

d!

- 1 **Editoriale di Pierino Di Silverio**
2026. Il lavoro che difendiamo,
le scelte che servono
- 6 **Ddl delega**
Al via la riforma del Ssn.
Il **commento dell'Anaao**
- 10 **Audizione Anaao alla Camera**
Delega sulle professioni
sanitarie.
Il **documento dell'Anaao**
- 12 **Salute mentale**
Piano d'azione nazionale
2025-2030

Il mensile dell'Anaao Assomed



I risultati
dello studio
**Anaao
Assomed**

8.000

Direttori di struttura

PERSI IN 10 ANNI

Pat Carra per l'Anaa Assomed



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 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 gennaio 2026

2026. Il lavoro che difendiamo, le scelte che servono

Le riflessioni di inizio anno ci portano a fare il punto sulla legge di bilancio e su cosa ci aspetta nel 2026.

La finanziaria per il 2026 è una manovra di austerità, 'lacrime e sangue' per usare un'espressione azzeccata. Siamo però riusciti – e lo diciamo senza esitazioni – a salvaguardare le poche risorse presenti come extra-contrattuali: 485 milioni per i dirigenti medici e circa 15 milioni per la dirigenza sanitaria. Queste risorse confluiranno nel contratto 2025-2027, per il quale auspichiamo di sederci al tavolo della trattativa non oltre marzo-aprile. Oggi siamo in attesa che il Mef rispedisca il contratto firmato a novembre, quello valido per il triennio 2022-2024, consentendo così l'erogazione degli arretrati e degli aumenti a tutte le colleghe e a tutti i colleghi.

La finanziaria contiene anche alcune norme che non ci hanno semplicemente lasciati perplessi, ma fortemente critici. Emblematico è il caso dell'ipertrofizzazione delle *farmacie dei servizi*: sembra contare più la percezione di cura che si vuole offrire al cittadino che la cura reale. Ricordiamolo: alle farmacie dei servizi, cui sono stati destinati altri 50 milioni, sarà consentito effettuare esami che richiederanno comunque una diagnosi e la firma del medico. È difficile comprendere come questo possa contribuire alla riduzione delle liste d'attesa o al miglioramento dell'assistenza.

Per il resto, poco altro. Per questo, nel 2026, siamo seriamente intenzionati a intensificare le nostre attività, non solo di protesta, ma soprattutto di confronto. Sventolare bandiere per il gusto di farlo non produce risultati. Noi vogliamo ottenere risultati concreti, non corporativi, ma utili a tutta la popolazione. Perché un medico e un dirigente sanitario soddisfatto, che lavora in sicurezza e che resta nel servizio pubblico, significa garantire la salute di tutti. Questo è il nostro obiettivo come forza sociale.

Per questa ragione continueremo a utilizzare la nostra arma più importante: l'informazione. A essa affiancheremo altre iniziative, che non si limiteranno agli strumenti tradizionali, ormai spesso inefficaci. Se necessario, usciremo anche dai confini nazionali e ci rivolgeremo al Parlamento Europeo. Continueremo con una strategia fatta di proposte e di azione concreta, a partire da eventi di grande rilievo.

Organizzeremo un evento dedicato alla salute mentale, pilastro della medicina distrettuale dimenticato per troppo tempo. Analizzeremo il tema della responsabilità professionale, perché ad aprile inizierà il confronto sul nuovo disegno di legge che, ci auguriamo, metta finalmente fine alla disputa tra sedicenti avvocati che minacciano i medici e professionisti che operano nel rispetto dell'etica, ma vengono sottoposti a gogna mediatica e giudiziaria. Proseguiremo con azioni mirate anche sul fronte contrattuale. È notizia recente l'approvazione, da parte del Consiglio dei Ministri, di una legge delega per



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

Segue a pagina 16



udio Anaao Assomed Studio Anaao Assomed Studio Anaao Ass

8.000

**Il Centro e il Sud
le aree più penalizzate
dai tagli delle direzioni
di struttura complessa
e di struttura semplice**

Direttori di struttura persi in 10 anni

A cura di
PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale Anaao Assomed
CHIARA RIVETTI
Esecutivo Nazionale

Il ridimensionamento dei ruoli
apicali sta lasciando i reparti più soli,
meno organizzati e più vulnerabili
con conseguente perdita
di competenze, attrattività
e capacità di cura



TABELLA 1

Direttori di struttura complessa: andamento 2013-2023

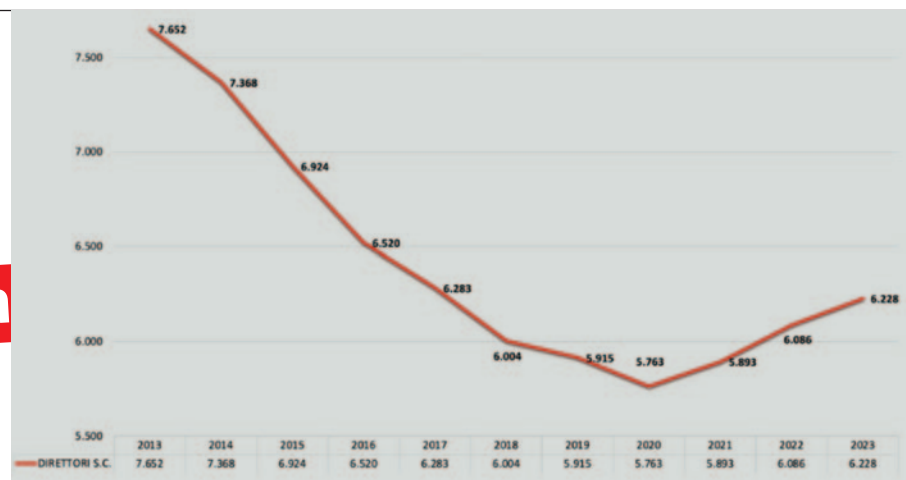


TABELLA 2

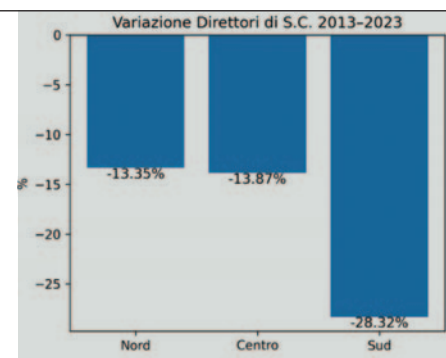
Numero direttori di struttura complessa: e variazione anni 2013-2023

REGIONI	ANNO 2013	ANNO 2023	Numero Direttori S.C. e variazione anni 2013 - 2023	Differenza 2013 - 2023	% Variazione 2013 - 2023
MOLISE	44	18	18	-26	-59,09%
SARDEGNA	293	128	128	-165	-56,31%
BASILICATA	121	74	74	-47	-38,84%
PUGLIA	433	305	305	-128	-29,56%
UMBRIA	102	72	72	-30	-29,41%
VALLE D'AOSTA	31	22	22	-9	-29,03%
CALABRIA	256	182	182	-74	-28,91%
LIGURIA	204	147	147	-57	-27,94%
TRENTO	112	82	82	-30	-26,79%
ABRUZZO	175	129	129	-46	-26,29%
SICILIA	661	522	522	-139	-21,03%
FRIULI VENEZIA GIULIA	207	164	164	-43	-20,77%
CAMPANIA	658	535	535	-123	-18,69%
EMILIA ROMAGNA	641	522	522	-119	-18,56%
LAZIO	488	407	407	-81	-16,60%
PIEMONTE	649	561	561	-88	-13,56%
MARCHE	271	236	236	-35	-12,92%
LOMBARDIA	1.047	958	958	-89	-8,50%
TOSCANA	480	440	440	-40	-8,33%
VENETO	680	626	626	-54	-7,94%
BOLZANO	99	98	98	-1	-1,01%

Reparti accorpati, strutture eliminate, direzioni “a scavalco” tra più ospedali. La scure dei tagli alla sanità non si è abbattuta solo su servizi, prestazioni e assistenza ospedaliera, ma anche sul personale apicale del Ssn, impoverendo il sistema di importanti professionalità. Infatti, secondo i dati del Conto Annuale del Tesoro – elaborati dall’Anaa Assomed in questo studio - in Italia complessivamente dal 2013 al 2023 sono stati tagliati **1.424** Direzioni di Struttura Complessa, pari al **18,6% del totale**. Se facciamo partire il confronto dal **2009**, anno in cui il Servizio Sanitario Nazionale raggiunge il picco di medici dipendenti, il bilancio è ancora più pesante: in **14** anni sono scomparse **3.134** Direzioni di SC, pari a una riduzione del **33,5%**. Non se la passano meglio le Direzioni delle strutture semplici, crollate anch’esse di numero. A livello nazionale si passa da **15.585** nel 2013 a **8.866** nel 2023, con una riduzione del **43%**, pari a una riduzione di **ben 6.719** direzioni di S.S.

TABELLA 3

Variazione direttori di struttura complessa 2013-2023



LE DIREZIONI DI STRUTTURA COMPLESSA

Il forsennato contenimento della spesa ha prodotto negli anni tagli di personale così profondi che oggi se ne vedono tutte le conseguenze: organici insufficienti, ricorso alle cooperative e a medici stranieri, fino ad arrivare alla chiusura di servizi e di conseguenza alla drastica riduzione dei Direttori di Struttura Complessa (ex primari) e di Struttura Semplice. Queste scelte, forse, hanno permesso un contenimento della spesa, certamente sono state la causa di un progressivo impoverimento della capacità di governo clinico delle aziende sanitarie.

Le regioni con maggiori riduzioni sono **Molise -59,09%**, **Sardegna -56,31%**, **Basilicata -38,84%**, **Puglia -29,56%**, **Umbria -29,41%**.

Un depauperamento così marcato colpisce un settore già fragile, dove la perdita delle direzioni accentua la difficoltà di garantire continuità assistenziale, formazione interna e capacità decisionale.

Il confronto tra le macro-aree rende evidente quanto questo processo stia alimentando il divario territoriale presente in Sanità: il **Nord** fa registrare una riduzione media dei Direttori di SC pari al **13,35%**, con punte in Liguria (-28%) e Trento (-27%), mentre il **Sud** tocca il **28,32%**. Anche il **Centro**, con una media del **13,87%**, mostra un ridimensionamento importante. È un Paese che si muove a più velocità, con una capacità di governo clinico sempre più disomogenea.

In alcuni casi, dai tagli sono nati i cosiddetti Direttori di SC "a scavalco", chiamati a dirigere più reparti, spesso in strutture diverse con la conseguenza di meno presenza nei reparti, responsabilità frammentate e un indebolimento complessivo della leadership clinica. Inoltre, a questo quadro si somma anche l'aumento delle **clinicizzazioni**, che ha portato diversi reparti a essere affidati a Direttori di area universitaria anziché ospedaliera. Ciò significa che, in molti casi, la guida delle strutture non è stata assegnata tramite concorso nelle ASL o nelle AO, ma attraverso una designazione dell'Università, sottraendo di fatto ulteriori opportunità di crescita ai dirigenti ospedalieri, senza necessariamente migliorare gli esiti clinici.

La pesante riduzione delle direzioni di SC, dettata da esigenze di risparmio, non rappresenta soltanto un'ulteriore mortificazione per una categoria già provata, demotivata e in burnout. Ha



Studio Anaa Assomed **Studio Anaa Asso**

infatti ricadute profonde sull'intera organizzazione ospedaliera.

Il Direttore di Struttura Complessa svolge un ruolo gestionale tutt'altro che marginale: quando opera con rigore e responsabilità, garantisce una migliore gestione delle risorse, contribuisce al contenimento dei costi, riduce le liste d'attesa e sostiene la motivazione dell'équipe.

Un buon Direttore, inoltre, investe nella crescita professionale dei suoi collaboratori, valorizza le competenze e crea le condizioni per sviluppare eccellenze cliniche, fondamentali per assicurare cure di qualità sempre più elevate.

LE DIREZIONI DI STRUTTURA SEMPLICE

Parallelamente è crollato anche il numero delle Strutture Semplici (SS): a livello nazionale si passa da 15.585 nel 2013 a 8.866 nel 2023, con una riduzione del 43%, pari a una riduzione di **ben 6.719 direzioni di S.S.**

Le regioni che hanno subito tagli maggiori sono state: **Basilicata (-75,85%)**, **Sardegna (-74,95%)**, **Umbria (-66,27%)**, **Campania (-64%)** e **Calabria (-61,15%)**

Il confronto tra le macro-aree conferma come anche il ridimensionamento delle Strutture Semplici stia accentuando il divario territoriale nel Servizio Sanitario: il Nord registra una riduzione complessiva pari al 33%, il Centro si attesta intorno al 44%, mentre nel Sud il taglio raggiunge il 55%. Nonostante nel Nord il taglio sia mediamente più contenuto, alcune regioni risultano comunque duramente colpite: Liguria -53,44%, Veneto -49,64% e Piemonte -37,65%.

La Toscana e la Lombardia sono invece le regioni che, considerando complessivamente SC e SS, hanno subito la percentuale minore di ridimensionamento.

La scomparsa di una Struttura Semplice rappresenta la perdita di un livello essenziale di responsabilità clinico-organizzativa, quello che tiene insieme la vita quotidiana dei reparti, coordina le équipe, gestisce i percorsi e supporta il lavoro dei professionisti più giovani. Tagliare le SS significa indebolire il tessuto operativo dell'intero sistema. Il ridimensionamento dei ruoli apicali sta lasciando i reparti più soli, meno coordinati e più vulnerabili con conseguente perdita di competenze, attrattività e capacità di cura.

CONCLUSIONI

“I dati che abbiamo osservato – commenta il Segretario Nazionale Anaa Assomed, Pierino Di Silverio – rappresentano la fotografia fedele delle insoddisfazioni di medici e dirigenti sanitari, chiusi nella morsa della burocrazia, con spazi di carriera e di governance sempre più ridotti e bersaglio, ora, anche dalle università che si improvvisano in ruoli gestionali anziché formativi, con le evidenti lacune dovute alla mancanza di esperienza specifica.

Per invertire questa rotta disastrosa, occorrono riforme legislative urgenti per valorizzare il ruolo del medico e dirigente sanitario nella governance dell'ospedale e per riconsegnare al medico quella fiducia che è ormai persa. Per queste ragioni riteniamo prioritario un nuovo patto della salute che parta e si concentri sul professionista prima che sui contenitori.

Chiediamo da tempo e continueremo a proporre modifiche al decreto legislativo 502 del 1992, che appare ormai superato e non rispondente alla nuova figura del professionista sanitario che ha l'obbligo di gestire, governare e indirizzare anche l'intelligenza artificiale e le nuove tecnologie, ma che oggi non ha gli strumenti e la forza per farlo. È necessario inoltre rivedere i luoghi di cura nella loro organizzazione e nel numero nonché nella razionalizzazione e riavvicinare il medico e il dirigente sanitario all'ospedale e il paziente al medico.

Anche il Dm 70 che riorganizzava gli ospedali in base a logiche e criteri demografici ormai obsoleti, richiede una profonda revisione sul piano organizzativo.

Ma questo cambiamento radicale non sarà mai possibile se non verranno coinvolti i protagonisti, cioè coloro che curano e che nonostante tutto continuano a garantire la loro presenza e professionalità. Non dimentichiamo che senza medici e dirigenti sanitari non esiste cura”.

TABELLA 4

Direttori di struttura semplice: andamento 2013-2023

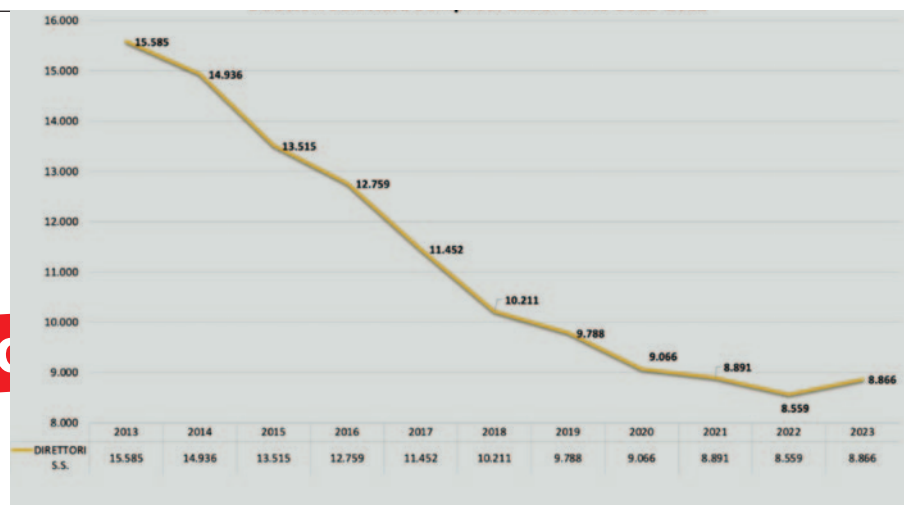


TABELLA 5

Numero direttori di struttura semplice: e variazione anni 2013-2023

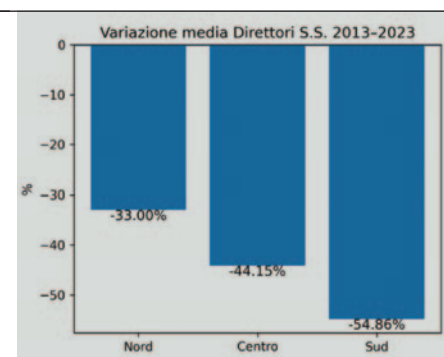
REGIONI	ANNO 2013	ANNO 2023	Differenza 2013 - 2023	% Variazione 2013 - 2023
BASILICATA	265	64	-201	-75,85%
SARDEGNA	487	122	-365	-74,95%
UMBRIA	510	172	-338	-66,27%
CAMPANIA	1.949	701	-1248	-64,03%
CALABRIA	538	209	-329	-61,15%
LAZIO	1.330	605	-725	-54,51%
LIGURIA	509	237	-272	-53,44%
PUGLIA	1.047	519	-528	-50,43%
VENETO	1.398	704	-694	-49,64%
ABRUZZO	399	208	-191	-47,87%
MOLISE	74	41	-33	-44,59%
PIEMONTE	1.113	694	-419	-37,65%
MARCHE	562	357	-195	-34,70%
SICILIA	1.024	746	-278	-27,15%
EMILIA ROMAGNA	943	711	-232	-24,60%
LOMBARDIA	1.978	1.524	-454	-22,95%
TOSCANA	848	671	-177	-20,87%
VALLE D'AOSTA	33	27	-6	-18,18%
TRENTO	197	175	-22	-11,17%
FRIULI VENEZIA GIULIA	222	216	-6	-2,70%
BOLZANO	159	163	+4	+2,52%

“

È necessario inoltre rivedere i luoghi di cura nella loro organizzazione e nel numero nonché nella razionalizzazione e riavvicinare il medico e il dirigente sanitario all'ospedale e il paziente al medico.

TABELLA 6

Variazione direttori di struttura semplice 2013-2023





Al via la riforma del Ssn. Nascono gli ospedali di terzo livello e quelli “elettivi” senza pronto soccorso

Riscrivere l'architettura dell'assistenza territoriale e ospedaliera e, più in generale, il modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale di un Disegno di legge di delega approvato in Consiglio dei ministri il 12 gennaio. Un intervento ampio, che affida al Governo il compito di adottare entro il 31 dicembre 2026 uno o più decreti legislativi per aggiornare il decreto legislativo 502 del 1992, sul riordino della disciplina in materia sanitaria.

Vediamo punto per punto quali sono le indicazioni del provvedimento.

L'**articolo 1** chiarisce il perimetro dell'operazione: rafforzare la tutela della salute in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, nel segno di equità, continuità assistenziale e umanizzazione delle cure. La riforma dovrà nascere da un confronto istituzionale strutturato: proposta del ministro della Salute, concerto con il Mef e gli altri dicasteri competenti, intesa in Conferenza Stato-Regioni e passaggio



Link al testo integrale

parlamentare per i pareri delle Commissioni. È prevista anche la possibilità di decreti correttivi entro diciotto mesi dall'entrata in vigore dei testi attuativi.

Ospedale e territorio, l'integrazione come asse portante

Il cuore del provvedimento è nell'**articolo 2**, che elenca i principi e criteri direttivi. Il primo è il rafforzamento dell'integrazione tra ospedale e territorio, anche attraverso l'aggiornamento degli standard fissati dal DM 77 del 2022 sull'assistenza territoriale. L'obiettivo è superare la frammentazione dei percorsi, migliorare la gestione dell'emergenza-urgenza e costruire modelli organizzativi che consentano carriere integrate ai professionisti sanitari

Nuova mappa degli ospedali

Una parte rilevante riguarda la revisione della classificazione delle strut-

ture ospedaliere, oggi fondata sul DM 70 del 2015. Accanto agli ospedali di base, di primo e di secondo livello, la delega introduce due nuove categorie: – gli **ospedali di terzo livello**, strutture di eccellenza a bacino nazionale o sovranazionale, comprese quelle gestite da enti privati senza scopo di lucro o religiosi, da finanziare con risorse dedicate in base a criteri omogenei (casistica trattata, qualità, mobilità inter-regionale, ricerca).

Questi ospedali saranno individuati secondo criteri e requisiti omogenei di livello nazionale, molto stringenti, tenendo conto, in particolare: della numerosità assoluta e del peso medio relativo ai *diagnosis-related group* (DRG) della casistica trattata dalla struttura; della positiva valutazione in merito al possesso di elevati *standard* di qualità; della quota di assistiti proveniente da altre regioni; dell'attività di ricerca svolta nell'ambito della struttura e del relativo impatto in merito al trasferimento tecnologico e alla formazione degli operatori.

Già in manovra (commi da 402 a 404) era stato previsto l'avvio di un progetto sperimentale nazionale per migliorare il modo in cui gli ospedali organizzano e gestiscono l'assistenza sanitaria, puntando su innovazione, efficienza e qualità delle cure. L'iniziativa era rivolta agli Irccs pubblici — cioè gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che uniscono attività clinica e ricerca medica — e agli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, le strutture pubbliche che rappresentano i centri più avanzati del Ssn.

– gli **ospedali elettivi**, privi di pronto soccorso, chiamati a operare in rete con l'emergenza-urgenza, nel rispetto di tempi massimi di collegamento e requisiti uniformi di sicurezza e qualità. La delega prevede inoltre una **revisione del dimensionamento delle strutture complesse** e l'introduzione di **nuove reti assistenziali tempo-dipendenti e specialistiche**, incluse reti di riferimento nazionale, con l'obiettivo di garantire risposte qualificate di prossimità e ridurre la mobilità sanitaria.

Appropriatezza, buone pratiche e continuità delle cure

Tra i criteri direttivi spiccano anche l'implementazione dell'appropriatezza dell'offerta ospedaliera, la definizione di standard minimi per i ricoveri e il raccordo con gli ospedali di comunità. Viene valorizzato il ruolo delle buone

pratiche clinico-assistenziali e organizzative, anche attribuendo loro un peso giuridico ulteriore rispetto alla disciplina sulla responsabilità medica.

Fragilità, cronicità e cure palliative

Ampio spazio è riservato all'assistenza alle persone non autosufficienti, con la previsione di standard specifici – anche di personale – per residenzialità, semi-residenzialità e domiciliarità, inclusa la distribuzione del farmaco a domicilio. Un capitolo specifico riguarda le cure palliative per le patologie croniche complesse e avanzate, con l'aggiornamento degli standard assistenziali, dei volumi e degli esiti, differenziati per intensità e setting di cura.

Bioetica, integrazione socio-sanitaria e salute mentale

La delega introduce anche la valorizzazione della bioetica clinica nelle aziende sanitarie, rafforzando modelli centrati sulla persona e sull'umanizzazione delle cure. Prevede criteri nazionali per rendere effettiva l'integrazione tra interventi sanitari e socio-assistenziali e un riordino dei servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile, dipendenze e sanità penitenziaria, nel rispetto dell'autonomia regionale ma dentro un quadro territoriale e distrettuale coerente.

Digitale e medici di famiglia

Un altro pilastro è la digitalizzazione: interoperabilità dei sistemi informativi, coordinamento nazionale e integrazione con l'Ecosistema Dati Sanitari, in chiave di sanità predittiva e personalizzata. Infine, la delega affronta il nodo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, prevedendo un riordino della disciplina per rafforzare il ruolo nell'assistenza territoriale.

Le risorse e i vincoli

L'articolo 3 pone un vincolo stringente: i decreti attuativi dovranno essere a neutralità finanziaria, salvo che il Parlamento stanzi risorse aggiuntive con provvedimenti ad hoc. Una clausola che rende evidente come la portata reale della riforma dipenderà non solo dall'architettura normativa, ma anche dalle scelte di bilancio che accompagneranno l'attuazione della delega.

Ora la sfida sarà portare a casa la riforma dato che giacciono in Parlamento anche i disegni di legge delega su Testo unico della farmaceutica e Riordino Professioni sanitarie.

SOTTO LA LENTE

Pensionati in corsia?

Solo su base volontaria e senza ruoli apicali

Ancora una volta il Governo mette mano all'anzianità di servizio dei medici in corsia consentendo di poter indossare il camice bianco fino a 72 anni. "Non siamo pregiudizialmente contrari alla norma, a patto però che sia su base esclusivamente volontaria, che questi colleghi non conservino il ruolo apicale e che restino come tutor senza incidere sul rinnovo delle piante organiche e sulle carriere." È questo il commento di Pierino Di Silverio Segretario Nazionale Anaa Assomed



all'emendamento che sarà presentato al decreto Milleproproghe che prorogherà per tutto il 2026 la norma che consente a medici e dirigenti sanitari di restare in servizio fino a 72 anni. "Il nostro principale timore, però – prosegue Di Silverio – è che trattenendo in servizio i colleghi più anziani si blocchino di fatto le carriere di tutti gli altri che hanno il sacrosanto diritto di veder riconosciute competenze e professionalità, ambizione che in questo modo viene invece negata. Sappiamo bene che oggi una delle principali cause di disaffezione alla sanità pubblica e agli ospedali è proprio questa gabbia da cui non riusciamo a venir fuori, un blocco insensato che crea profondo disagio e distacco. E per tutta risposta il Governo cosa fa? Blocca le carriere!" "Vigileremo affinché la norma venga riproposta con le precise condizioni da noi indicate, confidando che nella più ampia riforma del Ssn, di cui si inizia a discutere, non ci sia più spazio per le proroghe. La sanità pubblica per funzionare bene ha bisogno di stabilità".

Superamento incompatibilità

Nessuna riforma senza il coinvolgimento dei professionisti

"La proposta di Forza Italia richiede un'analisi approfondita. Non basta sancire l'abolizione delle incompatibilità del rapporto di lavoro dei medici e dirigenti sanitari, ma occorre ridisegnare e riscrivere le regole, valutando pro e contro e occorrono garanzie di salvaguardia del professionista. Altrimenti si rischia una deregulation. Per i medici ospedalieri e



dirigenti sanitari a proposito di incompatibilità è prioritario affrontare il tema della flessibilità dell'intramoenia, delle carriere e della flessibilità dell'orario di lavoro, oggi inesistente. Così come è prioritario definire il ruolo di dirigenza speciale".

Così il Segretario nazionale Anaa Assomed, Pierino Di Silverio sull'emendamento targato Forza Italia, inizialmente presentato alla legge di Bilancio, che verrà ora riproposto per l'esame del ddl professioni sanitarie con il quale si punta a eliminare il regime di incompatibilità

"Se questi punti saranno contenuti nel ddl delega – ha aggiunto il segretario Anaa – allora sosterranno con forza il progetto di legge. Ma vogliamo un confronto con le parti interessate, in primis i sindacati. Su questa strada l'Anaa Assomed sarà disponibile al confronto come sempre nella salvaguardia della professione e del professionista".

Dalle assunzioni ai nuovi tetti per la farmaceutica, fino alla prevenzione: ecco tutte le novità



È entrata in vigore il 1° gennaio la Legge di bilancio 2026 con un incremento del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2026 di 2.382,2 milioni di euro che si aggiunge a quanto già programmato per lo stesso anno con la legge di bilancio 2025, determinando un finanziamento complessivo per il 2026 di 142,9 miliardi di euro, superiore di oltre 6,3 miliardi di euro rispetto al finanziamento per l'anno 2025. Si prevede inoltre un incremento del Fondo sanitario nazionale di 2.631 milioni di euro per l'anno 2027 e 2.633,1 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028.

Sul versante del personale, al fine di ridurre le liste d'attesa, viene autorizzata l'assunzione, da parte delle aziende e degli enti dei servizi sanitari regionali, di personale a tempo indeterminato in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, nel limite di spesa complessivo di euro 450.000.000 annui a decorrere dall'anno 2026. Si prorogano inoltre i termini utili a completare le procedure di assunzione del personale chiamato in



Link al testo integrale

causa durante il periodo dell'emergenza pandemica.

In via sperimentale, le Regioni avranno la possibilità - nel rispetto dei loro bilanci e delle regole nazionali sulla spesa del personale - di aumentare leggermente i fondi destinati ai premi e alle indennità di chi lavora in pronto soccorso. Si incrementano, poi, le indennità di specificità per dirigenza sanitaria, medici, infermieri e operatori socio-sanitari.

Cambiano i cosiddetti tetti di spesa farmaceutica. Il tetto di spesa per acquisti diretti, cioè i farmaci comprati direttamente dalle strutture sanitarie (ospedali e Asl), viene aumentata dello 0,30%; mentre il tetto per la spesa convenzionata, cioè i medicinali che i cittadini prendono in farmacia con ricetta, pagandoli in parte o totalmente tramite il Ssn, crescerà dello 0,05%. La quota per i gas medicinali resta invariata. La spesa stimata è di 350 mln. Conseguentemente, il Fondo per i farmaci innovativi è ridotto a decorrere dall'anno 2026 di 140 milioni di euro annui.

E ancora, a partire dal 2026, lo Stato stabilisce un nuovo limite nazionale di spesa per l'acquisto dei dispositivi medici con uno stanziamento di 280 mln. Finora questo tetto era fissato a una percentuale più bassa (circa il 4,4% del Fondo sanitario nazionale). Con la nuova norma, il limite viene aumentato al 4,6%, riconoscendo che i costi e il fabbisogno di dispositivi medici sono cresciuti negli ultimi anni, anche a causa dell'innovazione tecnologica e del rinnovo delle attrezzature ospedaliere. Si prevede un finanziamento di 100 milioni per avviare l'adeguamento delle tariffe ambulatoriali, che sia aggiunte a quello già approvato con la legge di bilancio 2025 a valere dal 2026, di 1 miliardo di euro per la revisione delle tariffe di ricovero e di riabilitazione.

Trovano spazio, inoltre, misure che puntano a potenziare la medicina di precisione e la prevenzione; nasce un Fondo per interventi normativi in materia di prevenzione, formazione, informazione e cura della celiachia; e si prevede un intervento finalizzato al potenziamento degli interventi per migliorare i livelli di assistenza legati alla tutela della salute mentale, e del sistema di cure palliative.

Infine, le Regioni che non raggiungono la "soglia di garanzia minima" in una o più delle macro-aree di assistenza sanitaria (o per singoli indicatori) previste dal sistema di monitoraggio nazionale, dovranno essere sottoposte a un audit specifico.

Nello specifico:

Prevenzione

A partire dal 2026, sono stanziati 238 milioni di euro ogni anno, per rafforzare la rete dei programmi di prevenzione e diagnosi precoce tra cui:

estensione dello screening per il tumore della mammella alle donne d'età 45 e 49 anni e 70-74 anni

estensione dello screening per il tumore del colon-retto alla fascia d'età 70-74 anni

consolidamento del programma di monitoraggio del tumore polmonare

incremento delle risorse per i vaccini vengono estesi i test genomici nei casi di carcinoma mammario avanzato o metastatico

programmi di *screening* nutrizionale dei pazienti oncologici

sviluppo dei test per la diagnosi della sordità e per le malattie rare

potenziamento degli accertamenti per la diagnosi precoce della leucodistrofia metacromatica neonatale e per la malattia di Parkinson

prevenzione e la cura delle patologie oculari cronico-degenerative e delle

patologie reumatologiche. Per il 2026, inoltre, si prevedono risorse aggiuntive pari a 247 milioni destinate all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione.

Stanziate risorse anche per la prevenzione sanitaria legata alle patologie da inquinamento ambientale; nuovi screening neonatali; prevenzione dell'HIV e prevenzione e cura dell'obesità.

Personale Ssn

Stanziamiento a regime di 450 milioni di euro annui per l'assunzione del personale sanitario da parte delle aziende e degli enti del servizio sanitario nazionale.

Previste, inoltre, le risorse necessarie per l'incremento dell'indennità di specificità sanitaria, medica e non, dell'indennità di specificità infermieristica e dell'indennità di tutela del malato e per la promozione della salute.

Particolare attenzione è dedicata al personale di pronto soccorso: le Regioni possono stabilire, dal 2026 al 2029, un incremento delle risorse destinate al trattamento accessorio del personale, anche in deroga ai limiti di spesa normativamente previsti.

Si estende la tassazione Irpef agevolata al 5% ai compensi per lavoro straordinario per il personale dipendente delle strutture sanitarie, delle RSA e delle

altre strutture residenziali e socio-assistenziali, erogati agli infermieri dipendenti dalle strutture private accreditate.

Ricerca

Fondi per valorizzare il ruolo strategico degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, in particolare degli Irccs e risorse per l'attività ISS del progetto Sentieri (Studio epidemiologico nazionale dei territori e degli insediamenti esposti a rischio da inquinamento).

Salute mentale

La manovra stanziava 80 milioni di euro per il 2026, 85 milioni per il 2027, 90 milioni per il 2028 e 30 milioni annui a decorrere dal 2029, per l'attuazione del Piano nazionale di salute mentale. Previste anche risorse per l'assunzione di personale sanitario e socio-sanitario dedicato, garantendo una presenza più capillare sul territorio e un sostegno concreto ai servizi di salute mentale.

Potenziamento erogazione servizi sanitari sul territorio

È previsto, a decorrere dal 2026, un incremento pari a 10 milioni di euro annui delle risorse destinate alle cure palliative (in via prioritaria all'assunzione di personale), e risorse per le spese per l'Alzheimer e le altre patologie di demenza senile.

Per il triennio 2026-2028, aumentano di 2 milioni di euro annui le risorse del Fondo per l'assistenza ai bambini affetti da malattie oncologiche.

Nell'ottica del rafforzamento dei servizi sanitari, si sancisce l'integrazione stabile nel Servizio sanitario nazionale delle farmacie dei servizi.

Vengono stanziati fondi per finanziare interventi normativi per il finanziamento di interventi normativi in materia di celiachia e per il sostegno della mobilità pediatrica.

Digitalizzazione in sanità

Tra gli interventi normativi previsti dalla manovra:

dematerializzazione della ricetta per l'erogazione dei prodotti per celiaci e all'implementazione delle infrastrutture di scambio transfrontaliero delle ricette elettroniche

potenziamento dei servizi di telemedicina con uno stanziamento di 20 milioni di euro annui a decorrere dal 2026

COMUNICATO STAMPA ANAAO ASSOMED

“Una deriva disastrosa per la sanità pubblica”

Continueremo a denunciare, ad agire e a reagire con il sostegno, ci auguriamo, anche delle altre forze sociali perché non possiamo rassegnarci di fronte al disgregamento del welfare state e dello stato di diritto



PIERINO DI SILVERIO
Segretario
Nazionale AnaaO
Assomed

“La manovra economica varata oggi ha preso una deriva disastrosa socialmente e professionalmente che trova spiegazione nell'aver sacrificato le esigenze di sistema a logiche politiche lobbistiche ed economiche”. Questo il commento del Segretario Nazionale AnaaO Assomed, Pierino Di Silverio alla legge di bilancio approvata oggi in via definitiva. “Vengono premiate ancora una volta le farmacie dei servizi – prosegue Di Silverio – che stanno pian piano diventando l'illusoria risposta alla domanda di cura dei cittadini, salvo poi far lievitare i tempi di attesa quando gli stessi dovranno rivolgersi al medico e al dirigente sanitario perché la prestazione ricevuta a pagamento non è completa e soddisfacente. Si continua con l'indegna sanatoria dei policlinici italiani che non avendo autorizzazione, ricevono il condono delle pene. Si tagliano fondi ai farmaci innovativi, perché l'innovazione, si sa, corre da sola. Per finire con la proroga al 2029 dell'auto-certificazione delle competenze per i professionisti della sanità che vogliono lavorare in Italia (San Raffaele non docet) come a dire ‘venite in Italia, infermieri, medici o no, l'importante è fare numero’. E poi bonus, contentini sparsi qua e là per

scuole private, aziende e tagli a tutto ciò che è sociale”.

“In questo scenario – dichiara Di Silverio – non manca la sentenza: moriremo di lavoro, per chi il lavoro ha la fortuna di averlo o peggio per chi svolge un lavoro usurante”.

“In questo panorama disastroso siamo riusciti a salvare le poche risorse extracontrattuali, che, al momento, arriveranno solo con il prossimo contratto 2025-2027, ma ci batteremo a partire dal decreto Milleproroghe affinché vengano erogate da subito visto che sono già disponibili e per sanare l'ingiustizia perpetrata ai danni dei dirigenti sanitari”. “A noi – prosegue Di Silverio – resta solo la consapevolezza che la sanità, l'istruzione, il lavoro non rappresentano priorità reali, ma solo di mera propaganda. Quello che conta realmente è dare la percezione che tutto vada sempre meglio, un lavoro psicologico, un condizionamento condito di disinformazione. Ma la gente continua a non trovare posto per curarsi, i professionisti continuano a fuggire e ora anche gli studenti di medicina iniziano a trovarsi di fronte alla cruda realtà”.

“Noi – conclude – continueremo a denunciare, ad agire e a reagire. Ci auguriamo di trovare in questo il sostegno anche delle altre forze sociali perché non possiamo rassegnarci di fronte al disgregamento del welfare state e dello stato di diritto”.

Delega sulle professioni sanitarie.

IL DOCUMENTO ANAAO

L'Anaa Assomed, in occasione della recente audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera, in un articolato documento esprime la propria posizione sul disegno di legge delega il Governo in materia di professioni sanitarie e responsabilità professionale degli esercenti (AC 2700), intervento normativo che ambisce a ridefinire le fondamenta del sistema delle professioni sanitarie.

L'obiettivo dichiarato è quello di traghettare il Servizio Sanitario Nazionale verso un modello più efficiente, inclusivo e tecnologicamente avanzato, affrontando criticità sistemiche quali carenza di risorse, condizioni di lavoro insostenibili, retribuzioni non adeguate, difficoltà di reclutamento, fenomeni di migrazione dei professionisti all'estero, crisi vocazionale dei giovani medici, fuga verso il settore privato ("brain drain" interno) e il pesante impatto della medicina difensiva sull'appropriatezza delle cure.

Si rileva la necessità di un piano straordinario di assunzioni e valorizzazione delle carriere, superando vincoli e incompatibilità che ostacolano l'attrattività del SSN. Si richiama l'attenzione sulla riduzione del welfare pubblico e sull'aumento della spesa privata, con il rischio di una "sanità per censo".

Proponiamo in queste pagine la sintesi dell'intervento del Segretario Nazionale Anaa Assomed in Commissione.

1. Analisi del disegno di legge: architettura, obiettivi e Implicazioni

Il provvedimento si articola in tre capi, ciascuno dei quali affronta una dimensione specifica della crisi del settore, cercando un equilibrio tra ammodernamento e sostenibilità:

La Delega al Governo e l'adeguamento Strutturale

Il Governo viene delegato per intervenire

sugli aspetti ordinamentali e formativi. Sono stabiliti principi e criteri direttivi generali e specifici tra cui:

riordino delle forme di lavoro flessibile per l'impiego dei medici specializzandi compatibilmente con le esigenze di formazione.

Valorizzazione territoriale e contrasto alla desertificazione - Introduzione di forti incentivi per il personale operante nelle aree disagiate, definite come aree interne, comunità montane e isole minori. L'obiettivo non è solo fornire servizi, ma contrastare attivamente la desertificazione sanitaria. Gli incentivi includono premialità di carriera (avanzamenti più rapidi), agevolazioni logistiche (alloggi, trasporti) e bonus economici volti a rendere queste sedi, storicamente scartate nei concorsi, delle mete appetibili per i giovani professionisti. Introduzione di misure per favorire il mantenimento in servizio del personale sanitario e la valorizzazione delle carriere.

Razionalizzazione delle attività amministrative e promozione della sicurezza dei professionisti.

Promozione di meccanismi premiali legati alla performance e riduzione delle liste d'attesa.

Promozione e sviluppo di una metodologia comune per la pianificazione del fabbisogno di specializzandi, la valorizzazione e aggiornamento delle competenze professionali e la promozione di un sistema nazionale di certificazione delle competenze.

Transizione tecnologica e management sanitario - Si promuove l'integrazione strutturale dell'Intelligenza Artificiale (IA) per supportare la diagnostica per immagini, la telemedicina e la gestione predittiva dei flussi di pazienti. Parallelamente, la riforma prevede una revisione della formazione dei dirigenti. L'obiettivo è de-burocratizzare il ruolo del medico: oggi, una percentuale enor-

me del tempo lavorativo è assorbita da compiti amministrativi e data-entry; la riforma mira a restituire questo tempo alla clinica e al rapporto umano con il paziente.

Ridefinizione dei percorsi formativi, in particolare per medicina generale, chimici, odontoiatri e biologi; revisione della disciplina degli ordini professionali, con correttivi su competenze, durata dei mandati e valorizzazione del ruolo sussidiario degli ordini.

La responsabilità professionale

Il secondo capo contiene disposizioni in materia di responsabilità professionale, modificando sensibilmente la Legge Gelli-Bianco e il Codice Penale con la finalità di ridurre gli effetti perniciosi della cosiddetta medicina difensiva:

Ridefinizione del perimetro della punibilità - Si stabilisce il principio per cui il sanitario sia punibile penalmente solo in caso di colpa grave, a condizione che siano state rispettate le linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali accreditate.

Criteri di valutazione oggettiva: la "Garanzia Condizionata"

Viene contestualizzata l'azione del medico prevedendo, nell'accertamento della colpa, la valutazione di condizioni oggettive come scarsità di risorse, carenze organizzative non evitabili, complessità della patologia, ruolo svolto in équipe e situazioni di urgenza. A tal proposito determinanti sono fattori come la cronica carenza di organico (turni massacranti), la mancanza di strumentazione adeguata (macchinari obsoleti o indisponibili), l'urgenza dell'intervento e l'organizzazione complessiva della struttura. Questa protezione mira a ridurre gli effetti di una "medicina difensiva", con un risparmio stimato di miliardi di euro per le casse dello Stato.

La barriera dell'invarianza finanziaria

Il testo si conclude con una clausola che impone l'attuazione delle deleghe senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Questo è il punto più controverso: ogni potenziamento, ogni incentivo per le aree disagiate e ogni aggiornamento tecnologico dovrà essere finanziato attraverso la riorganizzazione delle risorse esistenti o mediante "efficientamenti"

Le osservazioni di Anaa Assomed: uno stato giuridico adeguato

Anaa Assomed propone una visione più radicale: non basta "aggiustare" le norme attuali, serve riconoscere la peculiarità ontologica del lavoro medico.

Lo stato giuridico del dirigente medico e sanitario: la specificità del ruolo

Lo stato giuridico del dirigente medico e sanitario costituisce un ossimoro peculia-

re: dipendente, per collocazione all'interno del pubblico impiego, e dirigente, sia per la natura intrinseca di unico interprete dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà nella gestione di risorse economiche e tecnologiche anche ingenti. La responsabilità gestionale è insita in ogni atto per la valenza delle risorse impiegate e ogni scelta clinica rappresenta una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile.

Rafforzamento della "specificità" della dirigenza - Anaa chiede che la dirigenza sanitaria sia disciplinata primariamente dal D.Lgs. 502/1992 (legge speciale per la sanità) e solo in via residuale e sussidiaria dal D.Lgs. 165/2001 (norma generale sul pubblico impiego), al fine di accentuare ed enfatizzare il carattere di specialità della legislazione della dirigenza del ruolo sanitario rispetto alle altre dirigenze del pubblico impiego. Questo servirebbe a sottrarre i medici a logiche fordiste che considerano la prestazione sanitaria come un prodotto industriale misurabile solo in "volumi" e i medici come "ingranaggi" interscambiabili di una macchina burocratica.

La tutela della salute come missione Costituzionale - Si sottolinea che i sanitari sono gli unici dirigenti pubblici la cui missione è legata a un diritto fondamentale (Art. 32 Costituzione). Tale specificità deve tradursi in una flessibilità organizzativa negoziabile tra le parti, garantendo che le esigenze cliniche prevalgano sulle logiche di bilancio aziendale puramente numeriche.

Costruzione di una "declinazione interpretativa e attuativa di tale "specificità" in alcuni particolari istituti strategici per la dirigenza sanitaria. In particolare:

Flessibilità: Accompagnare il cambiamento del mondo del lavoro prevedendo flessibilità in entrata con una semplificazione delle procedure concorsuali. Tale principio guida va inoltre sostenuto anche durante tutta la carriera lavorativa consentendo il passaggio tra rapporti e ruoli diversi. Si prevede la possibilità di valutare diverse tipologie di rapporti di lavoro: oltre alla dipendenza standard, una sorta di liberalizzazione del part time; differenti regimi di impegno orario; maggiore flessibilità per prestazioni aggiuntive e libera professione, anche per specializzandi; passaggio della contrattazione collettiva al Ministero della salute.

Carriera: il modello dell'Ascensore Professionale. Si ipotizza una sorta di "ascensore semiautomatico", non sostitutivo degli incarichi, per valorizzare il concetto che il lavoro svolto è un lavoro professionalizzante. Si potrebbe partire da un "entry level" cui far seguire una serie di gradini successivi ai quali attribuire un valore economico e una declaratoria di gradi di autonomia e responsabilità cui si accede a seguito della

valutazione annuale già esistente per il raggiungimento degli obiettivi di risultato e in assenza di procedimenti disciplinari.

Architettura e sviluppo della carriera: eliminazione del vincolo di anzianità quinquennale. Per favorire una più rapida crescita professionale dei medici e sanitari neoassunti, anche nell'ottica di rendere più "appetibile" l'ingresso dei giovani specialisti nel SSN, occorre eliminare il vincolo di anzianità quinquennale con riferimento agli incarichi di tipo professionale, lasciando invece immutato il requisito di esperienza richiesto per lo svolgimento di funzioni di natura gestionale.

La rivoluzione della libera professione: l'intramoenia diffusa e digitale

Uno dei punti di maggiore rottura con il passato riguarda l'attività libero-professionale (ALPI):

Superamento delle mura aziendali - Molte strutture ospedaliere sono vecchie e non dispongono di strutture decorose. Anaa propone l'"intramoenia diffusa": il medico può visitare al di fuori delle "mura ospedaliere", mantenendo l'azienda il controllo sui flussi, sulle tariffe e sulla trasparenza tramite il CUP (Centro Unico di Prenotazione)

Incentivazione fiscale e liste d'attesa - La proposta chiave è una tassazione agevolata al 15% per le prestazioni rese in libera professione. Questo trasformerebbe la libera professione da un presunto "concorrente" del pubblico a uno strumento integrato per smaltire l'arretrato, rendendo le prestazioni accessibili ai cittadini a tariffe controllate e garantendo al medico un giusto riconoscimento economico.

3. Temi critici e fattori di rischio: oltre la burocrazia

Il logoramento del personale: lavoro usurante e burnout

Anaa insiste affinché l'attività sanitaria sia riconosciuta come lavoro usurante a tutti gli effetti di legge. Questo riconoscimento rappresenterebbe un investimento strategico sulla sostenibilità, sulla qualità e sulla tenuta complessiva del Servizio sanitario nazionale.

Le motivazioni vanno oltre la dimensione della fatica "fisica" e sono riconducibili alle condizioni di lavoro caratterizzate da ritmi particolarmente intensi, turnazioni notturne, a reperibilità, servizi di guardia prolungati, attività svolte nei giorni festivi e prefestivi e al carico psicologico derivante dalla continua vicinanza a malattie e lutti piuttosto che all'elevato livello di responsabilità. Condizioni che protratte per decenni, portano a tassi altissimi di burnout e disturbi correlati allo stress.

Il fattore aggressioni - Il clima di sfiducia sociale ha trasformato il pronto soccorso e i reparti in "zone di guerra". Il personale sanitario è vittima quotidiana di violenza

verbale e fisica. Anaa chiede tutele legali automatiche (procedibilità d'ufficio) e un riconoscimento della gravosità ambientale che si rifletta anche sui trattamenti previdenziali e pensionistici. In sintesi, l'elevazione a rango di legge della Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2007.

Disuguaglianze nel Settore Privato accreditato e Rapporti con l'Università

Dumping contrattuale nel privato accreditato - Si evidenzia l'iniustizia per cui medici che svolgono lo stesso servizio, pagato con fondi pubblici, abbiano contratti, tutele e stipendi diversi a seconda che lavorino in un ospedale pubblico o in una struttura privata accreditata. Serve un "Contratto Unico della Salute" che garantisca equità.

La "Guerra" per i posti apicali con l'università - Anaa critica la cosiddetta "clanicizzazione" indiscriminata, ovvero la pratica di assegnare ruoli apicali a docenti universitari a danno dei dirigenti medici ospedalieri che dedicano la vita all'assistenza

“

Per salvare il SSN, occorre restituire dignità alla professione, proteggerla legalmente e finanziarla adeguatamente, trasformando il medico da "costo da tagliare" a "valore da tutelare"

4. Analisi finale: la sostenibilità della riforma e il futuro del Ssn

La clausola di invarianza finanziaria (Capo III) rappresenta l'ostacolo insormontabile. Anaa sostiene fermamente che:

Senza investimenti non c'è innovazione - Non si può fare "sanità digitale" o "intelligenza artificiale" senza server, senza banda larga e senza formare il personale.

Senza risorse non c'è attrattività - Gli incentivi per le aree disagiate devono essere monetari, non solo simbolici.

Il costo del personale è un Investimento - Risparmiare sugli stipendi dei medici significa condannare il sistema a perdere i suoi pezzi migliori, con un costo sociale immensamente superiore a quello di un adeguamento contrattuale.

CONCLUSIONI

Il disegno di legge è un'occasione storica per modernizzare la sanità italiana, ma rischia di fallire se rimane confinato nella logica del risparmio a tutti i costi. La "fuga dei medici" non è un fenomeno meteorologico, ma una scelta razionale di fronte a condizioni di lavoro deteriori.

Per salvare il SSN, occorre restituire dignità alla professione, proteggerla legalmente e finanziarla adeguatamente, trasformando il medico da "costo da tagliare" a "valore da tutelare" per garantire il diritto universale alla salute come previsto dalla Costituzione.

Piano di Azioni Nazionale Salute Mentale 2025-2030



Il 29 dicembre 2025 è stato approvato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni e Province Autonome il Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale 2025-2030 (Pansm). Il giorno successivo è stata approvata la legge di bilancio 2026, che al comma 344 prevede un finanziamento dedicato, vincolante per le Regioni, pari "a 80 milioni di euro per l'anno 2026, 85 milioni di euro per l'anno 2027, 90 milioni di euro per l'anno 2028 e 30 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2029".

L'approvazione del Pansm e il contestuale finanziamento ad hoc per il triennio 2026-2028, poi strutturale dal 2029, segna finalmente una svolta. L'ultimo atto di programmazione nazionale, realmente cogente e di svolta in tema di salute mentale era stato il DPR 1° novembre 1999 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22.11.1999), denominato "Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000".

Il Pansm 2025-2030 si pone su di un piano di concreta innovazione rispetto a precedenti paradigmi storici di riferimento per la salute mentale, facendo proprio il modello biopsicosociale e quello della One Health/One Mental Health, con espresso richiamo al Piano di Azione Globale per la Salute Mentale 2013-2030, approvato dalla settantaquattresima Assemblea mondiale della Salute (decisione-WHA74).

Dunque una visione integrata, che pone al centro la persona con l'attenzione all'insieme dei determinanti biologici e psicologici della salute mentale, necessari, ma non sufficienti, proprio perché mutuamente condizionati dai determinanti sociali, ambientali e culturali del contesto dove la persona vive, lungo tutto il ciclo della vita.

Corollario di questa impostazione di fondo è rappresentato dall'attenzione



GIANFRANCO RIVELLINI
Commissione
Psichiatria
Anaa Assomed



FABIANA FAIELLA
Commissione
Psichiatria
Anaa Assomed
Esecutivo
Nazionale Anaa
Assomed

da un lato alla prevenzione, dall'altro all'integrazione dei servizi di tutela della salute mentale, per garantire interventi diagnostico – terapeutici e riabilitativi, dall'infanzia fino alla terza età. In che modo? Il Pansm, nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle Regioni, prevede il graduale superamento della visione a silos delle agenzie di tutela della salute mentale, con PDTA condivisi, fino alla possibile messa a fattor comune sul piano organizzativo dei quattro pilastri della salute mentale:

- Neuropsichiatria infantile;
- Medicina generale secondo le previsioni del DM 77/2022;
- Dipartimento delle Dipendenze;
- Dipartimento Salute Mentale.

Ulteriori strumenti di integrazione dei servizi sono previsti nel Pansm attraverso la formazione comune degli operatori, afferenti a servizi diversi, didattica universitaria e ricerca orientata a formare operatori più consapevoli ed aderenti alla visione One Health/One Mental Health. Operatori della salute mentale più consapevoli, motivati a valorizzare la collaborazione interistituzionale tra agenzie pubbliche sanitarie, enti locali e mondo della cooperazione, dentro politiche di welfare di prossimità, orientato a percorsi di inclusione sociale (casa, lavoro e tempo libero), che veda protagonisti pazienti e familiari, nell'ambito di servizi pubblici ispirati da buone pratiche di intervento, orientate alla "recovery ed empowerment".

Un Pansm che, oltre alla visione Health/One Mental Health, nel delineare coerenti linee progettuali ha previsto strumenti di monitoraggio e indicatori di esito. L'introduzione di indicatori, strumenti di verifica periodica e mo-

menti di revisione intermedia rappresenta un passo importante verso una maggiore accountability delle politiche pubbliche.

Infine, il Pansm analizza quanto è stato realizzato nel decennio 2015-2025 in tema di salute mentale per persone in esecuzione penale, alla luce della novella legislazione parlamentare (legge 17 febbraio 2012, n. 9 e successive modificazioni con la legge 30 maggio 2014, n. 81), dei successivi testi di accordo Stato-Regioni e P.A., infine della sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 27 gennaio 2022. Il Pansm, sul tema, individua un piano di azioni tanto fondato su evidenze epidemiologiche e scientifiche, quanto appropriato sul piano operativo, prevedendo equipe multidisciplinari di raccordo tra sistema salute e sistema giustizia, creazioni di nuove articolazioni di cura per i detenuti, rivisitazione del fabbisogno di posti letto comunitari per pazienti in esecuzione penale, all'interno della necessaria ed auspicata (si veda sentenza Corte Costituzionale) ridefinizione legislativa delle responsabilità/competenze tra il sistema giudiziario, l'ordine pubblico ed il sistema della tutela della salute mentale, affinché risultati definitivamente chiarito che il mandato di cura e di protezione dei pazienti, autori di reato e non, resta l'unico ed indefettibile mandato che la salute mentale può assumersi, senza "attrazione fatale" nel mandato di controllo e di gestione dell'ordine pubblico. Il Pansm rappresenta una sfida di sanità pubblica per i prossimi anni.

La reale attuazione del Pansm dipenderà in modo decisivo dalla disponibilità di risorse adeguate e continuative. La disposizione di cui al comma 344 della legge di bilancio stanziava complessivi 285 milioni per il quinquennio

2026–2029 e va letta in combinato con il comma 347 che prevede, nell’ambito delle risorse di cui al comma 344, una quota fino a 30 milioni impiegabile per assumere personale nell’area della salute mentale. Il comma 344 si legge anche nel senso che dal 2029 lo stanziamento resterà stabile negli anni a seguire, a meno di diversa disposizione di finanza pubblica. La tabella a) illustra le condizioni di finanziamento statale del Pansm dal 2026 fino al 2030. Tabella A.

Tutto bene? Dipende se la spesa per le assunzioni di ogni anno sarà sostenuta dai bilanci regionali per l’anno successivo al di fuori del budget vincolato al Pansm, dunque fatto rientrare nel complessivo dell’incremento del FSN, previsto al comma 333. Resta dunque una scelta regionale, anno per anno, se utilizzare per assunzioni in salute mentale i 30 milioni autorizzati nel comma 347, in quale quota e con quali criteri stabilire le priorità di assegnazione delle risorse, rispetto alle diverse articolazioni organizzative della salute mentale.

La tabella B illustra la retribuzione media, anno 2023, e il costo con oneri al 37% dei dirigenti sanitari e del personale laureato afferente alle professioni sanitarie ed assistenti sociali, come certificata nel Conto Annuale - Mef.

Tabella b) La tabella c) illustra il complessivo delle risorse professionali che possono essere assunte nel quinquennio 2026-2030, stanti i commi 333, 344 e 347, secondo la previsione sopra espressa, con il ribaltamento sul Fondo Sanitario di ciascuna Regione della spesa di personale per gli anni successivi all’anno di assunzione, nell’ambito dell’incremento di cui al comma 333, dunque al netto del finanziamento Pansm di cui ai commi 344.

Tabella C. Nel totale delle risorse umane assumibili, pari a circa 2.150, si ipotizza il 50% di dirigenti medici e sanitari (650 circa) ed il 50% di personale laureato delle professioni sanitarie, della riabilitazione e servizio sociale (1.500 circa).

Nel quinquennio 2026–2030 la previsione di assunzioni di cui alla tabella c) sopra riportata, restituirebbe alla salute mentale, globalmente intesa (DSM, SER-D, Neuro psichiatria infantile) un ristoro parziale, ma essenziale, per tendere ad allineare gli organici al 2020, anno di inizio della pandemia Covid. Il costo totale per oltre 2.500 operatori assunti nella salute mentale nel quinquennio 2026-2030, risulta a regime, dal 31 dicembre 2030, pari a 150 milioni.

Un piano straordinario di assunzioni è necessario e trova la sua motivazione

nei dati di personale in servizio al 31 dicembre 2023, presentati da Agenas al Forum Risk Management (Arezzo 25–28 novembre 2025). Questi dati, sia in valore assoluto, sia standardizzati per 100 mila residenti, dimostrano due evidenze.

1 Sul piano nazionale, in valore assoluto, la non più tollerabile perdita in organico di dirigenti medici, tra il 2019 ed il 2023, nelle due fondamentali articolazioni della salute mentale, DSM e SER-D, rispettivamente nella prima, pari al 20% di dirigenti, disciplina psichiatria e nella seconda, pari al 18,7% nelle specializzazioni diverse dalla psichiatria.

2 Sul piano dei confronti regionali, al 31 dicembre 2023, i tassi standardizzati a 100 mila residenti indicano che almeno 10 Regioni esprimono un tasso inferiore alla media nazionale di psichiatri in servizio presso le strutture pubbliche dei DSM, come pure alla stessa data indicano che rispetto ai SER-D si contano 10 Regioni che esprimono tassi standardizzati di dirigenti medici, di specializzazioni diverse dalla psichiatria, ben al di sotto della normativa di riferimento, il DM 444/1990.

Alla luce dei dati sopra richiamati di carenza di personale e di vistose disomogeneità regionali, risulta evidente che il pieno dispiegamento delle linee programmatiche del Pansm necessita

“
**Integrazione
quale fattore
strategico di
promozione
e di tutela della
salute mentale
individuale
durante il ciclo
della vita,
dunque volano
di salute
pubblica
e di inclusione
sociale**

di una forte e costante azione di confronto, di coordinamento e di verifica tra i diversi livelli istituzionali coinvolti, a cominciare dai criteri di ripartizione delle risorse dedicate al Pansm (Commi 344 e 347 legge finanziaria). La semplice riproposizione dei criteri generali di ripartizione regionale del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard rischia di non affrontare il tema su come sostenere il miglioramento dei livelli organizzativi e di personale nelle Regioni che già esprimono dati di flusso di prestazioni sotto la media nazionale. Si veda la pubblicazione “Rapporto Salute Mentale” pubblicato nel 2025, relativo ai dati Sism anno 2023. Ci sono tutte le premesse perché il Pansm rappresenti il punto di svolta, in grado di modernizzare la concezione culturale di riferimento, nel rispetto della visione di una salute mentale di comunità, che resta ancorata alla legge 180/1978. Il verbo chiave usato nel Pansm è integrare. Integrare con gradualità visioni, pratiche cliniche, competenze e risorse. Integrazione quale fattore strategico di promozione e di tutela della salute mentale individuale durante il ciclo della vita, dunque volano di salute pubblica e di inclusione sociale. Gli operatori della salute mentale e le loro organizzazioni di rappresentanza sono pronti a dare gambe e idee al Pansm. Il convegno organizzato da Anaao Assomed a Roma il 6 febbraio 2026, dal titolo “Il ruolo della dirigenza medica e sanitaria per l’innovazione e lo sviluppo in salute mentale” testimonia il protagonismo propositivo con le istituzioni del governo nazionale e regionale della sanità.

TABELLA A

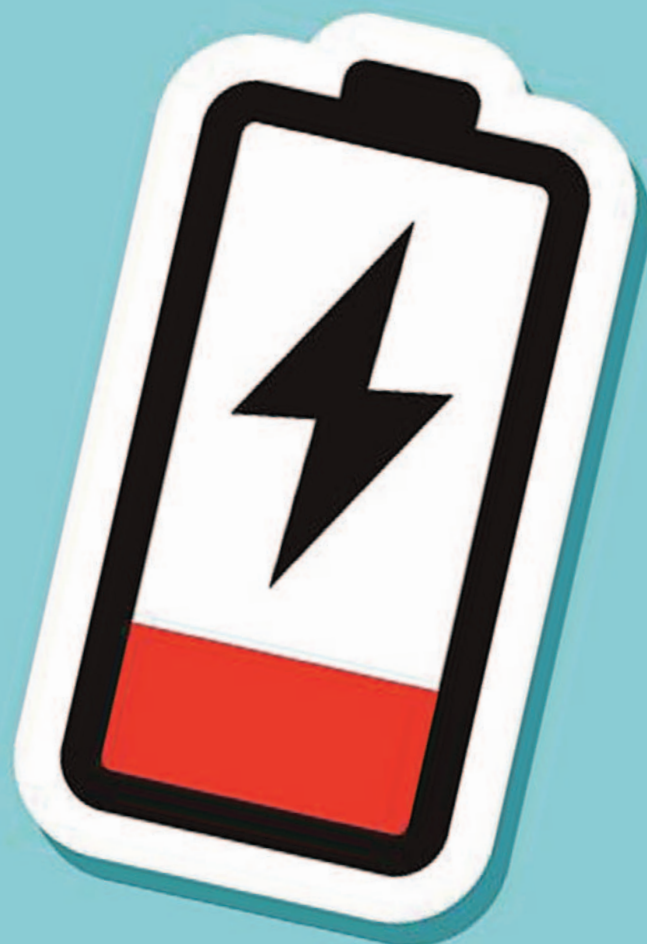
LEGGE 30 dicembre 2025, n. 199			
Anno	Risorse (milioni) comma 344	Risorse (Milioni) di cui al comma 344, autorizzate dal comma 347 per assumere personale	% Impegnabile per personale
2026	80	30	38%
2027	85	30	35%
2028	90	30	33%
2029	30	30	100%
2030	30	30	100%
	315	150	48%

TABELLA C

	Risorse Comma 347 nuove assunzioni	Ribaltamento su Risorse Comma 333 assunzioni anni precedenti	Totale risorse impiegate per nuove assunzioni	Nuovo Personale assunto per anno
Anno 2026	30.000.000 €	0 €	30.000.000 €	432
Anno 2027	30.000.000 €	30.000.000 €	60.000.000 €	432
Anno 2028	30.000.000 €	60.000.000 €	90.000.000 €	432
Anno 2029	30.000.000 €	90.000.000 €	120.000.000 €	432
Anno 2030	30.000.000 €	120.000.000 €	150.000.000 €	432
Totale anni 2026 - 2030	150.000.000 €			2.158

TABELLA B

Conto Annuale MEF	Retribuzione media lorda 2023	Costo lordo con oneri previdenziali riflessi 37%
Dirigenti Sanitari	87.127 €	119.364 €
Personale laureato Prof. San. Riab. Assit. Sociali	35.793 €	49.036 €



L'ALLARME DELLA CORTE DEI CONTI

Spesa sanitaria stabile sul Pil, ma il Ssn fatica a recuperare

“Il Sistema Sanitario Nazionale dopo la pandemia risulta ancora segnato da forti disomogeneità territoriali e criticità gestionali, seppur avviato verso una fase di consolidamento”.

Lo afferma la Corte dei conti nella Relazione al Parlamento sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali cui emerge l'aumento da 131,3 a 138,3 miliardi della spesa sanitaria pubblica riferita al triennio 2022-2024, con una crescita del 4,9% rispetto al 2023 (5,4% sul 2022) e il mantenimento di un'incidenza stabile sul Pil (6,3-6,4%, a fronte di una media europea pari al 6,9%). L'aumento, specifica la magistratura contabile, è trainato dalle voci di spesa relative a personale (+5,6%) e consumi intermedi (+7,5%), ma ridotto a un incremento reale di poco superiore all'1% a causa dell'inflazione, evidenziando una dinamica di spesa più difensiva che espansiva.

Spesa privata e divari territoriali per la Corte dei Conti “indeboliscono l'equità di accesso e l'universalità del servizio. Nel 2024 la spesa sanitaria complessiva è stata di 185 miliardi, di cui il 74% a carico di PA e assicurazioni obbligatorie, il 22% a carico delle famiglie e il 3% a carico dei regimi volontari, con una crescita della quota riferita alla componente privata che colloca quest'ultima tra le più elevate nel raffronto con la media europea”.

“

Il futuro del Ssn dipenderà dalla capacità di trasformare le risorse in servizi qualitativamente migliori, aumentando l'efficienza gestionale e rafforzando l'equità territoriale

Persistono “significative disuguaglianze nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e un evidente disallineamento Nord-Sud”. Le Regioni in piano di rientro (Calabria, Molise, Sicilia, Campania, Lazio, Abruzzo, Puglia) continuano a mostrare difficoltà strutturali nonostante alcuni miglioramenti nei conti. L'aumento della mobilità sanitaria interregionale segna, inoltre, divari nell'attrattività e nella capacità di erogazione dei servizi.

Sul fronte degli investimenti Pnrr della Missione 6 (Salute), in cui sono previsti 15,6 miliardi per rafforzare prossimità, digitalizzazione e infrastrutture sanitarie, a fine 2024 risultava completato il 41% degli obiettivi, con il restante 59% da concludersi nel biennio 2025-2026. La rete di prossimità (con 1.038 Case della Comunità e 307 Ospedali di Comunità in programma) rappresenta l'asse strategico per il nuovo Ssn, ma il monitoraggio svolto ha evidenziato “ritardi nell'avvio dei lavori e difficoltà nella copertura delle vacanze di personale, con carenze di profili sanitari e tecnici capaci di limitare la piena operatività delle nuove strutture”.

Sul versante farmaceutico, la spesa complessiva 2024 ha superato il tetto programmato del 15,3% del Fsn. L'introduzione dei nuovi tetti di spesa e il meccanismo del payback garantiscono

un equilibrio finanziario che presenta, tuttavia, “notevoli margini di incertezza legati al contenzioso con le imprese. Cresce l'uso di generici e biosimilari”.

Sul personale, si registra il “significativo ricorso a contratti flessibili e, in alcune regioni, ai cosiddetti “gettonisti”, istituto che comporta maggiori costi e richiede un monitoraggio costante. In generale, la carenza di risorse pubbliche si riflette nella difficoltà di reclutamento e di mantenimento in servizio del personale”.

La Corte ha richiamato la “necessità di rafforzare la governance, accelerare gli investimenti, stabilizzare il personale e correggere i divari tra Regioni. Il futuro del Ssn dipenderà, infatti, dalla capacità di trasformare le risorse in servizi qualitativamente migliori, aumentando l'efficienza gestionale e rafforzando l'equità territoriale”.

Spesa pubblica per la sanità e confronto europeo

Nel triennio 2022-2024 la spesa sanitaria pubblica cresce costantemente in valore nominale (131,8 mld a 138,3 mld, +5,4%): l'aumento è trainato dal personale (+5,6%) e dai consumi intermedi (+7,5%), ma l'inflazione riduce la crescita reale a poco più dell'1%. La tendenza generale è di sta-

bilizzazione del finanziamento post-pandemia, con il rischio di realizzare un modello di spesa sanitaria volto a preservare l'esistente, anziché a potenziare capacità e servizi. Nel 2024 la spesa complessiva per assistenza sanitaria è di 185 mld, di cui il 74% a carico della PA e assicurazioni obbligatorie, il 22% a carico delle famiglie e il 3% a carico dei regimi volontari. Le disuguaglianze territoriali e l'ampio ricorso a prestazioni private (ambulatoriali e diagnostiche) indicano un indebolimento dell'equità di accesso. In sintesi, la sanità italiana mostra stabilità di finanziamento rispetto al Pil e lieve espansione in valore nominale, ma con pressioni inflazionistiche e criticità distributive. È necessario rafforzare efficienza e qualità della spesa, orientandola verso prevenzione e prossimità territoriale. Come per gli anni precedenti, anche per il 2024 si rileva una spesa sanitaria pubblica italiana nettamente inferiore rispetto alla media dei partner europei, sia in valore pro capite che in percentuale di Pil. Il livello di spesa italiana è, infatti, condizionato da più stringenti vincoli di finanza pubblica, stante le ingenti dimensioni del debito.

Previsioni 2025-2028 e protezione sociale

Secondo le stime del Mef la spesa sanitaria crescerà fino a 155,6 miliardi di euro nel 2028 con tasso medio di incremento del 3,7% annuo. L'incidenza sul Pil resterà stabile (6,3%-6,4%), ma la sostenibilità dipende dal contenimento della spesa previdenziale che assorbe il 68% della spesa per welfare; e dall'evoluzione demografica. La spesa per protezione sociale (606,7 mld, 27,6% del Pil) mostra una composizione qualitativa: calano gli interventi emergenziali e aumentano i fondi strutturali (salute mentale, disabilità, giovani). In sintesi, il welfare italiano entra in una fase di riassetto, con la sanità ancora pilastro centrale ma sotto pressione. Le sfide principali sono efficienza allocativa e qualità della spesa.

Investimenti del Ssn e Pnrr – Missione 6 “Salute”

La Missione 6 prevede 15,6 mld (circa l'8% del Pnrr) per rafforzare prossimità, digitalizzazione e infrastrutture sanitarie. A fine 2024 risulta completato il 41% degli obiettivi UE; il 59% deve concludersi nel biennio 2025-2026. Le Regioni del Mezzogiorno detengono la maggioranza dei progetti, ma minori finanziamenti effettivi. In sintesi, la

realizzazione della Missione 6 richiede accelerazione e coordinamento per rispettare il vincolo del 40% al Sud e assicurare l'effettivo riequilibrio territoriale. Relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali 2

Case e Ospedali di Comunità, telemedicina

Sono previsti 1.038 Case della Comunità (2 miliardi di euro) e almeno 307 Ospedali di Comunità (1 mld), cardini della riorganizzazione territoriale. Il monitoraggio mostra ritardi nell'avvio dei lavori e difficoltà di reclutamento del personale, ma i progetti attivati indicano buone pratiche di integrazione sociosanitaria. In sintesi, la rete di prossimità rappresenta l'asse strategico per il nuovo SSN, ma la piena operatività dipenderà da tempi di attuazione e copertura di personale sanitario e para-sanitario.

La spesa privata

La spesa privata “out of pocket” registra una lieve contrazione: da 42,4 miliardi nel 2023 a 41,3 miliardi nel 2024 (-4,5%). Ma resta elevata, soprattutto per le prestazioni ambulatoriali: 17,1 miliardi per visite ed esami specialistici, oltre 15 miliardi per prodotti farmaceutici e presidi medici. La Corte dei conti sottolinea come il ricorso alle prestazioni private sia spesso un “ammortizzatore” rispetto ai tempi di attesa e alle carenze di personale del sistema pubblico, con rischi di regressività e iniquità nell'accesso.

Assicurazioni e fondi sanitari: +8,4%

Crescono ancora i regimi volontari di finanziamento – fondi sanitari e assicurazioni – che arrivano a 6,36 miliardi nel 2024, con un incremento dell'8,4% rispetto al 2023.

Finanziamento e risultati economici

Il finanziamento pubblico ordinario cresce, seppur si riduce l'incidenza sul Pil, ma la composizione delle risorse varia: aumentano le quote regionali e si riduce il margine di mobilità sanitaria. Persistono divari territoriali e disomogeneità nei risultati di bilancio degli enti SSN. In sintesi, il sistema di finanziamento ha garantito finora la tenuta complessiva, ma la sostenibilità richiede miglioramenti gestionali, controllo dei costi del personale e monitoraggio dei debiti verso fornitori.

Divari territoriali nei Lea e performance regionali

Permangono differenze significative nella garanzia dei Lea tra Nord e Sud. Le Regioni con punteggi più bassi presentano inefficienze strutturali, carenze di personale e ritardi negli investimenti Pnrr. In sintesi, la riduzione dei divari nei Lea resta obiettivo prioritario per assicurare il diritto universale alla salute, coerentemente con l'art. 32 Cost.

Spesa farmaceutica e payback

Nel 2024 la spesa farmaceutica complessiva supera il tetto programmato del 15,3% del FSN; l'introduzione dei nuovi tetti di spesa e il meccanismo di payback garantiscono equilibrio finanziario, ma aumentano i contenziosi con le imprese. Cresce l'uso di generici e biosimilari. In sintesi, il sistema della spesa farmaceutica mantiene l'equilibrio finanziario, ma necessita una revisione del payback e di una governance più stabile per assicurare sostenibilità e innovazione.

Tavoli tecnici e Regioni in piano di rientro

Le Regioni in piano di rientro (Calabria, Molise, Sicilia, Campania, Lazio, Abruzzo, Puglia) mostrano miglioramenti di bilancio ma persistono criticità gestionali. È essenziale rafforzare il coordinamento tra Tavoli tecnici, Agenas e Mef per assicurare il rientro strutturale. In sintesi, progressi nei conti, ma ancora lontana la piena autonomia gestionale; occorre stabilizzare governance e capacità amministrativa.

CONCLUSIONE GENERALE

La relazione evidenzia un sistema sanitario nazionale in fase di consolidamento dopo la pandemia, con spesa stabile in percentuale del Pil ma rigidità strutturali, divari regionali persistenti e necessità di accelerare gli investimenti Pnrr. Il futuro del SSN dipenderà dalla capacità di trasformare l'aumento nominale della spesa in miglioramento effettivo dei servizi, rafforzando equità territoriale, digitalizzazione, prossimità e sostenibilità.

“
La rete di
prossimità
rappresenta
l'asse strategico
per il nuovo
SSN, ma la
piena
operatività
dipenderà da
tempi di
attuazione e
copertura di
personale
sanitario e
para-sanitario

2026. Il lavoro che difendiamo, le scelte che servono

la riforma del Dlgs 502/92 e dei decreti 70 e 77: una riforma che riguarda l'organizzazione degli ospedali, del territorio e, quindi, del Servizio Sanitario Nazionale. Al di là dei contenuti, che analizzeremo nel dettaglio, è una notizia importante: dopo circa trent'anni si torna a parlare di riforma del Dlgs 502. La legge delega, oggi ancora vuota, dovrà essere riempita di contenuti e noi saremo pronti a fare la nostra parte.

Alcuni passaggi destano però preoccupazione, come la riorganizzazione delle Unità Operative Complesse. Un nostro studio (vedi a pagina 2) evidenzia che oltre il 20% delle UOC è stato di fatto tagliato negli ultimi dieci anni. Ci auguriamo che non si prosegua in questa direzione: se il medico fatica già a vedersi riconosciuto il proprio ruolo, eliminarlo non risolve il problema, elimina il medico.

La legge delega introduce anche nuovi modelli organizzativi ospedalieri. Oggi, secondo il decreto 70, esistono presidi di base, DEA di primo e di secondo livello. L'ipotesi di introdurre ulteriori livelli – uno senza pronto soccorso e uno per le eccellenze – va discussa attentamente, per evitare di favorire in modo diretto o indiretto la sanità privata o gli istituti accreditati, che spesso hanno tempi di realizzazione molto più rapidi rispetto al pubblico. Una concorrenza sleale non è ciò di cui ha bisogno un servizio in difficoltà: serve piuttosto una vera integrazione tra pubblico e privato e, soprattutto, tra ospedale e territorio. Il territorio, nella legge delega, è citato in modo generico attraverso ospedali e case di comunità. Noi ribadiamo che è il momento di sederci a un tavolo per una riforma vera della 502. L'organizzazione degli ospedali e dei professionisti che vi operano non può prescindere

dere dal coinvolgimento degli addetti ai lavori. In caso contrario, le barriate ci saranno e saranno alte. Venendo ai temi più urgenti: il decreto Mil-leproroghe e il disegno di legge sulle professioni sanitarie. Anche qui stiamo lavorando per introdurre modifiche che rendano il sistema più attrattivo. Proporremo l'eliminazione dei cinque anni oggi necessari affinché un dirigente medico o sanitario possa accedere a ruoli di responsabilità. I concorsi devono essere sburocratizzati, nei tempi e nelle modalità. È indispensabile rafforzare la governance medica negli ospedali: più governance ai medici significa meno interferenze politiche, una delle principali cause del malfunzionamento del sistema.

Lo scudo penale è stato prorogato nel Mil-leproroghe, in attesa del disegno di legge definitivo. Continueremo a chiedere segnali concreti. Sia chiaro: chiunque tenti di riproporre emendamenti per mantenere ruoli apicali oltre i 72 anni troverà la nostra ferma opposizione. Non è questa la soluzione alla carenza di personale né alla scarsa attrattività della professione. Esiste già la possibilità di restare in servizio come tutor, senza ruoli apicali, consentendo il ricambio generazionale.

Il lavoro medico non è riconosciuto come lavoro usurante se non in modo parziale e con limiti stringenti. Eppure, se non è usurante il lavoro di chi opera in pronto soccorso, di chi lavora di notte, nei festivi, con sole undici ore di riposo e con la responsabilità quotidiana della vita delle persone, allora ci chiediamo quale lavoro lo sia. Per questo abbiamo portato la battaglia in Europa e continueremo a farlo, confrontandoci con le istituzioni europee.

Si prospetta un anno ricco di azioni e probabilmente molto duro. Siamo stanchi di essere additati come capri espiatori dei disservizi di un sistema che soffre per carenze economiche, organizzative e legislative. Servono leggi, non solo risorse. Serve riorganizzare la presa in carico del paziente, dal domicilio all'ospedale. Serve che l'ospedale torni a essere luogo di cura e non solo di diagnosi. Serve un territorio infrastrutturalmente, tecnologicamente e professionalmente rafforzato.

C'è poi una nuova urgenza: governare l'intelligenza artificiale. L'uso dell'IA in sanità, se non regolato, rischia di minare il rapporto medico-paziente, sostituendo 'dottor Google' con auto-diagnosi generate da sistemi automatici. L'IA deve essere uno strumento a supporto, non un sostituto: crediamo nel modello *centauro*, in cui la tecnologia fornisce dati e suggerimenti che vengono valutati dal professionista, non nel modello *cyborg*.

Siamo in un momento di cambiamento profondo. E il cambiamento va governato, non bloccato, né subito. Continueremo a informare colleghi e cittadini, a lottare per la tutela dei professionisti, convinti che la sanità non possa prescindere da chi la sanità la fa. Come sindacato e come forza sociale, continueremo a essere elemento di sintesi, di confronto e, se necessario, di scontro.

Restate con noi: sarà un anno intenso, un anno di iniziative, un anno di Anaao.

CAMPAGNA ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED



**ANAAO
È MIGLIAIA
DI CAMICI.
INCLUSO
IL TUO.**

Lavoriamo ogni giorno
per sostenere la sanità pubblica,
e tutelare dirigenti medici e
sanitari, specializzandi e studenti.

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

www.anaao.it

**PIÙ FORZA.
PIÙ VOCE.
PIÙ FUTURO.**





Libro Bianco Anaao Assomed

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



Inquadra il Qr code
e leggi il Libro Bianco in pdf

anaao.it    

