futura, in un contesto epidemiologico che cambia e richiede una forte integrazione tra ospedale e territorio.
Massimiliano Fedriga, ringraziando Anaao per il lavoro svolto, riconosce che il sistema sanitario italiano è ancora troppo centrato sull'ospedale e che manca una vera rete di cure intermedie e territoriali. Ci sono ospedalizzazioni improprie, semplicemente perché non esistono alternative valide al ricovero, specie per gli anziani e i pazienti cronici. La trasformazione del sistema deve essere accompagnata gradualmente, con una strategia di medio-lungo periodo, e con il coinvolgimento di tutti gli attori, inclusi sindacati e cittadini.
Sulla contrattazione, Fedriga ricorda che le Regioni hanno chiuso il contratto del comparto in modo innovativo e che ora è fondamentale avviare quello per la dirigenza medica 2022-2024. Le risorse sono limitate, ma è necessario valorizzare le professioni sanitarie, rendendole più attrattive. Questo include anche il superamento dei vincoli salariali accessori, la digitalizzazione dei processi, e un rafforzamento del welfare per i professionisti. Fedriga insiste anche sulla necessità di condivisione delle scelte, perché un'idea, anche se buona, se imposta senza coinvolgimento rischia di fallire. Racconta l'esperienza del Friuli Venezia Giulia sulla rete oncologica, dove alcune scelte (come la centralizzazione di interventi chirurgici rari) sono state comprese dalla popolazione solo grazie a una comunicazione trasparente e condivisa.
Rivetti sottolinea come anche i sindacati possano avere un ruolo importante nella comunicazione con i cittadini, per spiegare le riforme e contribuire alla coesione sociale. Fedriga concorda e riconosce che la voce dei professionisti ha maggiore credibilità di quella la politica.
Si affronta poi il problema della fuga dei medici dal settore pubblico: ogni giorno circa 12 medici ospedalieri si dimettono per andare nel privato o aprire partita IVA. Servono strumenti contrattuali e normativi per rendere il lavoro ospedaliero più attrattivo.
Fedriga ricorda che il 17 giugno la Conferenza delle Regioni ha approvato un documento per la valorizzazione del personale sanitario e socio-sanitario nazionale. Questo documento è stato oggetto di un approfondito confronto con le organizzazioni sindacali, tra cui Anaao, che ha giocato un ruolo di primo piano, andando oltre le richieste sindacali per proporre soluzioni nell'interesse collettivo. Il nostro obiettivo è che questo tavolo di confronto diventi permanente, non solo per scrivere documenti, ma per monitorare e migliorare continuamente la situazione, affrontando le criticità e valorizzando le eccellenze del nostro sistema sanitario nazionale.
È importante riconoscere il valore del personale sanitario. L'ingresso nel Ssn non è una scelta come tutte le altre: è una vera e propria missione, spesso fatta con sacrificio e abnegazione. Questo riconoscimento morale è essenziale, così come lo è valorizzare le professioni sanitarie, che continuano a rispondere con serietà e competenza alle esigenze della popolazione.

> "È importante riconoscere il valore del personale sanitario. L'ingresso nel Ssn non è una scelta come tutte le altre: è una vera e propria missione, spesso fatta con sacrificio e abnegazione

Il documento approvato si concentra su una serie di misure per rafforzare la capacità attrattiva del settore pubblico, partendo dal miglioramento delle condizioni di lavoro. La parte del welfare aziendale è cruciale, così come la valorizzazione economica attraverso la contrattazione nazionale. La valorizzazione economica è, infatti, un fattore determinante per trattenere i professionisti, soprattutto in specialità critiche come l'emergenza-urgenza e i servizi territoriali.
Un altro punto importante riguarda il superamento dei vincoli sul trattamento accessorio, per permettere una maggiore flessibilità nella gestione delle risorse. Inoltre, bisogna puntare sulla trasformazione digitale: l'uso delle nuove tecnologie, in particolare nella medicina del territorio, può migliorare la qualità del servizio, come nel caso delle aree interne dove il monitoraggio a distanza può sostituire visite sporadiche e ridurre le difficoltà di accesso ai servizi.
Tuttavia, la trasformazione digitale non è solo una questione di fornire dispositivi, ma di riprogettare i processi. È difficile per chi ha lavorato in un certo modo per decenni accogliere cambiamenti così radicali, ma è essenziale accompagnare il sistema in questa evoluzione. I professionisti più giovani sono certamente più pronti ad adattarsi, ma anche i professionisti esperti devono essere supportati in questo processo di aggiornamento.
Un altro tema che emerge è il rapporto con il mondo universitario e la necessità di un riordino delle professio-

ni sanitarie. Non esiste una soluzione semplice: le sfide sono complesse e molteplici, e non si può pensare che un solo intervento risolva tutto. Ad esempio, il nuovo sistema di accesso alla laurea in Medicina, che elimina il numero chiuso, solleva molte perplessità. Questo potrebbe portare a un aumento di medici laureati tra dieci anni, ma nel frattempo, dal 2027, ci saranno più pensionamenti che lauree, e quindi avremo carenze ancora maggiori, specialmente in specialità cruciali.
Inoltre, il rischio di spostare gli studenti dalle scuole infermieristiche verso la facoltà di Medicina potrebbe peggiorare ulteriormente la situazione, creando un vero e proprio caos nei posti disponibili per le professioni sanitarie.
La politica, in questo contesto, ha un ruolo fondamentale. È più facile dire che mancano i medici e quindi bisogna aumentare i laureati, ma questa è una risposta semplicistica e, a lungo andare, inefficace. Le politiche devono essere fondate su dati concreti e soluzioni reali, non su facili slogan. Affrontare queste problematiche richiede serietà, collaborazione tra i vari attori del sistema e una visione di lungo periodo.

Di Silverio condivide le preoccupazioni e sottolinea che l'Anaao ha già da tempo prodotto studi dettagliati sull'andamento demografico della professione medica e sul rischio di creare un nuovo imbuto formativo. Apre con entusiasmo al dialogo con le Regioni, lodando l'approccio concreto di Fedriga, che rappresenta una novità importante nel panorama politico-sanitario italiano.

Fedriga conclude ribadendo che l'obiettivo delle Regioni è costruire proposte solide e condivise, in grado di essere tradotte in atti concreti a livello nazionale. Per farlo, è essenziale la collaborazione con i sindacati e con tutti gli attori del sistema.

Chiara Rivetti chiude l'incontro riaffermando il doppio impegno del sindacato Anaao: difendere i diritti dei lavoratori della sanità e garantire ai cittadini il diritto a cure di qualità, all'interno di un Ssn equo ed efficiente.

SESSIONE 2

Welfare aziendale ed esigibilità del contratto: il nodo fondi e regole PA

HANNO PARTECIPATO
Antonio Naddeo
Presidente Aran
Marco Alparone
Presidente Comitato di Settore Sanità

HA MODERATO
Gerardo Anastasio
Segretario Anaao Toscana

Il forum si apre con l'intervento di **Gerardo Anastasio**, che introduce i due temi centrali del confronto con **Antonio Naddeo**, Presidente dell'Aran, l'organismo tecnico della contrattazione, e **Marco Alparone**, Presidente del Comitato di Settore: da una parte, la necessità di costruire un vero sistema di welfare aziendale per i dirigenti sanitari; dall'altra, quella di rendere pienamente attuabili i contenuti del contratto nazionale, troppo spesso ostacolati da vincoli tecnici e burocratici.
Nel suo primo intervento, **Naddeo** sottolinea come il welfare aziendale rappresenti il futuro della contrattazione. Non solo per il valore simbolico, ma per l'impatto concreto sulla qualità della vita dei lavoratori. A suo avviso, i contratti della sanità sono tra i più complessi dell'intera pubblica amministrazione e necessitano di semplificazione.
Il welfare aziendale ha una funzione moltiplicativa: con un investimento contenuto, si generano benefici molto superiori per i lavoratori. Tuttavia, al momento è ancora troppo frammentato: in alcune realtà è sviluppato, in altre assente. È fondamentale quindi uscire da una visione riduttiva che associa il welfare alla sola polizza sanitaria. Si tratta invece di un insieme di strumenti – dai benefit economici ai servizi per la famiglia – che possono essere declinati secondo i bisogni di ciascuna azienda e dei suoi dipendenti.
Alparone riprende il discorso e rilancia con decisione: il welfare non può essere considerato un costo, ma è un investimento strategico. Secondo lui, parlare di welfare significa parlare di attrattività del sistema sanitario e benessere organizzativo. Racconta l'esperienza maturata nella predisposizione dell'atto di indirizzo, sottolineando l'importanza del dialogo e confronto con tutte le parti, compresi i sindacati. È solo ascoltando i bisogni reali – ad esempio quelli dei giovani medici – che si può costruire una contrattazione utile e moderna. L'obiettivo deve essere quello di uscire dalla logica rigida dei vincoli di spesa e creare spazi di autonomia che permettano di reinvestire i risparmi sul personale.

A seguire, **Anastasio** rilancia chiedendo quali forme di welfare possano essere introdotte senza compromettere le risorse destinate agli stipendi. **Naddeo** risponde chiaramente. Nel confronto con i sindacati è emersa chiaramente una questione fondamentale: non possiamo continuare a trattare la pubblica amministrazione come se fosse un'unica realtà omogenea. Ogni azienda sanitaria, ogni ospedale ha esigenze organizzative diverse, che non possono essere risolte in modo uniforme attraverso il contratto collettivo nazionale.
Il contratto collettivo ha un ruolo preciso: stabilisce regole generali, diritti dei lavoratori, parametri retributivi. Ma non può sostituirsi alle singole organizzazioni nel risolvere i problemi specifici legati all'operatività quotidiana, come la gestione dei turni o degli orari. Questi aspetti dipendono molto dalle condizioni locali e devono essere affrontati a livello decentrato.
Un altro punto importante è il tema del welfare aziendale. Questo non è parte della retribuzione fissa, ma rientra nella cosiddetta parte accessoria, e deve essere oggetto della contrattazione integrativa. Purtroppo, spesso il Ministero dell'Economia considera il welfare come un costo, quando in realtà dovrebbe essere visto come un investimento sul personale, al pari della formazione.
Su questo fronte ci sono stati alcuni passi avanti, anche grazie a recenti pronunciamenti delle Corti dei Conti, che hanno chiarito che il welfare aziendale non può essere trattato come retribuzione e quindi non rientra nei limiti del trattamento accessorio. Questo apre spazi nuovi, anche per l'autonomia delle amministrazioni, che possono così costruire un'offerta di welfare su misura per i propri dipendenti. Il welfare aziendale, infatti, può assumere tante

forme: sconti, agevolazioni, alloggi, trasporti, contributi per le famiglie o per le spese scolastiche, oltre alla classica polizza sanitaria. Sono strumenti concreti che migliorano la qualità della vita del personale e che, in termini di valore, hanno un ritorno molto più alto rispetto al semplice costo economico.
L'esperienza diretta di Aran dimostra che anche con poche risorse si possono attivare soluzioni apprezzate dai dipendenti. Il messaggio finale è chiaro: non si chiede di toccare la parte retributiva, ma di lasciare più autonomia alle aziende, affinché possano utilizzare il proprio bilancio per sviluppare un welfare aziendale moderno, efficace e su misura.
Alparone insiste sul concetto di flessibilità: oggi il welfare aziendale deve essere personalizzabile, adattabile a una forza lavoro sempre più diversificata. È importante che ogni azienda abbia strumenti adeguati e libertà gestionale per tradurre i principi del contratto nazionale in pratiche quotidiane efficaci. E aggiunge: le Regioni devono fare la propria parte, vigilando sull'applicazione concreta del contratto nelle aziende.
Il tema centrale secondo Alparone è l'importanza di saper utilizzare al meglio le risorse disponibili, partendo dalla consapevolezza che queste non saranno mai pienamente sufficienti. In questo contesto, se riconosciamo che il vero valore del nostro sistema sanitario è rappresentato dal capitale umano — medici, infermieri, personale sanitario — allora dobbiamo creare le condizioni per poter investire in esso in modo concreto e strutturato.
Una proposta chiave è che i risparmi di spesa generati all'interno delle aziende sanitarie possano essere reinvestiti sul personale, in particolare attraverso il salario accessorio. Non si chiede un aumento dei costi, ma la possibilità di destinare ciò che è stato risparmiato a chi lavora quotidianamente per garantire i servizi sanitari.
Questa battaglia è già stata affrontata e, almeno in parte, vinta nel settore della pubblica amministrazione. Ora è il momento di estendere la stessa logica anche agli enti territoriali e al personale sanitario. In questo percorso, il contratto collettivo nazionale rappresenta la base, ma è fondamentale il ruolo della contrattazione decentrata, che consente di adattare le norme ai bisogni specifici di ciascun contesto locale. In definitiva, la vera sfida per il futuro della sanità non è tanto costruire nuove strutture, ma avere il coraggio e la visione di investire nelle persone che ogni giorno tengono in piedi il sistema.

Nella seconda parte del forum, si passa al tema dell'esigibilità del contratto nazionale. **Anastasio** chiede come superare le rigidità burocratiche che svuotano i contenuti dei contratti. **Naddeo** risponde in modo diretto: il contratto nazionale è per sua natura vincolante, ma spesso l'applicazione concreta è bloccata da problemi organizzativi e gestionali. Il problema non è il contratto in sé, ma la contrattazione integrativa, che è spesso trascurata o mal gestita. È qui che emerge una carenza nella capacità dirigenziale: molti dirigenti non sanno gestire il personale né costruire un vero benessere organizzativo. La contrattazione integrativa è come un abito da cucire su misura, e richiede competenza, ascolto e volontà.
Anche **Alparone** sottolinea l'importanza di costruire un sistema di monitoraggio e controllo per verificare che i contratti siano applicati in modo coerente. Non basta firmare un contratto a livello nazionale, serve un impegno continuo delle Regioni per garantirne l'attuazione sul territorio. È necessario un nuovo metodo di lavoro, fondato su collaborazione continua tra istituzioni, sindacati e dirigenti. L'obiettivo comune deve essere mettere al centro le persone, rispondendo ai loro bisogni reali e superando le logiche burocratiche del passato.
Il forum si chiude con un messaggio positivo: tutte le parti in causa – Stato, Regioni, Aran e sindacati – sono pronte a raccogliere la sfida. Non si tratta solo di "dare il pane", ma anche "le rose", cioè costruire condizioni di lavoro dignitose, appaganti e moderne, attraverso strumenti concreti come il welfare aziendale e la contrattazione integrativa efficace.

SESSIONE 3

Semplificare l'applicazione del Ccnl: i suggerimenti delle direzioni aziendali. Il nodo residuo fondi

HANNO PARTECIPATO
Antonio Naddeo
Presidente Aran
Daniela Bianchi
Direttrice Generale ASST Valle Olona
Giuseppe De Filippis
Direttore Generale Azienda Ospedaliera di Perugia

HANNO MODERATO
Marina Tarsitano
Dirigenza Sanitaria Anaao Campania
Fabrizio Corsi
Scuola Formazione Quadri Anaao

> "Oggi il welfare aziendale deve essere personalizzabile, adattabile a una forza lavoro sempre più diversificata. È importante che ogni azienda abbia strumenti adeguati e libertà gestionale per tradurre i principi del contratto nazionale in pratiche quotidiane efficaci

Il confronto nella terza Sessione del Forum prende in esame le dinamiche della contrattazione integrativa nel settore sanitario pubblico, mettendo in evidenza sia le difficoltà operative incontrate sia le potenzialità ancora largamente inespresse di questo strumento, che può diventare un vero volano per la valorizzazione del personale, il miglioramento dei servizi e l'innovazione organizzativa. **Fabrizio Corsi** e **Marina Tarsitano** in premessa richiamano due aspetti cruciali del contratto oggi in vigore: l'orario di lavoro e le eccedenze orarie, sottolineando come sia stato fissato per la prima volta un limite alle ore straordinarie che le aziende possono considerare come necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di risultato. Un cambiamento che rappresenta una novità importante, soprattutto nelle periferie, dove le difficoltà operative e organizzative potrebbero rendere più complesso l'adeguamento a tali limiti. Inoltre, si fa riferimento ai limiti inderogabili introdotti per le guardie e le pronte disponibilità, che sono ora regolati in modo più rigoroso per garantire una maggiore tutela dei lavoratori.
In sostanza, viene richiamata l'attenzione dei relatori su alcune criticità applicative del contratto, con l'obiettivo di identificare possibili aree di miglioramento o chiarimento, in modo da rendere più fluida l'attuazione delle novità normative previste.
Con la prima domanda si intende quin-

di conoscere, in base ai riscontri provenienti dalle regioni e dalle aziende, le eventuali difficoltà interpretative o applicative su questi temi, o su altre parti del contratto e se, sulla base di queste difficoltà, potrebbero esserci aggiustamenti o modifiche da considerare per la prossima tornata contrattuale.

Antonio Naddeo avvia la riflessione partendo da un assunto chiave: il ruolo del direttore di un'azienda sanitaria non è quello di accontentare a tutti i costi la controparte sindacale, ma di guidare con competenza, fermezza e capacità di mediazione un processo negoziale che sia realmente utile all'azienda e ai suoi lavoratori. Contrariamente a una visione superficiale che vede la contrattazione integrativa come un adempimento burocratico o come semplice distribuzione di premi, Naddeo sottolinea che si tratta invece di uno strumento strategico, fondamentale per la gestione del personale e la qualità dei servizi.
Un tema cruciale che Naddeo pone all'attenzione riguarda i "residui" dei fondi contrattuali a fine anno, ossia somme non utilizzate, che in molte aziende rappresentano un problema significativo. Tali residui, secondo lui, non sono solo un dato contabile, ma il segnale di una mancata capacità di programmazione e di governo delle risorse, una vera e propria inefficienza organizzativa. Naddeo mette in guardia contro la tendenza a considerare i fondi contrattuali come risorse "da spendere a tutti i costi", perché l'attenzione deve essere rivolta alla qualità dell'impiego, ma sottolinea che lasciarli inutilizzati equivale a perdere opportunità concrete per valorizzare il personale, migliorare l'attrattività delle strutture sanitarie e, di riflesso, la qualità dell'assistenza.
Dal punto di vista della governance, Naddeo evidenzia come la rappresentanza pubblica, ad esempio l'ARAN, abbia il compito di tutelare l'applicazione delle norme contrattuali, ma non può sostituirsi ai soggetti aziendali nella gestione delle risorse. Il controllo e la difesa dei diritti del lavoratore spettano ai sindacati, che devono assicurare che la contrattazione integrativa sia equa e corretta. D'altro canto, il datore di lavoro deve saper usare la contrattazione come un potente strumento di gestione strategica, per premiare professionalità, capacità e risultati, favorendo così un sistema di incentivi che possa rendere più attrattiva e motivante la carriera nella sanità pubblica.

Fabrizio Corsi contribuisce portando una prospettiva territoriale e pratica: segnala come in molte realtà regionali, specie in aziende sanitarie più piccole o meno organizzate, vi sia un forte problema di disomogeneità nell'utilizzo delle risorse destinate agli incarichi e alle attività aggiuntive. Mentre in alcune realtà si accumulano residui importanti, in altre come l'azienda sanitaria di Perugia le risorse vengono invece spese completamente entro l'anno. Questa disparità dipende da fattori normativi, culturali e organizzativi.
Corsi richiama la normativa vigente, in particolare le norme contrattuali più recenti, che sono diventate più rigide rispetto al passato e hanno ridotto la flessibilità nella gestione delle risorse, limitando la possibilità di adattamento delle aziende alle esigenze specifiche del territorio e degli operatori. Questo irrigidimento normativo, secondo Corsi, ha spesso un impatto negativo sull'efficienza e sulla capacità di innovazione delle strutture sanitarie. Egli quindi invita a una riflessione profonda su come superare questi vincoli, per restituire alla contrattazione integrativa un ruolo di vero strumento flessibile, capace di promuovere la valorizzazione del personale e di rispondere rapidamente alle necessità organizzative.
In questo contesto, l'esperienza di **Daniela Bianchi**, direttore amministrativo di un'azienda sanitaria, rappresenta un caso virtuoso: Bianchi racconta come la sua azienda abbia adottato una gestione proattiva e innovativa delle risorse contrattuali. Pur dovendo fronteggiare un avanzo di fondi dovuto a un numero significativo di medici andati via, la sua struttura ha evitato di restituire queste risorse alla Regione, investendole invece in attività formative, progetti innovativi e azioni di sviluppo professionale.
Il ruolo del direttore sanitario si è rivelato fondamentale per attrarre nuovi professionisti, presentando loro non solo un semplice stipendio, ma un percorso chiaro di crescita e valorizzazione delle competenze. Tra le iniziative promosse vi sono anche progetti di valorizzazione della dirigenza infermieristica e di riorganizzazione territoriale per migliorare la presa in carico dei pazienti cronici, con l'effetto positivo di ridurre le pressioni sul pronto soccorso e aumentare l'efficienza complessiva del sistema sanitario. Questa esperienza conferma come la contrattazione integrativa, se usata con consapevolezza e visione strategica, possa diventare un elemento chiave di trasformazione e miglioramento.

> "Il ruolo del direttore sanitario si è rivelato fondamentale per attrarre nuovi professionisti, presentando loro non solo un semplice stipendio, ma un percorso chiaro di crescita e valorizzazione delle competenze

Giuseppe De Filippis aggiunge un ulteriore tassello importante alla discussione, soffermandosi su un fenomeno di irrigidimento contrattuale che, con l'ultimo rinnovo, ha limitato fortemente la flessibilità soprattutto in relazione alle attività di guardia e turnistica. Secondo De Filippis, questa evoluzione è un autogol perché dimi-

nuisce la capacità di adattamento delle aziende, penalizzando sia la gestione da parte dei dirigenti sia la possibilità di riconoscere adeguatamente le specificità delle diverse realtà operative. Il risultato è un contratto meno dinamico, più rigido e meno capace di rispondere alle esigenze concrete.
Tuttavia, De Filippis evidenzia come un buon clima sindacale e una leadership dialogante abbiano permesso di superare queste criticità, trovando soluzioni condivise e innovative in molte realtà. Per lui, è fondamentale che i dirigenti conoscano nel dettaglio il contratto collettivo, non solo per applicarlo, ma per saperlo utilizzare come leva di gestione, in modo consapevole e autonomo, per valorizzare il personale e mantenere un confronto produttivo con le rappresentanze sindacali.
Nel suo contesto aziendale, con circa 3.000 dipendenti, De Filippis racconta un processo di dialogo continuo con i sindacati, che ha favorito un uso efficace delle risorse, evitando residui e sprechi. Fra le iniziative più significative, vi sono la promozione di progetti per la certificazione di genere, la collaborazione con l'INAIL per migliorare la sicurezza sul lavoro, e un'attenzione costante al benessere e alla tutela dei lavoratori, elementi che sono risultati fondamentali per costruire un ambiente di lavoro più attrattivo e sostenibile.
Infine, **Marina Tarsitano** sottolinea che per far sì che la contrattazione integrativa funzioni realmente e produca effetti positivi duraturi, è necessario un impegno collettivo che coinvolga non solo le singole aziende, ma anche istituzioni, sindacati e tutto il sistema sanitario. La contrattazione integrativa deve essere considerata come uno strumento imprescindibile di governance, capace di sostenere le strategie di valorizzazione delle risorse umane e di garantire servizi sanitari di qualità elevata, rispondendo in modo efficace alle sfide poste dall'evoluzione demografica, tecnologica e organizzativa.

CONCLUSIONI

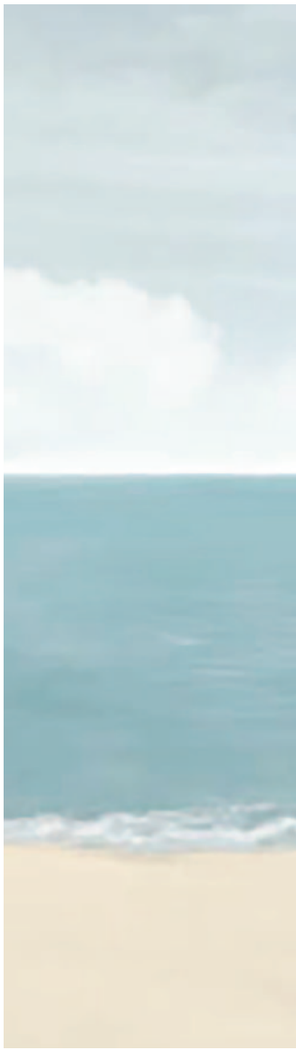
La strada per tutti: scelte coraggiose e coordinate tra leggi, contratto, gestione

> Il riconoscimento professionale deve essere una delle priorità del nuovo contratto. Il benessere del lavoratore è essenziale per garantire una cura di qualità per i pazienti

Il Segretario dell'Anaao Assomed **Pierino Di Silverio** conclude il Forum Digitale con un intervento che riassume i temi trattati durante la sessione e solleva le sfide future per il contratto della Dirigenza Medica e Sanitaria.
In primo luogo, viene sottolineato che il modello di lavoro per i medici e i dirigenti sanitari non è più adeguato alle esigenze attuali. Non si tratta solo di migliorare il servizio ai pazienti, ma anche di rispondere alle esigenze dei professionisti. Evidenzia la necessità di combattere l'emorragia di medici che abbandonano gli ospedali prima dell'età pensionabile, con un numero impressionante di colleghi che hanno lasciato volontariamente il sistema sanitario. Per affrontare questo problema, è necessario riformare il modello professionale, investire nelle carriere, rendere il contratto più flessibile e favorire una conciliazione tra vita lavorativa e vita personale, che oggi è diventata un valore fondamentale, soprattutto alla luce dell'intelligenza artificiale. Quest'ultima non deve essere vista come una minaccia, ma come uno strumento per ridurre la burocrazia e permettere ai medici di dedicare più tempo ai pazienti.
Inoltre, viene ribadito che, sebbene il contratto abbia fatto significativi progressi in termini di applicabilità, ci sono ancora problemi interpretativi e difficoltà applicative. Questi devono essere affrontati per evitare che le regole scritte vengano aggirate o applicate in modo errato.
Un altro punto critico riguarda i fondi residui che non vengono utilizzati correttamente dalle aziende sanitarie per finanziare le carriere.
Di Silverio fa anche riferimento a come il contratto debba essere uno strumento di riconoscimento professionale, che protegga i diritti dei lavoratori, ma riconosca anche il valore del professionista come risorsa, e non come una spesa. Questo concetto si collega alla necessità di un contratto che contribuisca non solo a migliorare le condizioni lavorative, ma anche l'identità professionale dei dirigenti sanitari.
La sfida che ci attende riguarda anche l'introduzione di un welfare aziendale, che, purtroppo, è spesso relegato al settore privato, mentre nel pubblico è difficile da attuare. La proposta è di investire risorse in un nuovo modello di lavoro, che favorisca la conciliazione tra vita privata e professionale e trasformi gli ospedali da luoghi di lavoro spesso percepiti come gabbie in ambienti dove i professionisti possano star bene, e quindi lavorare meglio.
Infine, richiama l'attenzione sulla necessità di un dialogo sincero e collaborativo tra sindacati, direzioni generali e tutti gli attori del sistema sanitario, per arrivare a un contratto che soddisfi le esigenze di tutti, senza pregiudizi o visioni ideologiche. Il sindacato deve essere visto come un veicolo di cambiamento, ma anche come una risorsa collettiva in grado di spingere per un miglioramento complessivo delle condizioni lavorative.
In conclusione, il Segretario dell'Anaao esprime fiducia nel futuro del sindacato e nel rinnovo del contratto, sottolineando che il riconoscimento professionale deve essere una delle priorità del nuovo contratto. Il benessere del lavoratore è essenziale per garantire una cura di qualità per i pazienti. Un intervento che non solo riassume le sfide attuali, ma invita anche alla collaborazione e all'impegno collettivo per migliorare il sistema sanitario nazionale e garantire migliori condizioni lavorative per i professionisti del settore.

Cure palliative e suicidio medicalmente assistito

LA QUESTIONE DEL FINE VITA



SIMONA BONACCORSO
Dirigente Medico - Anestesista Rianimatrice presso l'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Cannizzaro di Catania
Componente Esecutivo Nazionale Anaao Assomed

Quando parliamo di servizio sanitario e di cure al malato lo scenario si apre prevalentemente sull'accesso ai servizi di diagnostica, sulla prevenzione, sull'opportunità di trattamento e sui tempi di erogazione.
Si parla meno di outcome del paziente e ancor meno di fine vita. Tutelare l'esistenza residua e la dignità della morte rimane ancora un concetto poco affrontato o affrontato ai margini, analizzato e sostenuto in maniera differente sul territorio nazionale, riversato troppo dolorosamente sulla famiglia quando la persona malata ha la fortuna di averne una.
Al contrario il fine vita è un tema che vede coinvolti molti medici e operatori sanitari impegnati nelle strutture ospedaliere pubbliche e l'incontro al malato morente può avvenire nei più diversi ambiti della nostra attività, non riguardando solo gli hospice, la cui distribuzione disomogenea sul territorio nazionale assicura l'accesso ad un numero troppo esiguo di persone, ma riguarda anche i reparti di degenza come le Medicine interne, le Geriatrie, le Terapie Intensive, talora anche il Pronto Soccorso.
Infatti, in un paese in cui il concetto di salute è politicamente affrontato in maniera estremamente confusa e scompaginata, caratterizzato da un lavoro immane ma disarmonico, per la mancanza di un unico comune denominatore tra il territorio e l'ospedale, tra i medici di famiglia e gli specialisti, il Pronto Soccorso diviene non di rado l'ultima disponibile porta d'accesso di un malato affetto da patologia cronica al termine del suo percorso. In questo caso dobbiamo essere tutti preparati ad affrontare il più corretto trattamento che allevi le sofferenze, senza accanimenti terapeutici e includa al meglio quel delicato momento della relazione al paziente e all'intero nucleo familiare.
L'Anestesista Rianimatore è spesso coinvolto in questa fase dell'assistenza per stabilire se un quadro clinico richieda procedure e manovre invasive oppure se, ritenendo le stesse sproporzionate rispetto alla prognosi, vadano sostituite da un approccio palliativo. In quest'ultimo caso è giusto far comprendere ai familiari o al malato, quando possibile, che l'approccio palliativo non è sospensione delle cure e abbandono della persona, ma è terapia per alleviare le sofferenze là dove non vi è più margine per una terapia che curi la malattia. L'obiettivo in questo caso sarà quello di dare dignità alla vita residua e alla morte ed è obiettivo che deve prevalere su quello di prolungare una sopravvivenza troppo dolorosa. Si aprono, a questo proposito alcune questioni particolari che non vanno mai lasciate al caso: evitare logiche difensivistiche, condividere le scelte in team multi-disciplinari che allevi il peso psicologico di un solo professionista e renda più completa l'appropriatezza clinica, rispettare la volontà del paziente secondo quanto sancito dalle norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento ovvero secondo il principio di autodeterminazione della persona malata.
La legge 219/2017 - all'art.1 infatti fonda i propri principi sull'appropriatezza clinica e sulla proporzionalità delle cure; significa che ciò che è appropriato clinicamente, perché vi è la ragionevole probabilità che quel determinato trattamento in quella determinata persona possa modificare positivamente la prognosi e prospettare un recupero, può non risultare accettabile dal paziente ovvero può non essere proporzionato rispetto alla sua personale valutazione della qualità del possibile recupero e rispetto al rapporto tra benefici e oneri psicofisici che dal quel trattamento possono derivare. In altri termini ciò che appropriatamente e quindi legittimamente può essere proposto dal medico può non essere proporzionato per il paziente e quindi può non essere accettato (autodeterminazione). Anche qui possono aprirsi scenari diversi, come lo stato di incapacità mentale, l'assenza di disposizioni anticipate di trattamento, lo stato di emergenza-urgenza nel quale si opera. Nei casi in cui la valutazione dell'appropriatezza non può essere pesata in armonia con quella della proporzionalità delle cure, deve prevalere l'appropriatezza clinica, secondo scienza e coscienza, rinviando la seconda a un momento successivo più maturo per operarne una scelta adeguata.
L'appropriatezza del pensiero clinico rispetto alla persona sofferente non è mai un processo semplice, non è abbandono né può definirsi eutanasia, è piuttosto espressione di cura appropriata alla condizione, attenta ai bisogni contingenti, ispirata ai principi del-

l'etica clinica ovvero al principio di "*beneficialità*" che guida il medico nel prioritario interesse del paziente. L'elemento centrale della questione rimane quindi la tutela della dignità della persona malata, per cui limitare i trattamenti intensivi, che abbiano il solo scopo di prolungare la fase di passaggio alla morte, non è solo lecito ma costituisce un dovere deontologico e giuridico (art. 2 Legge 219/2017) e diviene presa in carico globale del paziente. Questo approccio va dal controllo farmacologico e assistenziale del dolore, al supporto psicologico e spirituale della famiglia fino alla gestione dell'eventuale lutto.

Le linee Guida SIAARTI e le Raccomandazioni per l'approccio alla persona morente (Update 2018), che ricordiamo rappresentano punto di riferimento imprescindibile alle quali la legge n.24/2017 richiama l'attenzione nell'attribuire ruoli di responsabilità, individuano, tra l'altro, veri e propri indicatori di qualità del fine vita. Tali indicatori focalizzano l'attenzione sull'importanza della condivisione dei processi decisionali nel pieno rispetto della volontà del paziente, sull'importanza della continuità assistenziale, sull'adeguatezza del supporto emozionale e spirituale della persona ricoverata e di tutta la sua famiglia, sulla preparazione ad un appropriato controllo del dolore. Gli indicatori invitano a garantire anche il supporto emozionale e spirituale di tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza per prevenire il burnout e il disagio etico anche attraverso processi organizzativi finalizzati alla formazione di non technical skills e percorsi di introspezione ed elaborazione.

Il documento si sofferma poi sull'importanza della comunicazione ricordandoci che ciò che qualifica il professionista è la capacità di relazione. Una comunicazione è buona se caratterizzata da questi requisiti:

- correttezza e comprensibilità;
- coerenza e omogeneità;
- gradualità nel processo informativo;
- direzione biunivoca che renda i familiari "microfono e testimoni della persona stessa rispetto ai suoi pensieri, alle sue aspettative, alla sua biografia e alle sue volontà";
- empatica ovvero che ottimizzi la compliance, la fiducia e il senso di affidamento;
- contestualizzata nei luoghi e nel tempo adeguati.

Perché comunicare non vuol dire solo informare ma rappresenta lo strumento per interagire e creare una relazione di fiducia, base per la riduzione dei conflitti, faro sulla dimensione umana del malato, cardine di un approccio etico alla malattia che genera in ogni essere umano una componente affettiva ed emotiva fatta di dolore, speranza, incredulità. Solo così il medico sperimenta con il paziente e la sua famiglia una relazione che diventa cura oltre la guarigione e oltre ai bisogni del ricovero, una relazione che intercetta la necessita più grande, ovvero "*la certezza che tutto è stato fatto*".

In questo scenario qual è oggi il prezzo, in termini psicofisici, che medici e operatori sanitari pagano per mantenere il diritto ad un approccio eticamente giusto ma messo costantemente a repentaglio da logiche aziendalistiche? Gli Ospedali rimodulati in Aziende hanno target organizzativi che attribuiscono ore e numeri alle prestazioni, privano delle risorse umane adeguate e decurtano ai professionisti quel tempo prezioso che "è tempo di cura", come sancito dall'art. 1 della L. 219/2017 e dall'art. 20 del Codice di Deontologia Medica.

Tali Aziende rappresentano un luogo dove rischia costantemente di maturare la controversia tra la necessità di cura, nel significato più completo della sua definizione, e la potenzialità di "strumenti" per realizzarla.

Esiste poi un problema di distribuzione delle risorse notevolmente disomogenea per regioni nel nostro paese, compromettendo quel principio di equità di accesso alle cure palliative. Il 25 maggio 2025 in occasione della Giornata Nazionale del Sollievo, la Federazione Cure Palliative e la Società Italiana di Cure Palliative hanno lanciato un vero e proprio allarme: a fronte della legge 197/2022 che fissa l'obiettivo di garantire entro il 2028 l'accesso alle cure palliative al 90 % dei malati su tutto il territorio nazionale, oggi solo il 33% dei pazienti riceve cure palliative con un divario importante tra nord e sud. I dati ufficiali del Ministero ci informano che il Trentino assicura assistenza a oltre il 70% delle persone che ne hanno bisogno, il Veneto al 55%, la Lombardia e l'Emilia Romagna riescono a dare una copertura al 40% della popolazione che la necessita, la Sicilia al 23%, la Calabria, la Campania e la Sardegna al di sotto del 10%. Il diritto al sollievo dalle sofferenze è dunque ancora negato e non garantito omogeneamente nel nostro paese e si rimane lontani dall'obiettivo fissato.

Ancor più lontana è l'applicazione del suicidio medicalmente assistito, rego-

Segue a pagina 16

Accreditamento e gestione delle risorse umane in sanità

Finora diffusamente sottovalutata la Gestione delle Risorse Umane è fondamentale per garantire l'equilibrio sostenibile tra l'esigenza di rispondere a una domanda sanitaria in crescita e quella di utilizzare al meglio le limitate risorse economiche, rappresentando uno degli assi portanti dei requisiti di accreditamento del Ssn

FABIO FLORIANELLO
Responsabile Sanità Privata Accreditata Anaao Assomed

Il processo di aziendalizzazione della Sanità ha contribuito a diffondere e consolidare gli strumenti di gestione aziendale indispensabili alla realizzazione del concetto stesso di aziendalizzazione. Esempi classici sono il budget, il controllo di gestione, il pareggio di bilancio, la creazione di ruoli di direzione.
Al contrario diffusamente sottovalutata, e spesso sminuita nella sua importanza, è stata la Gestione delle Risorse Umane (*Human Resource Management-HRM)*, pur essendo un fattore fondamentale nel processo di aziendalizzazione. Chiamata a garantire un equilibrio sostenibile fra l'esigenza di rispondere ad una domanda sanitaria in crescita e quella di utilizzare al meglio le limitate risorse economiche è indispensabile nel perseguire il miglioramento della qualità dei servizi offerti e, quindi, della salute pubblica in generale.

Dal concetto di risorsa umana a quello di capitale umano

A partire dal XX secolo con l'evoluzione delle teorie economiche e sociali inizia a farsi strada il concetto di Capitale Umano.
Tuttavia, l'idea che le competenze e le capacità delle Persone siano fondamentali per il progresso risale a molto tempo prima.
Nel XVIII secolo ad esempio Adam Smith, invita a riconoscere l'importanza delle abilità e delle conoscenze dei lavoratori e nel suo libro *La ricchezza delle nazioni* (1776) sottolinea come l'educazione e l'esperienza delle Persone contribuisca alla produttività economica.
L'idea moderna di Capitale Umano si sviluppa a partire dagli anni '60 grazie agli economisti Theodore Schultz (premio Nobel per l'Economia nel 1979) e Gary Becker (premio Nobel per l'Economia nel 1992) che dimostrano come investire in istruzione, formazione e salute generi un notevole ritorno economico, sia per gli individui che per la società.
Più di recente il capitale umano è visto come cruciale per affrontare le sfide globali, come il progresso tecnologico, l'innovazione e lo sviluppo sostenibile affiancandosi a temi squisitamente economici come lo stato patrimoniale e il conto economico.
La conoscenza e le competenze delle Persone sono considerate il fattore chiave per il successo di ogni impresa o azienda.
Nel Ssn, tuttavia, questa impostazione, riconosciuta a parole, stenta ancora a trovare piena applicazione e il tradizionale concetto di considerare il Personale come un costo prevale ancora oggi su quello di investimento di tipo durevole, sia in ambito pubblico, ma soprattutto privato.

Accreditamento e personale

Il tema è quanto mai cruciale perché il Servizio Sanitario riconosce al centro il paziente, i suoi bisogni e le prestazioni sono l'elemento chiave dare risposta ai bisogni stessi. Prestazioni di cui il protagonista è il personale a cui è affidato il compito di far funzionare la struttura sanitaria in modo efficace, efficiente e che pertanto deve essere posto nelle migliori condizioni di lavoro.
La qualità delle prestazioni, su cui tanto giustamente insiste tutta la normativa di accreditamento, alla vigilia si spera di una revisione non più rinviabile, si basa su una serie di requisiti ben definiti il cui focus è su strutture,

tecnologia e organizzazione. In modo analogamente definito dovrebbero essere altrettanto declinati i requisiti di HRM perché tutto lo svolgersi delle prestazioni dalla appropriatezza, all'esecuzione all'esito è strettamente connesso al lavoro del Personale che esegue ogni prestazione ed è responsabile principale della sua qualità.
Ecco perché i sistemi di HRM sono centrali e indispensabili per dare una efficace svolta di cambiamento al nostro Ssn. Mentre finora, al contrario, sono stati praticamente disertati con propensione quasi assente a vedere i Dipendenti come Persone nella loro identità ed unicità, con scarsa attenzione ai singoli, alle loro capacità, lontano da una visione umanistica della gestione sia nei confronti dei dipendenti pubblici, ma ancora di più nei confronti del Personale appartenente al privato accreditato, completamente ignorati dalle normative di accreditamento e dimenticando che effettua prestazioni nell'ambito del Ssn.
Di seguito cerchiamo di analizzare quali siano le tematiche che in settori complessi come quello sanitario incidono sulla HRM, indispensabili per le performances, lo sviluppo e il coinvolgimento del Personale. In sintesi, in quali ambiti debbano essere declinati i requisiti del Personale che determinano l'accreditamento delle strutture che erogano prestazioni per il Ssn.

1 **Pianificazione/Programmazione** garantisce un'adeguata copertura dei servizi. Riguarda la dotazione quantitativa degli organici da definire con riferimenti a specialità, tipologia di prestazioni e patologie di riferimento.

2 **Reclutamento/Selezione**, ossia le procedure per l'assunzione di personale qualificato basato su criteri di selezione chiari e trasparenti che può essere il concorso per le strutture pubbliche e la selezione per titoli o la chiamata per quelle private.

3 **Possesso dei Titoli di Studio e di Carriera**, in pratica la dotazione qualitativa: titoli di studio, anzianità di servizio, esperienze professionali, incarichi ricoperti.

4 **Formazione e Sviluppo**, vale a dire la certificazione dei programmi di formazione e sviluppo professionale, di continuità nell'aggiornamento a dimostrazione del miglioramento delle competenze e della crescita professionale.

5 **Valutazione delle Prestazioni** ossia omogenei Sistemi di Valutazione per monitorare la qualità del lavoro svolto, dell'impegno dimostrato, dei risultati conseguiti.

6 **Gestione della Sicurezza e del Benessere lavorativo**, l'insieme delle misure per garantire la sicurezza nell'esercizio delle proprie funzioni e il benessere del personale, inclusi programmi di prevenzione del burnout, supporto psicologico e in sintesi il positivo clima lavorativo.

7 **Politiche di Remunerazione ed Incentivi.** La leva retributiva ha un impatto significativo poiché influisce direttamente sulla motivazione, sulla produttività e sulla fidelizzazione dei dipendenti. In particolare, la retribuzione è uno degli strumenti più utilizzati per incentivare i lavoratori, aumenta la motivazione, migliora le prestazioni, riesce ad attrarre e trattenere i migliori talenti, riducendo il turnover e garantendo continuità operativa. Condizione fondamentale è l'equità tra i dipendenti, la competitività rispetto al mercato del lavoro, l'acquisizione di una nuova cultura aziendale che consideri la retribuzione un investimento strategico capace di influenzare il clima organizzativo e più in generale il clima lavorativo.
Altrettanto importante l'applicazione di un equilibrato mix tra retribuzione fissa e variabile.
La prima, parte stabile dello stipendio, è garantita in sede di contrattazione nazionale indipendentemente dai risultati individuali o aziendali e serve a fornire sicurezza finanziaria ai lavoratori, permettendo loro di pianificare le proprie esigenze di vita.
La seconda è legata alle performances, aiuta a motivare i dipendenti e ne premia il contributo stimolando una maggiore produttività.
Un'ultima considerazione è per i welfare aziendali, ossia per tutti i possibili benefits non monetari, che fanno comunque parte del trattamento complessivo come ulteriore fattore di incentivazione.

Tutte le tematiche analizzate, finora scarsamente o per nulla considerate, declinate nella normativa vigente nell'ambito della Gestione delle Risorse Umane, permettono di completare gli attuali requisiti di accreditamento con l'esigenza inequivocabile di omogeneità tra Personale delle strutture pubbliche e private.
Il Ssn garantisce, infatti, appropriatezza, qualità e pari remunerazione per tutte le prestazioni. Prestazioni che, non finiremo mai di ricordare, sono effettuate dal Personale, sia che esso operi nel pubblico o nel privato. Personale a sua volta da garantire, obbligatoriamente, nei requisiti di accreditamento.

La programmazione sanitaria in salute mentale: metodologia, criticità, indicatori e misure

La prima parte è stata pubblicata sul n. 5/2025

VITTORIO DI MICHELE*, FRANCESCO DI MICHELE
**Consiglio Regionale Anaao Abruzzo*

Una seconda debolezza degli indicatori nel descrivere fenomeni organizzativi gestionali e sanitari del *real-world* è che sono suscettibili di interpretazioni bidirezionali e quindi equivoche, per cui non sono in grado di rispondere pienamente agli scopi per i quali sono stati implementati (validità di costrutto) ed in conclusione sono poco informativi.

Per quanto riguarda il *primo indicatore* della tabella 1 sul tasso di ospedalizzazione psichiatrica in rapporto alla popolazione residente, questo dipende fondamentalmente dalla disponibilità di posti letto psichiatrici per abitante, in una determinata area geografica. Pertanto, se noi riduciamo *ope legis* i posti letto ospedalieri che cosa succede al livello assistenziale? Sicuramente le persone non smetteranno di ammalarsi, ma accadrà che ci sarà una maggiore pressione al ricovero nei pochi posti letto disponibili e quindi si dovrà ricoverare fuori ASL o fuori regione e/o la durata della degenza media nei reparti rimanenti si sarà costretti ad abbreviare le degenze medie. Quindi i sanitari saranno costretti a dimettere in anticipo pazienti che hanno attraversato una fase acuta spostando la responsabilità clinica (e alcune volte penale) sul sanitario che dimette. Il tasso di ricoveri aumenterà a danno del territorio vittima incolpevole di una decisione della medicina ospedaliera. Fra l'altro il rischio di vedere aumentare i re-ricoveri a 8 e 30 giorni aumenterà significativamente, attribuendo nuovamente al territorio una responsabilità che non può avere sia sul piano logico che sul piano clinico e assistenziale.

Per quello che riguarda il *secondo indicatore* (re-ricoveri a 8 e 30 giorni) questi è di una debolezza estrema perché non è chiaro che algoritmo venga usato per il calcolo. Infatti, le medie che vengono pubblicate sui report Sism ministeriali che annualmente vengono pubblicati dalla Direzione Generale del Ministero della Salute, non corrispondono ai dati che i singoli ospedali hanno e che inviano tramite il flusso SDO alle regioni. Nel caso della regione Abruzzo essendoci solo 6 reparti psichiatrici acuti i conti sono facili da fare e il calcolo di tale indicatore nella realtà non corrisponde minimamente a quello riportato dal Ministero della Salute. È molto difficile trarre conclusioni logiche e di senso se le premesse sono sbagliate, come ci suggeriva Aristotele oltre 2000 anni orsono. Il re-ricovero a 8 giorni nella pratica clinica è praticamente inesistente; invece, i dati ministeriali danno valori di re-ricovero addirittura a due cifre!!!

Per il ricovero a 30 giorni il ministero ci dà dei valori che oscillano fra 13% e 11,9%. Pertanto, è un classico indicatore per il quale verosimilmente c'è un errore di calcolo, probabilmente legato ad un algoritmo o ad un baco del sistema di calcolo della società che si occupa per conto del Ministero di fornire i dati del tracciato Ministeriale. Trattandosi di *data warehouse* su una popolazione annuale di circa 820.000 utenti che ha ripetute prestazioni da parte di tutte le categorie professionali che lavorano nei servizi di salute mentale italiani, è evidente che devono essere maneggiati ed elaborate decine di milioni di variabili all'interno di una linea temporale di 365 giorni.

D'altra parte, fare delle dimissioni precoci oltre ad essere malpractice, denota una bassa qualità assistenziale, espone a rischi i pazienti e i loro familiari ed espone le aziende sanitarie (e gli psichiatri) a rivalse penali e civili se le cose si mettono male. Quindi lo stato pianifica, l'ente regionale programma, il medico va a processo, ma l'azienda sanitaria/ospedaliera risarcisce. Eccellente programmazione con attribuzione di costi e responsabilità a medici e aziende.

Come possono intervenire dei medici sul territorio su pazienti clinicamente scompensati? Con quali paradigmi di intervento? Con quali precauzioni per la propria sicurezza? Con quali mezzi? Nessuno lo sa e nessuno lo scrive. Probabilmente più logicamente e concettualmente corretto, questo sarebbe un indicatore "ospedaliero," e non un indicatore di efficienza della assistenza

distrettuale territoriale.
Il terzo indicatore, riguardante il numero di trattamenti sanitari obbligatori è ancora più astruso. Infatti, per misurare questo indicatore bisogna conoscere il numeratore e per far questo si deve far riferimento al numero di ordinanze del Sindaco eseguite e non impugnate dal Giudice Tutelare. Questo modello di misurazione non fa parte del sistema informativo salute mentale e a mia conoscenza non è stato mai implementato da alcuna regione o provincia autonoma e soprattutto il Ministero non ha mai elaborato un tracciato record ministeriale a cui fare riferimento nei flussi informativi che le regioni e province autonome producono e inviano.
Inoltre, questo dato non fa neanche parte del debito informativo regionale. Pertanto, appare incomprensibile che cosa il Servizio Informativo Salute Mentale (Sism) del Ministero della Salute abbia misurato. Sarebbe possibile e ragionevolmente argomentare che la misura dell'indicatore in oggetto sia derivata dalle schede di dimissione ospedaliero (SDO), le quali contengono una voce da flaggare relativa al "*tipo di ricovero*", che include fra le varie alternative i ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio. Orbene se così fosse il dato sarebbe ancora più spurio e fumoso perché non discrimina fra utente che entra al ricovero con ordinanza esecutiva e utente il quale si ricovera volontariamente, ma successivamente viene sottoposto a trattamento obbligatorio. Nel primo caso l'interpretazione del dato numerico può essere assolutamente bidirezionale ovvero ambigua. Infatti se il personale medico territoriale/distrettuale è insufficiente sarà impossibile effettuare proposta e convalida di TSO e quindi quella che appare una procedura virtuosa in realtà nasconde una grave ed insidiosa inefficienza organizzativa dei servizi di salute mentale.
Nella pratica clinica del *real world*, si potrebbe anche decidere di fare un trattamento sanitario obbligatorio per una ulteriore cautela clinica del sanitario che ha dei dubbi sulla natura della sintomatologia psichiatrica acuta di un paziente. Infatti, non di rado sintomi psichiatrici mascherano patologie internistiche o infettive (encefaliti, meningiti, intossicazioni esogene, tumori, accidenti cerebrovascolari minori, sindromi epilettiche ecc). Quindi fare un intervento diligente, premuroso e rispettoso della salute del cittadino, diventa un indicatore negativo di attività. La cosa è non commentabile.
Non secondario è il problema che l'accesso in reparti di psichiatria, per l'esecuzione di un trattamento sanitario obbligatorio è vincolato alla disponibilità concreta disponibilità di posti letto. Accade non di rado che un utente non possa essere ricoverato in SPDC competente per territorio e inviato in un altro ospedale regionale o extraregionale. In questo caso l'indicatore, che dovrebbe essere un indicatore di efficacia e di efficienza ospedaliero, diventa un indicatore di efficienza della assistenza distrettuale. Il Distretto diventa responsabile se il reparto di psichiatria è saturo!!!
Ma ancora più capzioso è il *quarto indicatore*, ovvero quello relativo ai ricoveri di minori in reparti di psichiatria. I reparti di psichiatria per minori in Italia sono 14 per cui molte regioni e province autonome ne sono sprovvisti. Questo indicatore è evidente che misurerà l'assistenza distrettuale territoriale non dei maggiorenni, ma dei minori e questo anche a fronte di una buona efficacia delle cure ospedaliere. In questi casi il ricovero dipende dalla disponibilità di posti letto liberi ovvero se il posto letto non c'è tu sei molto efficiente, se il posto letto c'è e fai tanti ricoveri sei inefficiente. Questa cosa è controintuitiva e illogica.
Un ultimo commento lo meritano gli indicatori ospedalieri. Ad esempio, l'indicatore H12C ovvero: *percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa Categoria Diagnostica maggiore*, descrive un indicatore che misura il numero di utenti che si re-ricoverano entro 30 giorni da una dimissione, per la medesima categoria diagnostica. Viene adottato come indicatore che esprime la mancata efficacia della ospedalizzazione precedente. Quindi, come abbiamo visto in precedenza, per la salute mentale l'indicatore esprime l'inefficacia delle cure territoriali/distrettuale mentre nelle patologie internistiche e chirurgie misura l'efficacia ospedaliera.

TABELLA
Indicatori accessori di misura della efficacia di interventi di salute mentale

Indicatore di salute mentale	Significato
Numero di utenti presi in carico dai servizi di salute mentale/anno	che starebbe ad indicare a capacità dei servizi di raggiungere nuovi utenti o utenti all'esordio di malattia con problemi di salute mentale
Tempi di attesa per le prestazioni	Misurano l'accessibilità e la tempestività degli interventi.
La percentuale di pazienti sul totale degli utenti/anno con un piano di trattamento individualizzato	Valuta la personalizzazione delle cure
Numero di interventi di prevenzione e promozione della salute mentale	Indica l'impegno nella prevenzione e nella promozione del benessere.
Il livello di soddisfazione degli utenti che indica la qualità percepita dei servizi e l'esperienza degli utenti per categoria diagnostica.	Qualità totale e percepita e l'esperienza degli utenti con il servizio

Conclusioni

Gli attuali indicatori sono insoddisfacenti, ma molti altri potrebbero essere facilmente calcolati con i sistemi informativi già disponibili come quelli elencati nella tabella 2. Per alcuni di questi sarebbe sufficiente una modesta modifica del tracciato record ministeriale, come già avvenuto in periodo covid, quando sono state aggiunte delle voci alla tipologia di prestazioni erogate (es prestazione telefonica) nel Sistema Informativo Salute Mentale.
Una possibile ulteriore evoluzione della misurazione della qualità assistenziale con gli indicatori potrebbe riguardare l'implementazione di Business Intelligence (BI). Questa metodologia si adopera in un campo molto ampio di attività (Verma et al, 2025), sistemi informativi aziendali e tecnologie informatiche finalizzate a supportare processi di misurazione, controllo e analisi dei risultati e delle performance aziendali (sistemi di reporting e di visualizzazione grafica di varia natura, cruscotti più o meno dinamici, sistemi di analisi storica, sistemi di "allarme" su fuori norma o eccezioni, ecc.). Potrebbe pertanto estendere la conoscenza di fenomeni epidemiologici o di management e misurazione della qualità dei servizi coniugandoli con processi di decisione aziendale in condizioni di incertezza integrando le consuete valutazioni di qualità assistenziali e finalizzando meglio i percorsi di Clinical Governance.

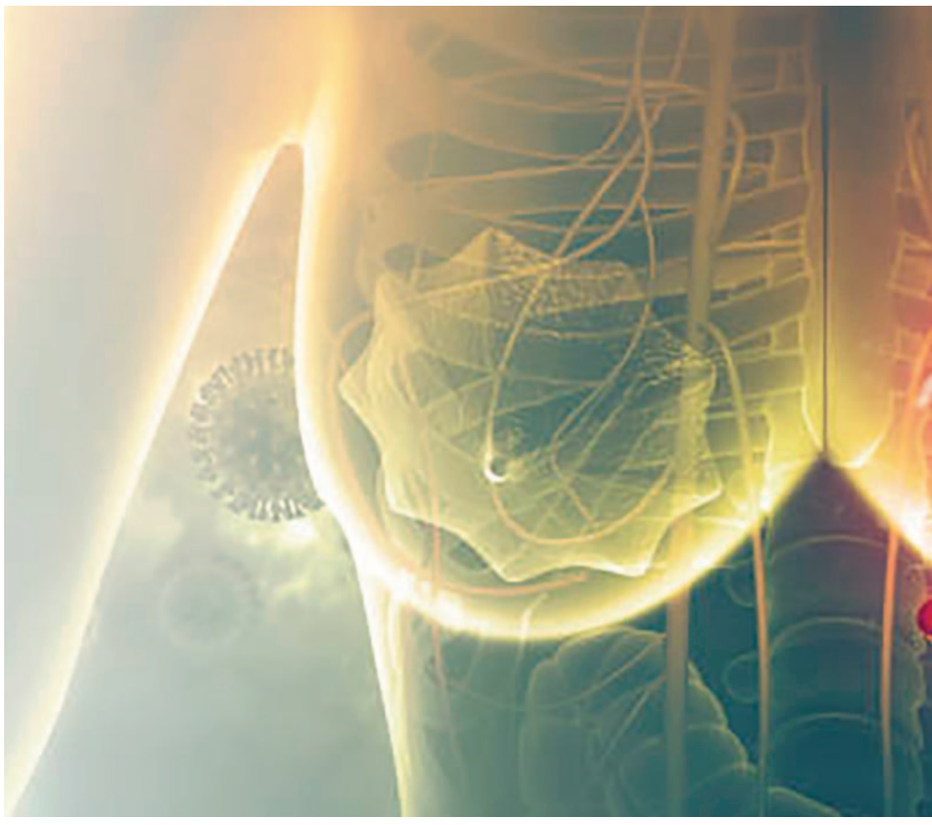
BIBLIOGRAFIA

Fraire M, Terranova F (1983). Manuale di statistica e programmazione sanitaria. La Nuova Italia Scientifica, Roma

Conticelli M (2012). Privato e pubblico nel servizio sanitario. Giuffrè Editore, Milano

Manzoli L, Villari P, Boccia A (2015) Epidemiologia e management in sanità. Edi.Ermes s.r.l. Milano. Seconda Edizione.

Verma A, Pandey AC, Zhang J (2025). Business Intelligence and Data Analytics. Proceedings of BIDA 2024. Springer Nature Singapore



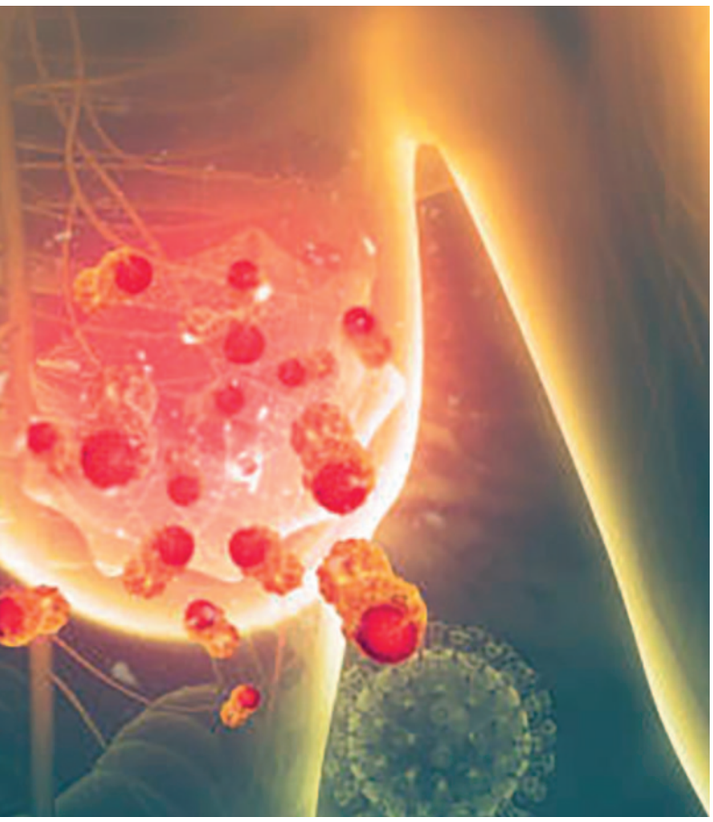
Tumore della mammella

La rivoluzione della profilazione molecolare

Il carcinoma della mammella è la neoplasia più frequentemente diagnosticata nelle donne a livello globale e rappresenta una delle principali cause di morte oncologica femminile. Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), nel 2022 sono stati stimati circa 2,3 milioni di nuovi casi di tumore della mammella in tutto il mondo, pari a circa il 24% di tutte le diagnosi oncologiche femminili. Si stima che una donna su otto svilupperà un carcinoma mammario nel corso della vita. Nello stesso anno, i decessi per questa neoplasia sono stati oltre 670.000, rendendolo la principale causa di morte per cancro tra le donne in molti Paesi a medio-alto reddito.

MARINA TARSITANO
Responsabile regionale Dirigenza sanitaria Anaao Assomed

Nonostante l'incidenza sia in aumento, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito, la mortalità è in costante diminuzione nei Paesi ad alto reddito, grazie all'implementazione dei programmi di screening mammografico, alla diagnosi precoce ed ai notevoli progressi terapeutici. In Europa, la sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi ha raggiunto l'85–90%, con punte superiori in contesti sanitari altamente strutturati. Tuttavia, le disuguaglianze nell'accesso alle cure continuano a rappresentare una sfida rilevante a livello globale.
Le proiezioni demografiche ed epidemiologiche al 2050 tracciano uno scenario in ulteriore crescita: si stima che il numero globale di nuovi casi di tumore della mammella salirà oltre 3,2 milioni l'anno, con un incremento del circa 40% rispetto ai livelli attuali. Contestualmente, i decessi legati alla malattia potrebbero superare un milione l'anno, con un aumento previsto di oltre il 60%. Questo incremento sarà determinato principalmente dall'aumento della popolazione mondiale, dal progressivo invecchiamento e dalla diffusione di fattori di rischio legati agli stili di vita (sedentarietà, obesità, consumo di alcol, assenza di allattamento, esposizione ormonale prolungata).
Negli ultimi anni, il trattamento di questa patologia ha conosciuto una trasformazione radicale, passando da approcci standardizzati e prevalentemente empirici, a strategie terapeutiche fondate sulla caratterizzazione molecolare del tumore. La classificazione biologica, basata sull'espressione dei recettori ormonali (ER e PgR), del recettore HER2 e sull'indice di proliferazione Ki-67, ha permesso di distinguere sottotipi molecolari con comportamenti clinici e risposte terapeutiche differenti, aprendo la strada all'impiego mirato di farmaci biologici, ormonali ed immunoterapici.
Questa rivoluzione terapeutica ha reso il carcinoma mammario un modello paradigmatico di medicina di precisione: le decisioni cliniche non si basano più solo su sede e istologia, ma sull'identificazione di alterazioni molecolari specifiche, bersagliabili con trattamenti altamente selettivi. Ne deriva una maggiore efficacia terapeutica, una riduzione degli effetti collate-



rali e, in molti casi, un miglioramento significativo della qualità e della durata della vita delle pazienti.
La classificazione istologica tradizionale è oggi integrata da una profilazione molecolare dettagliata, che distingue i tumori in base alla presenza o assenza di recettori ormonali (HR), alla sovra-espressione del recettore HER2 e ad altri marcatori genomici. Queste caratteristiche biologiche permettono di stratificare i pazienti e selezionare trattamenti sempre più mirati, con maggiore efficacia e minori effetti collaterali.
Nel carcinoma HR-positivo ed HER2-negativo, che rappresenta la forma più frequente, l'introduzione dei CDK4/6 inibitori – come Palbociclib, Ribociclib e Abemaciclib – in combinazione con la terapia endocrina ha significativamente migliorato la sopravvivenza libera da progressione (PFS). Nuovi farmaci come l'Elacestrant, un degradatore selettivo del recettore degli estrogeni (SERD) somministrabile per via orale, offrono ulteriori opzioni in pazienti con mutazioni nel gene ESR1. Anche le mutazioni nel gene PIK3CA, riscontrabili nel 30–40% di questi tumori, rappresentano un bersaglio terapeutico con l'impiego dell'inibitore Alpelisib in associazione al Fulvestrant.
Il carcinoma HER2-positivo, storicamente associato a prognosi sfavorevole, ha visto una vera rivoluzione terapeutica grazie ai farmaci anti-HER2. Trastuzumab, Pertuzumab, e più recentemente T-DM1 e Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd) hanno trasformato il decorso clinico della malattia. Proprio T-DXd, un anticorpo coniugato a farmaco citotossico (ADC), ha mostrato efficacia anche in tumori con bassa espressione di HER2 (HER2-low), una nuova categoria biologica che prima non poteva beneficiare di questo tipo di trattamento. Questo ha aperto la strada a una ridefinizione della classificazione terapeutica, sottolineando l'importanza di una valutazione diagnostica estremamente precisa.
Nel tumore triplo negativo (TNBC), privo di recettori ormonali e di HER2, le opzioni terapeutiche sono state a lungo limitate alla chemioterapia. Tuttavia, l'immunoterapia ha recentemente migliorato gli esiti in pazienti PD-L1 positive, grazie all'introduzione di Pembrolizumab in associazione alla chemioterapia. In aggiunta, farmaci innovativi come Sacituzumab Govitecan, un ADC diretto contro la proteina trans-membrana Trop-2 che ha un ruolo nella sopravvivenza e nella proliferazione cellulare, hanno dimostrato efficacia nelle pazienti pretrattate. Nei tumori TNBC associati a mutazioni germinali di BRCA1 o BRCA2, gli inibitori delle proteine PARP come Olaparib e Talazoparib rappresentano un'opzione terapeutica fondamentale, anche in fase precoce, riducendo il rischio di recidiva. A supportare queste strategie terapeutiche di precisione, si sta affermando sempre più l'utilizzo di tecnologie avanzate come il sequenziamento genico di nuova generazione (NGS) e la biopsia liquida. Quest'ultima, basata sull'analisi del DNA tumorale circolante (ctDNA), consente un monitoraggio dinamico della malattia, l'individuazione precoce delle recidive e la rilevazione di nuove mutazioni che possono emergere sotto pressione terapeutica.
In questo scenario di crescente complessità clinica e tecnologica, si rivela cruciale la presenza, all'interno delle strutture pubbliche del nostro Servizio Sanitario Nazionale di laboratori di profilazione molecolare dedicati, in grado di fornire risposte diagnostiche rapide, affidabili e clinicamente rilevanti. Avere questi laboratori integrati nel sistema assistenziale significa ridurre significativamente i tempi di refertazione, garantire la tracciabilità e la qualità dei campioni, e favorire un dialogo continuo e strutturato tra patologi, oncologi, genetisti, farmacologi ed altre figure chiave del percorso diagnostico-terapeutico.Questa integrazione consente una presa in carico tempestiva della paziente ed in linea con i criteri della medicina di precisione, evitando ritardi che potrebbero compromettere la prognosi e l'efficacia del trattamento, soprattutto nei tumori aggressivi o con bersagli molecolari specifici. Tuttavia, la strutturazione dei percorsi assistenziali e diagnostici non può prescindere da una riflessione più ampia sulla distribuzione delle risorse, la valorizzazione delle professionalità specialistiche e l'equità di accesso alle innovazioni.
Da una prospettiva sindacale, investire nella diagnostica pubblica e nell'integrazione multidisciplinare significa difendere il diritto alla salute come diritto universale, garantito dalla Costituzione, e contrastare attivamente il rischio di una medicina a due velocità, in cui solo alcune pazienti – in determinati territori o con maggiori possibilità economiche – possono accedere a percorsi di medicina di precisione rapidi ed efficaci. Una sanità pubblica che si voglia realmente equa non può prescindere dalla presenza stabile e capillare di laboratori diagnostici avanzati, integrati nei percorsi di cura e dotati di risorse umane e tecnologiche adeguate. In questo contesto, il ruolo del sindacato è anche quello di farsi portavoce di un modello di sanità pubblica inclusivo e sostenibile, in cui l'innovazione non sia appannaggio di pochi, ma un'opportunità concreta per tutti i cittadini.
Il sindacato ha il compito di promuovere una visione che riconosca il valore strategico della profilazione molecolare nell'era della medicina di precisione, non come "lusso" tecnologico, ma come un elemento strutturale della presa in carico delle persone.
Questo significa agire su più livelli: sollecitare la programmazione sanitaria nazionale e regionale affinché preveda investimenti di tecnologia e personale nei laboratori di profilazione molecolare, contrastare la precarizzazione del lavoro nei laboratori pubblici e sostenere percorsi di formazione continua ed aggiornamento professionale, indispensabili in un settore in rapida evoluzione scientifica e tecnologica.
Promuovere una medicina di precisione pubblica ed accessibile a tutti i cittadini, in cui le competenze professionali siano riconosciute ed adeguatamente sostenute, è oggi una priorità imprescindibile dell'Anaao Assomed.

> “ Promuovere una medicina di precisione pubblica ed accessibile a tutti i cittadini, in cui le competenze professionali siano riconosciute ed adeguatamente sostenute, è oggi una priorità imprescindibile dell'Anaao Assomed

Segue da pagina 1

Consiglio Nazionale Anaao Assomed

la vogliono causa delle liste di attesa e non possibile parte della soluzione, il decreto liste di attesa stenta a produrre risultati significativi, privo com'è della metà dei decreti attuativi previsti, senza riuscire a offrire soluzioni alla crisi del Pronto Soccorso dove i concorsi vanno deserti e i gettonisti diventano un male necessario per coprire turni e servizi. Un male destinato a finire il 31 luglio, con un prevedibile peggioramento della situazione proprio quando la domanda di prestazioni sanitarie è maggiore. Chiudere ai gettonisti senza prevedere una soluzione strutturale alle gravi carenze di organico che colpiscono gran parte delle strutture ospedaliere nazionali appare velleitario e pericoloso.
Il **furto delle specifiche competenze professionali** da parte di altre categorie sanitarie rappresenta un fenomeno speculare e coerente alla decapitalizzazione del lavoro del medico e della dirigenza sanitaria che crea un cortocircuito inaccettabile in termini di responsabilità.
La soluzione populista di una **nuova pletora medica** in arrivo, alimentata da un demagogico incremento del numero di posti di iscrizione a medicina, aumenterà la sotto occupazione e l'emigrazione verso l'estero. Le pseudo riforme del sistema di accesso arruolano al mondo dei precari anche gli studenti, costretti a passare mesi in un limbo selettivo che si caratterizza per opacità e conflitti di interesse che porteranno a disillusione e frustrazione migliaia di giovani che resteranno comunque esclusi dall'accesso al termine di un calvario destinato a durare.

Il Consiglio Nazionale chiede con forza l'**apertura delle trattative per il Ccnl 2022-2024, da fare seguire a breve distanza da quella per il Ccnl 2025-2027**, non solo per un necessario ristoro economico, ma anche per intervenire su condizioni di lavoro al punto più basso dell'ultimo ventennio, recuperando il tempo come nuova valuta del terzo millennio e una flessibilità organizzativa non più rinviabile per arrestare la fuga dal lavoro ospedaliero.

Il Consiglio Nazionale conviene sulla necessità di agire:
1. sull'impegno per rendere le **condizioni di lavoro più umane**, promuovendo interventi per la conciliazione tempo di vita e tempo di lavoro, introducendo il welfare aziendale che a tutt'oggi non è previsto solo per la classe medica;
2. sulle **carriere e sulla appetibilità della professione** che dipende sicuramente da fattori economici, ma non solo.
3. sulla **valorizzazione del ruolo sociale** oltre che sanitario del medico e del dirigente sanitario oggi destrutturato;
4. sulla **formazione**, continuando l'opposizione alla scellerata riforma che anticipa il precariato anche agli studenti.

Infine, il Consiglio Nazionale, stigmatizza il vulnus di una **professione sempre più al femminile** nella presenza numerica ma non nell'accesso alle apicalità.
Un sistema sanitario che non è attento, equo, democratico è destinato morire.
Per questo l'Anaao Assomed continuerà a fare la propria parte con autonomia, competenza e presenza.

La questione del fine vita
Segue da pagina 9

lamentato in Italia per la prima volta dalla regione Toscana che approva a febbraio di quest'anno la legge regionale n. 16/2025. Tale legge, recependo le sentenze n. 242/2019 e 135/2024 della Corte Costituzionale muove l'interesse dalla necessità di coordinare l'applicazione delle sentenze con un dettato legislativo regionale che garantisca la corretta organizzazione e l'omogeneità applicativa. Sul principio di autodeterminazione del paziente la Corte Costituzionale ha inteso la sospensione delle cure salvavita un *diritto inviolabile* quando siano soddisfatti i seguenti requisiti:
- capacità di intendere e di volere della persona malata;
- la patologia è irreversibile;
- la patologia provoca gravi sofferenze fisiche e psichiche;
- il paziente sopravvive solo grazie a trattamenti per il sostegno vitale.

Cure Palliative e suicidio medicalmente assistito rappresentano due facce della stessa medaglia nella cura del paziente affetto da patologia grave. Nel primo caso si intendono le cure rivolte ad alleviare le sofferenze delle persone giunte, a causa della loro patologia, alla fine della vita, nel secondo caso si intende una procedura richiesta dal paziente che, affetto da una grave condizione patologica, perfettamente in grado di intendere e volere, non sta per morire ma versa in una condizione giudicata per se stessi non più accettabile e sostenibile. Parliamo di due condizioni diverse, sia dal punto di vista clinico sia dal punto di vista dell'aspettativa di vita, sia dal punto di vista organizzativo gestionale, sia dal punto di vista etico, ma accomunate dall'unico comune denominatore che è il dolore e insieme ad esso la solitudine e la sofferenza. Tanto ancora c'è da fare perché temi così sensibili si traducano in una reale efficiente distribuzione dei servizi dedicati su tutto il territorio nazionale, perché nessuno si senta indietro rispetto al diritto alla cura ma anche rispetto al diritto ad una "dignitosa morte". Occorre uno sforzo per approfondire il problema perché se *"la scienza ci illumina, solo la comprensione della sofferenza può ricordarci la nostra umanità"* (Prof. M. Martelloni). È necessario avviare un confronto aperto perché attraverso un approccio etico, professionale e politico si trovino, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, le migliori soluzioni organizzative necessarie a preparare i medici e gli operatori sanitari e a garantire uniformemente su tutto il paese la tutela della vita in tutte le sue sfumature.

Io scelgo L'ANAAO

I SERVIZI RISERVATI AGLI ISCRITTI

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

Gratis per i nuovi iscritti

POLIZZA RC COLPA GRAVE

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

Gratis per gli iscritti

ASSILEGAL

Network di assistenza legale per la malpractice medica

Gratis per gli iscritti

POLIZZA TUTELA LEGALE

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

Tariffe promo per gli iscritti

CYBERSECURITY

Per proteggere i dati personali dagli attacchi informatici

Gratis per gli iscritti

UFFICIO LEGALE

Esperti qualificati per risolvere le controversie legali o contrattuali

Gratis per gli iscritti

AGGRESSIONI

Polizza AmTrust per difendersi dalle aggressioni

Gratis per gli iscritti

ECM/FAD

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

Tariffe promo per gli iscritti

SPECIALIZZANDI E NEOLAUREATI

Polizze Responsabilità Civile Professionale e Tutela Legale

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

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

myAnaao

Connessi per Assisterti.

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

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

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

#ioscelgoAnaao

ANAAO ASSOMED

www.anaao.it