

c!

d!rigenza medica

- 1 **Editoriale**
La vera contabilità
della sanità italiana
- 2 **Studio Anaao Assomed**
L'IA in sanità può generare
fino a 22 miliardi di risparmi
- 8 **Rinnovo contrattuale 2025-2027**
Al giro di boa la trattativa
Aran-Sindacati
- 16 **Dirigenza Sanitaria**
Scienza, politica e ignoranza

Il mensile dell'Anaao Assomed



Conosciamo
i nuovi vertici
regionali
Anaao Assomed

A pagina 10
la terza parte

**Presentato a Roma
il documento Anaao-Omceo Roma**

Ridefinire l'atto medico **nell'era dell'Intelligenza Artificiale**



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 Domenico Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Raffaele Aloï
Gerardo Anastasio
Adriano Benazzato
Simona Bonaccorso
Maurizio Cappiello
Flavio Civitelli
Fabrizio Corsi
Vincenzo Cosentini
Aldo Di Blasi
Fabiana Faiella
Giovanni Gallo
Alessandro Grimaldi
Filippo Maria Larussa
Giammaria Liuzzi
Stefano Magnone
Chiara Rivetti
Maria Cristina Sangiovanni
Elena Silvagni
Alberto Spanò
Alessandra Spedicato
Luigi Ziccarelli

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 ottobre 2026

La vera contabilità della sanità italiana

Mentre a Bari si festeggiavano i record di longevità politica e il Governo brindava al superamento del primato del Berlusconi II, io ripensavo a quello che succede ogni santo giorno fuori dai palazzi del potere. Perché la stabilità di un Esecutivo è un bel trofeo per chi governa, ma se cammini nei reparti dei nostri ospedali ti accorgi subito di una verità amara: questa continuità politica non ha portato nulla di stabile per il Servizio Sanitario Nazionale, né per le donne e gli uomini che ogni giorno, con fatica e dedizione, lo tengono in piedi.

Un governo può anche festeggiare i giorni passati a Palazzo Chigi, ma noi contiamo ben altri numeri. Numeri che fanno impressione: oltre 10mila camici bianchi che mancano all'appello negli ospedali, 35mila posti letto tagliati negli ultimi dieci anni, e più di 5 milioni di giornate di ferie arretrate e mai godute. A questo si aggiungono stipendi inferiori alla media europea, condizioni di lavoro ormai insostenibili, aggressioni al personale in costante aumento e dimissioni volontarie che esplodono. Questa è l'altra contabilità della sanità pubblica oggi, quella che nessuno vuole raccontare nei brindisi ufficiali.

La verità che fa più rabbia è che questa eccezionale longevità politica non si è tradotta in una sola riforma strutturale degna di questo nome. Viviamo ancora con le regole del passato: il decreto ministeriale che stabilisce i fabbisogni di personale nei reparti risale al 1988, quasi quarant'anni fa, e non tiene minimamente conto né dell'invecchiamento della popolazione né di quello dei professionisti. E come se non bastasse, ci portiamo dietro la zavorra del tetto di spesa per il personale fermo ai livelli del 2004, un blocco rigido che di fatto impedisce le assunzioni necessarie a colmare i vuoti in organico.

Chi resta in corsia oggi fa i salti mortali, tra reparti accorpati, turni massacranti e pronto soccorso sotto assedio. I miei colleghi rinunciano alle ferie, subiscono aggressioni verbali e fisiche, vanno in pensione appena possono o lasciano il pubblico per il privato o per l'estero. Non è più un'emergenza: è una fuga strutturale che il Paese non può permettersi. E quando sento dire che bisogna aumentare i posti a medicina, io mi chiedo sempre la stessa cosa: e poi? Che fine faranno quei ragazzi tra sei anni se non aumentiamo di pari passo i contratti di specializzazione e non diamo loro un contratto vero fin dalla scuola di specializzazione come riconoscimento di dignità? Certo, la firma dei nuovi contratti di



PIERINO DI SILVERIO

Segretario Nazionale
Anao Assomed

Segue a pagina 16

A cura del Centro Studi
Anaao Assomed

L'adozione sistematica dell'IA e la digitalizzazione offrono un potenziale di risparmio fino a 22 miliardi di euro. Per salvare la sanità pubblica, queste risorse e il tempo liberato per i professionisti devono essere governati strategicamente attraverso un'infrastruttura pubblica e trasparente, anziché tradursi in tagli o privatizzazioni

Il dibattito sulla sanità italiana resta da anni bloccato su un'unica domanda: quanti miliardi in più servono? È una domanda legittima, ma non è la sola che dobbiamo porci. Il Documento Programmatico di Finanza Pubblica ha già quantificato il divario tra risorse assegnate e previsioni di spesa: 6,8 miliardi nel 2026, 7,6 miliardi nel 2027, oltre 10,7 miliardi nel 2028. Un divario che peserà soprattutto sulle Regioni, costrette a scegliere tra tagliare servizi e aumentare le tasse. Ma è altrettanto vero che con le risorse attuali si potrebbe fare molto di più, se solo smettessimo di sprecare.

L'Ocse stima che nei Paesi avanzati circa il 20-25% della spesa sanitaria sia inefficiente: ricoveri evitabili, esami duplicati, farmaci inappropriati, una burocrazia che divora il tempo di medici e dirigenti sanitari. In Italia, su 137 miliardi di spesa pubblica, l'inefficienza strutturale vale 21-30 miliardi l'anno. Non è un'accusa: è una diagnosi, e come ogni diagnosi richiede una terapia tempestiva.

L'Osservatorio Sanità Digitale (2025) stima in 21,7 miliardi di euro il risparmio annuo ottenibile grazie a un'implementazione sistematica dell'intelligenza artificiale in sanità, capace di ridurre i costi totali del 10-15%.

Chiedere più fondi senza affrontare come vengono spesi è come riempire una vasca con il tappo aperto. Prima gli

Analisi e proposte Anaao

L'IA in sanità può generare fino a 22 miliardi di risparmi

sprechi, poi il resto. Semplificando una discussione molto complessa, potremmo suddividere le cause dell'inefficienza in tre macro aree.

1) Circa il 30% dei ricoveri è inappropriato

Un ricovero su tre in area medica potrebbe essere gestito in day hospital o in assistenza territoriale. Un ricovero ordinario costa in media 3.000-4.500 euro: sul territorio, 8-10 volte meno.

2) Il 40% del tempo clinico se ne va in burocrazia

I medici ospedalieri trascorrono in media il 40% del loro tempo in cartelle cliniche, referti, comunicazioni: tempo sottratto ai pazienti. Non è un caso, è la conseguenza di decenni di frammentazione regionale, sistemi informativi non integrati, assenza di incentivi reali all'efficienza. Anche su questo l'IA può incidere: nel 2026 gli investimenti in sa-

nità digitale in Italia hanno raggiunto i 3 miliardi di euro, +12% in tre anni. A questo si aggiunge la spesa per farmaci e dispositivi medici, dove acquisti centralizzati, uso appropriato dei generici e monitoraggio dell'aderenza terapeutica potrebbero valere, secondo le stime Agenas, 7-9 miliardi recuperabili.

3) Circa il 15% degli esami è duplicato o inappropriato

Senza interoperabilità tra i sistemi informativi, un paziente rischia di ripetere gli stessi esami spostandosi da un ospedale all'altro. Il Fascicolo Sanitario Elettronico è la soluzione, ma stenta a decollare: lo usa stabilmente solo il 41% dei cittadini. Eppure, la transizione è già in corso: il 26% degli specialisti e il 46% dei medici di medicina generale usa già strumenti di IA generativa nel lavoro quotidiano. Non siamo al punto zero: siamo nel punto di svolta tra sperimentazione e normalità operativa.



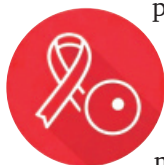
DOVE L'IA GIÀ FUNZIONA: QUATTRO AMBITI CONCRETI

1) Diagnostica per immagini



Algoritmi di deep learning analizzano radiografie, Tac e risonanze con precisione superiore al 95%, individuando, sempre sotto la supervisione del medico radiologo, tumori di pochi millimetri. Il tempo medio di lettura di una mammografia si riduce del 30%. Il trial statunitense Prism e uno studio danese su 50.000 screening hanno documentato +25% nella rilevazione di tumori invasivi e -15% di richiami inutili.

2) Diagnosi precoce oncologica



Il tumore del colon-retto ha una sopravvivenza a 5 anni del 14% se diagnosticato in stadio avanzato. Con diagnosi precoce assistita da sistemi ad alta tecnologia, quel tasso sale fino al 90%. E la differenza economica è enorme: curare un tumore in stadio I costa 8-12 volte meno che in stadio IV, e il paziente torna produttivo. La diagnosi precoce non è solo un valore umano: è un investimento con un ritorno misurabile.

3) Gestione delle cronicità e monitoraggio remoto

Il 24,5% della popolazione italiana ha più di 65 anni. Diabete, ipertensione, scompenso cardiaco restano le principali cause di ricoveri ripetuti. Il telemonitoraggio IA, affiancato al personale medico, ha ridotto i ricoveri per scompenso cardiaco del 38%.



4) Prevenzione degli errori clinici e sicurezza del paziente

Sistemi di alert nelle cartelle cliniche elettroniche segnalano interazioni farmacologiche, dosaggi anomali, valori fuori soglia. Ogni errore clinico grave costa al Ssn 40.000-80.000 euro tra contenziosi, trattamenti aggiuntivi, perdita di produttività. Ridurre gli errori del 20-30% in un sistema da



137 miliardi significa centinaia di milioni risparmiati. Un investimento iniziale in professionisti e IA si traduce in risparmio netto in pochi anni. Ma i sistemi vanno governati, controllati, non subiti, delimitando con chiarezza responsabilità e campi di azione. Questo è il punto che nessuno può permettersi di derubricare.

Quanto si risparmia, davvero

Le stime più rigorose parlano chiaro: un'implementazione sistematica e controllata dell'IA in sanità può ridurre i costi complessivi del sistema del 10-15%. Su una spesa sanitaria italiana totale, pubblica e privata, di circa 185 miliardi di euro, il risparmio potenziale oscilla tra 18,5 e 27 miliardi l'anno, con una stima media intorno ai 21,7 miliardi.

L'Italia ha le competenze. Manca la strategia.

Il nostro non è un Paese impreparato sul fronte dell'IA sanitaria. Il problema non è la capacità tecnica: è la frammentazione, è l'assenza di una regia nazionale. Alcune eccellenze esistono già e funzionano:

Irccs Sant'Orsola, Bologna - IA per la diagnosi precoce dei noduli polmonari, tempi di refertazione ridotti e sensibilità diagnostica superiore alla lettura umana tradizionale.

Algoritmo Spinks - Sviluppato da ricercatori italiani negli Stati Uniti: machine learning per identificare tumori e costruire terapie personalizzate su dati molecolari individuali.

Ospedale Molinette, Torino - IA per i tumori del fegato, misurazione auto-

matica dei margini chirurgici in tempo reale, meno reinterventi e migliori esiti oncologici.

Il rischio è che questi progetti restino isole di eccellenza in un arcipelago frammentato. Manca uno strato infrastrutturale nazionale capace di connetterli: dati interoperabili, standard comuni, una governance dell'IA sanitaria che non sia lasciata alle singole aziende ospedaliere.

Buona notizia: il Pnrr ha già finanziato gran parte della base digitale, infrastrutture VNA/PACS, piattaforme di telemedicina, sistemi di integrazione regionale. L'IA è la naturale evoluzione di questi investimenti, che altrimenti rischiano di restare sottoutilizzati per mancanza del software capace di valorizzarli.

E va detto con chiarezza: la sanità digitale è un settore industriale strategico, un'opportunità di crescita che non possiamo permetterci di sprecare, specialmente nelle aree geograficamente più svantaggiate. Il progetto Telemo, sviluppato dal Cnr di Pisa con la Regione Toscana, è un esempio concreto: una piattaforma IA per lo screening del melanoma e la diagnosi precoce, pensata per raggiungere anche chi non ha accesso immediato a un dermatologo.

C'è poi una dimensione che raramente entra nel dibattito sindacale e politico sulla sanità: la sanità digitale è un settore industriale ad alto valore aggiunto. Le startup europee di IA e healthcare hanno raccolto oltre 10,7 miliardi di dollari nel 2025, +24,4% sull'anno precedente. Questo mercato esiste e cresce. La domanda è se l'Italia vuole essere protagonista o restare cliente passivo. Un Ssn che adotta l'IA in modo sistematico non è solo un sistema che risparmia: è un laboratorio per tecnologie vendibili nel mondo. I dati clinici aggregati del Ssn, una delle più grandi banche dati sanitarie d'Europa, potrebbero alimentare, con governance etica e consenso informato, modelli tra i più affidabili al mondo. Finlandia e Danimarca hanno già costruito su questo un vantaggio competitivo riconosciuto a livello globale.

Ogni euro investito in IA sanitaria ha un potenziale moltiplicatore: risparmio interno, sviluppo industriale, occupazione qualificata, export tecnologico. È la differenza tra guardare alla tecnologia come un costo o come un investimento strategico.

Ma su un punto non si transige: privacy e governance dei dati. L'uso dei dati sanitari per addestrare sistemi di IA richiede un quadro normativo robusto,

Nota metodologica: le stime di risparmio sono proiezioni basate sulla letteratura internazionale, adattate al contesto italiano. I benefici reali dipendono dalla velocità di adozione, dalla qualità dei dati, dall'interoperabilità dei sistemi e dalla formazione del personale. Non sono numeri automatici: sono obiettivi raggiungibili solo con una politica industriale deliberata.

Area	Risparmio stimato
Diagnostica per immagini (refertazioni, velocizzazione, meno falsi positivi)	2,5-4 mld €
Diagnosi precoce tumori (stadio I vs stadio IV)	3-5 mld €
Gestione cronicità / telemonitoraggio (-30/-40% ricoveri evitabili)	4-6 mld €
Automazione burocrazia clinica (1 settimana/anno per medico = 107.000 giornate restituite alla cura)	1,5-2 mld €
Ottimizzazione acquisti e farmaci (procurement, analisi consumi, aderenza terapeutica)	2-3 mld €
Riduzione errori clinici e contenziosi (alert intelligenti, sicurezza prescrittiva)	1-2 mld €
Medicina preventiva e previsione epidemie (screening predittivi, popolazioni a rischio)	1,5-2,5 mld €
Totale stima risparmio potenziale annuo (Italia)	~15-24 mld €

consenso informato, anonimizzazione, controllo pubblico. Il modello da seguire non è la cessione al privato, ma l'infrastruttura pubblica condivisa, sul modello della European Cancer Imaging Initiative, dentro un piano nazionale IA sanitaria 2026-2030 con obiettivi misurabili: un documento di pianificazione vincolante, target di adozione per ogni area (diagnostica, cronicità, burocrazia), un finanziamento dedicato, e un'agenzia tecnica di coordinamento che non sia l'ennesimo tavolo consultivo.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico deve diventare l'unica cartella del paziente, alimentata in modo uniforme da tutto il Servizio Sanitario Nazionale. Nessun ospedale può continuare ad adottare sistemi proprietari o incompatibili: senza un'architettura condivisa, ogni applicazione di IA continuerà a funzionare a silos, vanificando gli investimenti fatti.



Ogni euro investito in IA sanitaria ha un potenziale moltiplicatore: risparmio interno, sviluppo industriale, occupazione qualificata, export tecnologico. È la differenza tra guardare alla tecnologia come un costo o come un investimento strategico

welfare del lavoro sanitario. È compito del sindacato presidiare questo meccanismo, perché l'innovazione tecnologica non si trasformi nell'ennesimo taglio mascherato da efficienza, ma diventi un'opportunità reale di miglioramento per tutti. Per questo ogni investimento in IA sanitaria dovrebbe essere accompagnato da una valutazione di impatto economico e da un audit pubblico annuale, affidato a una commissione mista, tecnici, sindacati, rappresentanti dei pazienti, Corte dei Conti, che pubblichi ogni anno quanto è stato davvero risparmiato e dove quelle risorse sono state reinvestite per curare meglio e far lavorare meglio chi cura. Perché la trasparenza resta il miglior antidoto contro un efficientismo sterile, fine a sé stesso.

Serve infine un polo nazionale, sul modello del francese Health Data Hub o del Danish Health Data Authority, che raccolga e governi i dati sanitari nazionali per addestrare algoritmi IA in modo sicuro, da mettere a disposizione del Ssn a costo marginale zero. I benefici industriali e fiscali restano pubblici, non si privatizzano. Sembra un'utopia, soprattutto se continuiamo a pensare in termini di «guadagno» per pubblico (poco) e privati (tanto). Ma forse la vera sfida è proprio questa: smettere di ragionare solo in termini di guadagno economico massimo e spesa minima, e cominciare a ragionare in termini di guadagno di salute attraverso gli investimenti.

Le ore liberate dall'IA appartengono ai professionisti, non ai tagli

Qui il ragionamento cambia registro, ed è il punto decisivo. Perché i benefici dell'IA si traducano in un vantaggio reale per chi lavora nel Ssn, serve ripensare l'organizzazione del lavoro, introducendo una gestione contrattata delle «ore liberate dall'intelligenza artificiale», da reinvestire in parte nella qualità della cura e nella formazione, in parte nel tempo personale per i professionisti. Se l'IA riduce il carico burocratico dei medici di una settimana l'anno, quella settimana non deve diventare un pretesto per aumentare i carichi o tagliare personale. Deve essere riconosciuta contrattualmente come tempo dedicato alla formazione, alla ricerca, al contatto con i pazienti. E soprattutto va restituita al tempo personale, che è ormai la vera moneta difficile da quantificare di ogni professionista, il vero perno del nuovo

CONCLUSIONI

Per tornare alla domanda iniziale: non è solo una questione di quanti soldi servono per salvare il Ssn. È soprattutto una questione di come si usano le risorse che già abbiamo.

Nell'epoca dell'alta tecnologia, investire sul personale può sembrare andare controcorrente. Non lo è: è l'unica visione davvero futuristica, l'unica coerente con un vero efficientamento del sistema. Avere professionisti formati, riconosciuti e messi nelle condizioni di lavorare bene significa governare i processi, non subire un progresso che altrimenti ci investirà. La potenza del nuovo, senza controllo, è nociva. Con il controllo dei professionisti, non contro di loro, può diventare la leva che salva il Servizio Sanitario Nazionale.

Non aspetteremo che qualcun altro lo decida al posto nostro. Noi la nostra parte la faremo: a difesa dei pazienti, dei colleghi e di una sanità pubblica che vale ancora la pena di salvare.



Pablo Picasso
Scienza e carità
1897 Museu Picasso
Barcellona

L'ATTO MEDICO

L'Anaao Assomed ha contribuito alla riflessione e alla stesura del documento "Atto Medico" e del volume scientifico "Etica ed Atto Medico: Riflessioni e Proposte" curati dall'Omceo di Roma e frutto di un percorso di confronto e approfondimento condiviso tra autorevoli rappresentanti del mondo sanitario

Identità, responsabilità e futuro della professione



"Ci troviamo in un vero 'big bang' scientifico e antropologico – ha commentato il **Segretario Nazionale Anaao Assomed Pierino Di Silverio** – dove il confine tra clinica e Intelligenza Artificiale si fa sempre più sottile. In questa trasformazione, ridefinire l'atto medico è una scelta di fondamentale tutela: abbiamo il dovere di distinguere chiaramente la macchina dall'uomo, sfruttando le straordinarie risorse della tecnologia, senza mai cederle la regia della cura. L'algoritmo elabora dati e velocizza la diagnosi, ma la sintesi clinica e la comprensione delle condizioni emotive ed etiche del paziente appartengono solo al professionista. L'IA può supportare la decisione, ma non potrà mai assumersi la responsabilità giuridica e morale dell'atto finale. In questo oceano di dati 'profetici', la nostra stella cometa

resta l'etica: l'agire medico è guidato dal valore della relazione e dal rispetto della persona, garantendo che la tecnologia rimanga sempre uno strumento al servizio dell'uomo e mai il suo sostituto".

Il documento Atto Medico è stato redatto dalla Commissione Etica e Atto Medico dell'OMCeO di Roma e Provincia di cui fanno parte autorevoli accademici ed esperti: Maria Cristina Amoretti, Antonio Da Re, Mario De Caro, Gaetana Natale, Giovanni Scarafile, Corrado Bibbolino, Velia Bruno, Gianfranco Damiani, Barbara Rossi, Marinella D'Innocenzo, Aldo Di Blasi, Adolfo Pagnanelli, Silvia Iorio, Valentina Gazzaniga, Andrea Isidori, Maria Grazia Tarsitano, Giuseppe Quintavalle, Dalila Ranalletta, Fabio Palazzo e Bruno Zuccarelli.

IL DOCUMENTO

I. Definizione generale di Atto Medico

1. **L'atto medico** comprende tutte le azioni, i comportamenti, i giudizi e le deliberazioni compiuti dal soggetto riconosciuto come qualificato e abilitato all'esercizio della professione medica.
2. **Nell'accezione concreta**, per atto medico si intende la prestazione professionale, ovvero l'esecuzione di specifici trattamenti clinici o chirurgici, di codificate procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di prevenzione, eseguite direttamente dal medico o da personale esperto sotto la sua responsabilità, fatta salva la responsabilità operativa specifica delle altre professioni sanitarie, nel rispetto dell'autonomia decisionale e della dignità del paziente.
3. **In senso proprio**, per atto medico si intende la deliberazione clinica, ovvero il giudizio diagnostico, terapeutico e riabilitativo, formulato consapevolmente dal medico in maniera libera e autonoma, nel rispetto dei valori etici e dei principi deontologici della professione. La deliberazione clinica è un atto medico esclusivo non delegabile.
4. **In senso generale**, per atto medico si intendono tutte le attività che un soggetto abilitato può svolgere nell'esercizio della professione, ovvero la ricerca, la formazione, l'educazione, l'organizzazione. Tali attività, oltre che direttamente dal medico, possono essere svolte anche sotto la sua responsabilità da personale qualificato, fatta salva l'autonoma responsabilità delle altre professioni coinvolte che operano nell'osservanza delle regole di diligenza del proprio profilo.
5. **L'atto medico ha per scopo** sempre e solamente la tutela e la promozione del benessere e della salute psico-fisica, la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, di individui, gruppi, popolazioni.
6. **L'atto medico** si fonda sull'imprescindibile relazione fiduciaria tra il medico e i destinatari (individui, gruppi, popolazioni) della sua attività, è guidato dai principi etici e deontologici, nel rispetto delle norme giuridiche vigenti.

II. Atto medico come prestazione professionale

7. **L'atto medico come prestazione** professionale individuale si configura come azione inserita in un sistema di regole condivise orientate alla qualità, alla trasparenza, alla verificabilità e alla coerenza.
8. **L'atto medico come prestazione** professionale deve essere eseguito sempre con il consenso del paziente o del suo legale rappresentante opportunamente informato in maniera corretta, esaustiva e comprensibile circa la natura, i rischi e i benefici del trattamento/pro-



- cedura a cui è sottoposto. L'acquisizione del consenso o del dissenso alla prestazione professionale è un atto medico non delegabile.
9. **L'atto medico inteso** come prestazione professionale, quand'anche di tipo potenziativo o estetico, deve essere sempre appropriato e proporzionato all'effettivo miglioramento del benessere e della salute psico-fisica del paziente. La valutazione dell'appropriatezza dell'atto medico è determinata dalla coerenza tra evidenze scientifiche, bisogni assistenziali e risorse disponibili, ed è prerogativa esclusiva del medico.
 10. **L'atto medico inteso** come prestazione professionale deve essere svolto sempre in luoghi consoni e appropriati, tali da non mettere a rischio la qualità della prestazione stessa, la sicurezza e la dignità del paziente.
 11. **L'atto medico inteso** come prestazione professionale si svolge di norma nei luoghi fisici tradizionali, come l'ospedale, la clinica, l'ambulatorio, il domicilio del paziente; si svolge altresì nei luoghi che richiedono l'intervento d'urgenza del medico, negli spazi mediatici della comunicazione e dell'informazione, e negli spazi digitali della telemedicina, che integra e non sostituisce i luoghi tradizionali.

III. Atto medico come deliberazione clinica

12. **L'atto medico** in quanto deliberazione soggettiva situata appartiene in maniera esclusiva al medico, non è delegabile ad altre figure professionali, e si fonda sull'intenzionalità, l'indipendenza e l'autonomia del suo giudizio.
13. **L'atto medico deliberativo** si configura come giudizio sintetico soggettivo in cui si combinano conoscenze



teoriche, esperienze, vissuti, capacità interpretative, valori culturali, narrazioni del paziente, condizioni ambientali e organizzative. Deve fondarsi sulle migliori conoscenze scientifiche ed evidenze disponibili, sulle Linee Guida e sui Protocolli Diagnostico-Terapeutici, sulle best practices clinico-assistenziali riconosciute dalla comunità scientifica; può giovare del confronto multidisciplinare, multiprofessionale, e del supporto dei sistemi di intelligenza artificiale, la cui supervisione medica resta obbligatoria.

14. **L'atto medico in quanto** deliberazione soggettiva si pone come sintesi inferenziale-stocastica, tra dimensione teorica universale del sapere medico e particolarità del caso clinico contingente nella sua irriducibile singolarità. La valutazione della pertinenza e dell'appropriatezza dell'adozione di Protocolli Diagnostico-Terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali al caso singolo è un atto medico deliberativo non delegabile.
15. **L'atto medico in quanto** processo deliberativo situato integra: a) giudizio clinico nel contesto della situazione concreta di elezione, urgenza, o emergenza, e b) considerazione degli elementi extraclinici, che comprendono il sistema organizzativo, le risorse materiali, strumentali, tecnologiche disponibili, criteri di equità, tempi di accesso, fattori sociali e ambientali.
16. **La prescrizione**, ai fini della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, e la diagnosi, ovvero la selezione e l'interpretazione di segni, dati, narrazioni sulla base delle migliori evidenze disponibili, sono atti medici deliberativi non delegabili.
17. **L'adozione** di Medicine Non Convenzionali e delle scelte nel fine vita (pianificazione condivisa delle cure, cure palliative, gestione dell'incapacità, protezione della dignità e riduzione della sofferenza) sono atti medici deliberativi non delegabili, da compiersi nel rispetto dei principi deontologici, giuridici e dell'autonomia decisionale del paziente.

IV. Atto medico come attività di ricerca, formazione, educazione e organizzazione

18. **L'atto medico formativo**, educativo, organizzativo e di ricerca contribuisce alla qualità dell'assistenza sanitaria; può essere svolto direttamente dal medico o affidato a personale qualificato, fatta salva l'autonoma responsabilità di chi opera nell'osservanza delle regole di diligenza del proprio profilo. La responsabilità ultima della progettazione, dell'adeguatezza dei contenuti e dell'applicazione pratica rimane propria del medico abilitato.
19. **L'atto medico formativo** è destinato sulle diverse figure professionali della salute e ha come obiettivo l'aggiornamento delle conoscenze, delle competenze tecniche, delle capacità deliberative e delle attitudini eti-

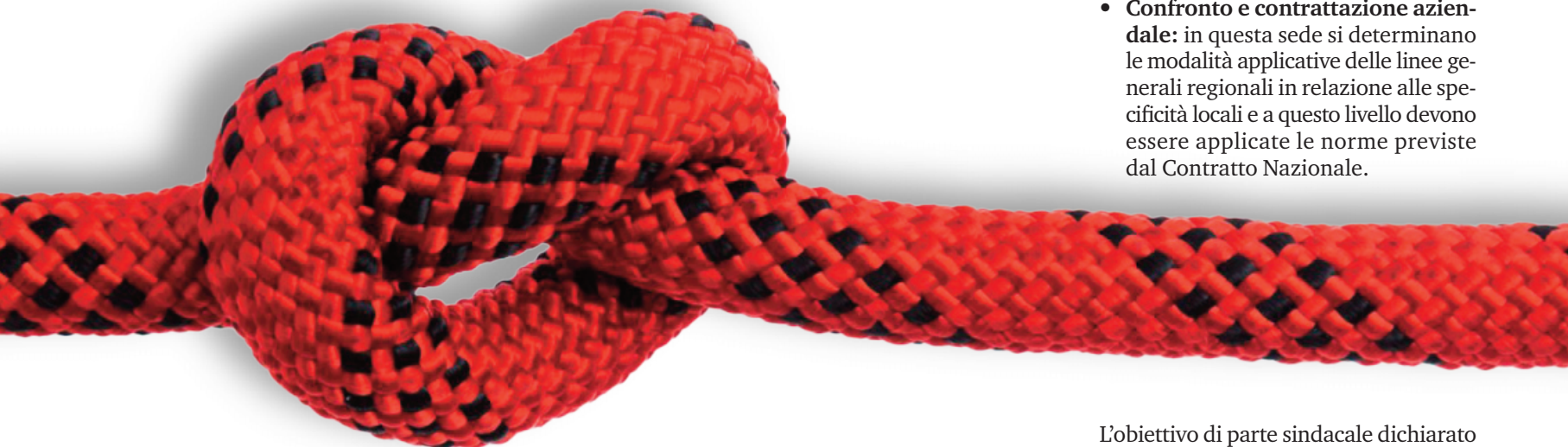
che; deve essere progettato secondo criteri di qualità didattica, basato sulle evidenze, orientato alla pratica clinica e valutato in termini di efficacia e trasferibilità.

20. **L'atto medico educativo** si rivolge a pazienti, cittadini e comunità con lo scopo di promuovere l'alfabetizzazione sanitaria, di prevenire l'insorgere di malattie, di favorire l'adozione di corretti stili di vita, di rafforzare la partecipazione informata ai percorsi di cura e prevenzione. L'educazione sanitaria – amplificata dalle piattaforme digitali, dai social network e dai mezzi di comunicazione di massa – deve rispettare principi di chiarezza, trasparenza e di accessibilità culturale e linguistica, e deve favorire l'autonomia decisionale dei destinatari.
21. **L'atto medico come attività** di ricerca comprende la progettazione, la conduzione, la valutazione e la diffusione di studi scientifici volti a migliorare la conoscenza, la prevenzione, la diagnosi, le terapie e i percorsi di cura. La ricerca medica deve rispettare i principi etici della ricerca sugli esseri umani, le normative vigenti, le procedure di consenso informato, la protezione dei dati e l'integrità scientifica. Il medico che dirige o partecipa a progetti di ricerca è il garante del rigore metodologico, della supervisione adeguata e della trasparenza sui conflitti di interesse.
22. **L'atto medico organizzativo** comprende la progettazione, la gestione e il coordinamento dei percorsi di cura e dei servizi sanitari finalizzati alla tutela della salute individuale e collettiva. Provvede alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati, alla pianificazione delle risorse umane e strumentali, alla gestione dei flussi assistenziali, garantendo la continuità delle cure e la presa in carico dei pazienti cronici e fragili. Persegue l'efficienza, l'appropriatezza, l'equità e la sostenibilità, la riduzione delle disuguaglianze di accesso e la tutela della dignità del paziente.

V. Disposizioni finali

23. **La presente definizione** intende offrire un quadro unitario e operativo dell'atto medico, utile per orientare la pratica clinica, la regolazione professionale e le politiche sanitarie. Essa si intende compatibile con le definizioni fornite dagli organi di rappresentanza medica nazionali e internazionali, e con le normative nazionali vigenti, e dovrà essere periodicamente rivista alla luce dei progressi scientifici, tecnologici e sociali.
24. **L'Ordine** dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma si impegna a promuovere la diffusione di questo documento, a renderne operativo il contenuto attraverso Linee Guida, progetti formativi ed educativi, iniziative di governance clinica, e a favorire il confronto multidisciplinare necessario alla sua applicazione.

Rinnovo contrattuale della dirigenza medica e sanitaria 2025-2027



Il punto sulle trattative all'indomani della ripresa estiva: avanzano le proposte sindacali su carriere e relazioni sindacali, ma restano aperte le forti tensioni sulle risorse MEF, l'algoritmo per la compensazione delle eccedenze orarie e la detassazione delle prestazioni aggiuntive per la riduzione delle liste d'attesa.

Al giro di boa la trattativa Aran-Sindacati: tra aperture sulle carriere e nodi economici ancora da sciogliere

La trattativa per il rinnovo contrattuale 2025-2027 è ripresa dopo la pausa estiva con un incontro dedicato al riesame degli incarichi e delle principali tematiche rimaste in sospeso. Il testo progressivamente fornito dall'Aran mostra ulteriori miglioramenti rispetto alle versioni precedenti, risultando più vincolante negli obblighi del datore di lavoro verso le organizzazioni sindacali.

La posizione Anaa Assomed resta ferma: il contratto sarà firmato solo se migliorerà concretamente le condizioni di lavoro, adeguando i diritti dei dirigenti alla nuova realtà del Servizio Sanitario Nazionale. Parallelamente alla trattativa Aran, con la legge di bilancio in discussione si cercherà di ottenere risorse extra-contrattuali per recuperare la perdita del potere d'acquisto accumulata in anni di blocco. Resta fermo un principio guida: saranno firmati soltanto accordi migliorativi rispetto alle tutele vigenti.

Ripercorriamo in questo articolo i temi

principali oggetto di trattativa affrontati nelle sedute da giugno al 9 settembre 2026.

RELAZIONI SINDACALI, LAVORO AGILE E ORGANIZZAZIONE

Le relazioni sindacali costituiscono una parte sostanziale e non derogabile del contratto: rappresentano lo strumento attraverso cui le parti sociali si confrontano con le aziende sui temi più rilevanti per i lavoratori (orario, reperibilità, smart working, welfare, incarichi e posizioni organizzative), definendo il livello, nazionale, regionale o aziendale, a cui ciascun argomento va discusso.

- **Confronto regionale:** qui si definiscono i criteri generali sull'organizzazione del lavoro (esempio: in quali reparti delle aziende l'orario può essere articolato su 5 o 6 giorni la settimana) e per la predisposizione dei piani guardie e reperibilità aziendali. Sempre in questa sede è dovuta l'in-

formazione sul piano triennale dei fabbisogni di personale.

- **Confronto e contrattazione aziendale:** in questa sede si determinano le modalità applicative delle linee generali regionali in relazione alle specificità locali e a questo livello devono essere applicate le norme previste dal Contratto Nazionale.

L'obiettivo di parte sindacale dichiarato nelle trattative è di incidere sull'organizzazione del lavoro all'interno dei diversi livelli di relazioni sindacali (informazione, confronto e contrattazione), superando la mera informativa preventiva unilaterale dell'azienda. Sul lavoro agile è stato ribadito il rispetto della normativa vigente: deve essere garantito in via prioritaria a chi ne ha necessità e non può penalizzare la valutazione individuale. Il tema sarà ripreso e dettagliato nei successivi incontri.

RIFORMA DELLE CARRIERE E SBLOCCO DEGLI INCARICHI

Il nodo centrale della trattativa rimane il superamento del blocco di fatto della carriera che storicamente vede i professionisti fermi per un decennio dopo il primo incarico ai 5 anni. La richiesta principale dell'Anaa è l'introduzione di un "ascensore professionale" con progressioni graduali e trasparenti a step definiti: 3, 5, 10, 15 e 20 anni di servizio, per garantire il giusto riconoscimento a tutti i dirigenti medici, sanitari e veterinari, a prescindere dalle dinamiche della singola azienda, riconoscendo le competenze acquisite con l'esperienza professionale.

- **Stato dell'arte ed evoluzione:** l'Aran ha espresso apertura verso questo modello. Nel testo aggiornato è già stato formalizzato l'incarico dopo 3 anni di servizio (semiautomatico per il primo scatto economico e professionale).
- **Prossimi passaggi:** nei tavoli tecnici si lavorerà per definire la progressione economica a 10 anni ed aumentare gli importi delle clausole di garanzia a 15 e 20 anni, introducendo adeguati correttivi per evitare disparità tra colleghi con anzianità diverse e stabilendo criteri chiari di attribuzione e distribuzione interna degli incarichi.

Anaao Assomed ribadisce la linea: il contratto si firma solo se migliora concretamente le condizioni di lavoro e i diritti dei professionisti.

chiamata, si trasformi da passiva in attiva.

- **Indennità di Guardia:** è stato chiesto che - analogamente a quanto già previsto per l'indennità di reperibilità e in capienza del fondo dedicato - sia possibile elevarla a livello aziendale
- **Indennità di esclusività:** è nostro obiettivo individuare le risorse per

ORARIO DI LAVORO, ALGORITMO DELLE ECCEDENZE ORARIE (ART. 27), REPERIBILITÀ, GIARDIE, ESCLUSIVITÀ.

Il confronto punta a contrastare l'applicazione rigida del D.Lgs 502/1992, che impone il superamento dell'orario contrattuale senza retribuzione in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi aziendali.

- **Revisione dell'algoritmo (Articolo 27):** nel meccanismo attuale, il valore medio aziendale del salario di risultato - diviso per il fattore numerico 40 - determina il numero massimo di ore eccedenti che possono essere con esso compensate. I sindacati chiedono una modifica sostanziale di tale algoritmo, definendo un tetto massimo annuale delle ore che possono essere compensate a tale titolo e/o "sterilizzando" dal computo (come è stato fatto nel Ccnl 22/24) gli aumenti contrattuali che vanno a implementare il fondo di risultato. Inoltre, è stata avanzata la richiesta specifica di eliminare la possibilità che i residui annuali non spesi del "fondo di disagio" vadano anch'essi ad aumentare il fondo di risultato e di conseguenza il numero delle ore eccedenti che possono essere compensate. È stato inoltre richiesto di conteggiare anche i direttori di struttura complessa ai fini della determinazione del valore medio aziendale o, qualora essi non fossero conteggiati, di scorporare dal fondo le somme loro attribuite a questo titolo.
- **Indennità oraria di Reperibilità:** nei tavoli tecnici si sta lavorando per individuare le risorse necessarie al fine di aumentarne il valore. Nel frattempo, i sindacati hanno richiesto l'introduzione di una diversa remunerazione tra reperibilità sostitutive e reperibilità integrative e qualora la pronta disponibilità, a seguito di

aumentarla, considerando che, al netto dell'aumento straordinario previsto dalla legge a seguito dell'emergenza Covid, sono tre tornate contrattuali che non viene variata.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E LISTE D'ATTESA

Su questo tema, oggetto di confronto da oltre un anno e mezzo, sussiste una criticità di natura legislativa che il contratto punterebbe a superare:

- **Disparità fiscale:** le prestazioni svolte per il recupero delle liste d'attesa godono della detassazione al 15% se rese all'interno della propria azienda di appartenenza, mentre sono soggette a tassazione ordinaria se effettuate presso un'altra azienda.
- **Obiettivo sindacale:** riconoscere la detassazione al 15% per le prestazioni aggiuntive ovunque vengano rese. Il principio guida della legge è il contrasto alle liste d'attesa e quindi, indipendentemente dalla struttura in cui si presta servizio, le ritenute fiscali devono essere equiparate. Sono in corso approfondimenti per verificare se vi siano i margini per risolvere la disparità direttamente a livello contrattuale (con la modifica degli artt. 89 e 91) o se occorra un intervento legislativo.

SEDE UNICA E SERVIZIO FUORI SEDE

Viene confermata la centralità dell'eliminazione dei medici "globetrotter", ovvero l'impossibilità di frammentare turni e reperibilità su più presidi della stessa Asl. Il ripristino del servizio fuori sede è categoricamente rifiutato per le aziende sanitarie e ospedaliere, valutando un'unica eccezione per le specificità istituzionali delle Arpa.

Mentre andiamo in stampa, i sindacati sono in attesa della bozza (attesa per l'ultima settimana di settembre) che si avvia a essere quella definitiva, per valutare con maggiore precisione se ci siano i margini per una firma in tempi brevi o saranno necessarie ulteriori trattative.

INTELLIGENZA ARTIFICIALE E WELFARE AZIENDALE

- **Intelligenza Artificiale:** trattandosi di un tema nuovo privo di una normativa strutturata, la linea è individuare fin da ora gli ambiti della futura contrattazione delegando le specifiche tecnico-scientifiche alle società preposte, con il fermo principio che l'IA non potrà mai sostituire il lavoro del professionista.
- **Welfare Aziendale:** si lavora, in linea con le circolari Aran, alla detassazione dei servizi di welfare e alla possibilità di destinarvi quota parte del fondo di risultato.

PARTE ECONOMICA E RISORSE

La discussione economica sconta una forte criticità legata all'interpretazione del Mef sull'entità delle risorse stanziata per l'aumento dell'indennità di specificità medica e sanitaria (con una divergenza stimata in circa 50 milioni di euro). Per questo motivo la parte sindacale ha chiesto con forza chiarimenti e un eventuale intervento correttivo a tal riguardo nella prossima legge finanziaria. Considerando le sole risorse contrattuali (e non quelle extra contrattuali previste da norme di legge): si stima un aumento medio di circa 393 euro lordi mensili per 13 mensilità, a cui si sommeranno eventualmente le risorse dell'indennità di specificità qualora vengano sbloccate. Il clima con l'Aran resta collaborativo, non essendo l'Agenzia responsabile dell'interpretazione del Mef. I prossimi incontri serviranno ad approfondire la ripartizione tra parte fissa/tabellare e parte variabile/accessoria.

I SEGRETARI ELETTI

La terza parte degli
interventi dei segretari
regionali Anaao
Assomed, neoeletti o
confermati alla guida
delle rispettive realtà
territoriali fino al 2030.



I contributi da:
Valle d'Aosta,
Friuli Venezia Giulia,
Emilia Romagna,
Campania, Basilicata,
Sicilia, Sardegna

I nuovi vertici regionali Anaao Assomed

VALLE D'AOSTA

**Sanità Valdostana al bivio:
continuità sindacale e sfide
strutturali per il futuro del
servizio pubblico**

Andrea Molino

Le elezioni aziendali/regionali valdostane tenutesi nel mese di maggio rappresentano una conferma e un proseguimento delle azioni avviate in questi anni dal nostro sindacato nella figura del segretario regionale uscente (Riccardo Brachet Contul): grazie al suo impegno profuso e costante si è riusciti ad ottenere risultati insperati, al netto della situazione sempre critica della sanità pubblica regionale.

Ho accettato di ricoprire per il prossimo quadriennio l'incarico di segretario regionale per lo spirito di responsabilità, indispensabile per dare continuità alla linea programmatica e di azione già in corso, e il supporto di colleghi/e e di persone esperte presenti all'interno della nuova segreteria regionale.

La sanità pubblica della Valle d'Aosta si trova oggi a fronteggiare una fase di straordinaria complessità, in cui i nodi critici non si presentano mai in modo isolato, ma si alimentano a vicenda all'interno di una spirale pernicioso. Un quadro assai fragile di fronte al quale il sindacato richiama con forza la necessità di superare la logica delle risposte

tampone e di pretendere un'inversione di rotta radicale da parte della politica e della governance regionale.

Uno dei problemi più evidenti e cronici riguarda la gestione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche. Non siamo più di fronte a un'emergenza temporanea, ma a una vera e propria condizione strutturale del sistema. A ingolfare gli ingranaggi contribuiscono una serie di fattori interconnessi: la spinta sempre più forte verso la medicina difensiva, il fenomeno del consumismo sanitario, e procedure burocratiche asfissianti che si appoggiano su piattaforme informatiche spesso paralizzanti, drammaticamente distanti dalle reali esigenze cliniche di diagnosi e cura.

A rendere tutto ancora più complicato c'è la storica e irrisolta battaglia per l'attrattività e il trattenimento delle risorse umane. La Valle d'Aosta sconta una par-

ticolarità geografica unica: la vicinanza diretta con nazioni come la Svizzera e la Francia, oltre che con altre regioni italiane limitrofe, esercita un richiamo economico e professionale irresistibile per molti camici bianchi. Pur riconoscendo gli sforzi compiuti a livello stipendiale regionale, il sindacato sottolinea che tali misure necessitano di un ulteriore e coraggioso potenziamento per arginare la fuga di cervelli e competenze.

Parallelamente preoccupa il ricorso massiccio ai medici a getto e alle esternalizzazioni, specie nell'emergenza-urgenza, che serve solo a coprire i turni sulla carta, ma rappresenta un boomerang qualitativo: distrugge la continuità terapeutica, l'affiatamento delle équipe e il senso di appartenenza. A ciò si aggiungono gravi rischi per la sicurezza, legati alla difficoltà di monitorare il rispetto dei riposi obbligatori del personale esterno. La Regione deve scegliere se puntare sulla qualità e sulla sicurezza delle cure o inseguire solo i numeri.

In questo scenario si inserisce l'avanzata della sanità privata (convenzionata e non), che sta conquistando fette di mercato sempre più ampie e rischia di creare un pericoloso squilibrio se manca una forte regia pubblica: senza un controllo adeguato, il privato non agisce come un alleato integrato a supporto del servizio sanitario, ma si trasforma in un concorrente aggressivo.

Durante i picchi turistici la sanità pubblica va regolarmente in tilt: i Pronto Soccorso si intasano e gli interventi chi-



rurgici programmati vengono sospesi, aggravando le liste d'attesa. Di fronte a problemi noti da anni ma privi di risposte strutturali, serve una governance rigorosa della sanità privata, affinché diventi un supporto reale per smaltire le liste d'attesa e non un sistema che prospera sulle inefficienze del pubblico.

Un ulteriore anello debole della catena è rappresentato dal rapporto disfunzionale tra ospedale e territorio. La drammatica carenza di Medici di Medicina Generale si ripercuote direttamente sui reparti ospedalieri e sui Pronto Soccorso, che finiscono per diventare impropriamente l'unico porto sicuro per bisogni di cura che dovrebbero invece trovare una risposta di prossimità. Nonostante gli investimenti strutturali sulle Case e sugli Ospedali di Comunità, senza una medicina territoriale forte e dotata di personale effettivo, queste strutture rischiano di trasformarsi in contenitori vuoti.

L'instabilità politica e l'avvicendamento continuo di vertici provvisori o facenti funzioni bloccano ogni programmazione a lungo termine, paralizzando il sistema in un clima di immobilismo in cui si inserisce anche la lunghissima e irrisolta vicenda del Nuovo Ospedale.

Da anni l'Anaa Assomed VdA si batte con tenacia e senso di responsabilità, avanzando proposte concrete: accordi reali per l'attrattività del personale, sburocratizzazione, stop alle esternalizzazioni e una vera governance del privato.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Difendere il valore dei Professionisti per garantire il futuro della Sanità pubblica regionale

Massimiliano Tosto

La riconferma alla guida di Anaa Assomed Fvg rappresenta per me un grande onore ma soprattutto una responsabilità importante nei confronti di tutti i Colleghi che quotidianamente garantiscono il funzionamento del Ssr.

Il quadriennio appena concluso è stato caratterizzato da profonde trasformazioni del Sistema Sanitario e da sfide che hanno richiesto un impegno costante da parte della nostra organizzazione sindacale. Abbiamo affrontato temi complessi legati alla carenza di personale, all'organizzazione del lavoro, alla tutela dei diritti contrattuali e alla valorizzazione professionale della Dirigenza medica e sanitaria. Lo abbiamo

fatto mantenendo sempre un confronto serio e responsabile con le Istituzioni regionali, ma senza rinunciare alla fermezza quando si è trattato di difendere gli interessi dei Professionisti che rappresentiamo.

Il FVG continua a essere considerato una delle realtà sanitarie più avanzate del Paese. I risultati assistenziali, la qualità delle strutture e le competenze professionali presenti sul Territorio rappresentano un patrimonio che deve essere preservato. Tuttavia, sarebbe un errore limitarsi a osservare gli indicatori di sistema senza considerare ciò che accade quotidianamente nei Reparti, nei Servizi diagnostici, nei Laboratori, nelle Strutture territoriali e nei PS.

La tenuta della Sanità regionale è oggi garantita soprattutto dall'impegno dei Professionisti. In molte realtà gli organici risultano insufficienti rispetto ai bisogni assistenziali, mentre aumentano i carichi di lavoro, le guardie, le reperibilità e le responsabilità. La difficoltà nel reclutare nuovi Medici e Dirigenti sanitari interessa ormai numerose discipline e non può più essere considerata un fenomeno transitorio.

La perdita di attrattività del Servizio Sanitario Pubblico rappresenta la sfida più importante dei prossimi anni. Sempre più giovani professionisti valutano percorsi alternativi rispetto alla carriera ospedaliera pubblica, orientandosi verso il privato o verso realtà che garantiscono migliori condizioni di lavoro e maggiori opportunità di crescita professionale. Questo fenomeno rischia di compromettere il necessario ricambio generazionale e di mettere in discussione la sostenibilità futura del sistema. Per questo motivo continueremo a porre al centro della nostra azione sinda-



“

Non esiste innovazione organizzativa, investimento tecnologico o riforma istituzionale che possa sostituire il contributo delle donne e degli uomini che ogni giorno operano all'interno del Ssr

cale il tema delle condizioni di lavoro. Occorre affrontare con decisione questioni quali l'organizzazione dei turni, la conciliazione tra vita professionale e vita privata, la sicurezza sul lavoro, il contrasto al burnout, la valorizzazione delle competenze e la costruzione di percorsi di carriera realmente meritocratici.

Particolare attenzione dovrà essere riservata alla Dirigenza sanitaria non medica: Biologi, Farmacisti, Chimici, Fisici, Psicologi e tutte le professionalità che operano all'interno del Ssr rappresentano una componente essenziale per il funzionamento delle Strutture assistenziali e diagnostiche. È necessario proseguire nel percorso di pieno riconoscimento professionale ed economico di queste figure, superando disparità storiche che non trovano più alcuna giustificazione.

Un ulteriore elemento di riflessione riguarda il crescente ricorso a soluzioni emergenziali per fronteggiare la carenza di personale. L'utilizzo di Professionisti pensionati, le prestazioni aggiuntive e altre misure straordinarie possono contribuire a garantire la continuità dei servizi, ma non possono sostituire una programmazione seria e lungimirante del fabbisogno professionale.

Nel prossimo quadriennio sarà fondamentale rafforzare la presenza di Anaa nei luoghi di lavoro. Vogliamo essere sempre più vicini ai Colleghi, fornire assistenza tempestiva nelle problematiche contrattuali e organizzative, sostenere le Segreterie aziendali e favorire la partecipazione delle nuove generazioni alla vita sindacale. Un Sindacato forte è prima di tutto un Sindacato presente, competente e capace di ascoltare.

La qualità della sanità pubblica regionale dipenderà sempre più dalla capacità di valorizzare le Persone che vi lavorano. Non esiste innovazione organizzativa, investimento tecnologico o riforma istituzionale che possa sostituire il contributo delle donne e degli uomini che ogni giorno operano all'interno del Ssr.

Difendere la dignità professionale contribuendo al tempo stesso alla costruzione di una sanità pubblica moderna, attrattiva e sostenibile. Perché tutelare chi cura significa, in ultima analisi, tutelare il Diritto alla Salute dei Cittadini del Fvg.

EMILIA ROMAGNA

Dalla rappresentanza alle politiche della sanità. Perché Anaao Emilia-Romagna vuole tornare a incidere sulle scelte del Servizio sanitario

Francesco Feletti

La sanità emiliano-romagnola attraversa una profonda trasformazione. Il sottofinanziamento del Servizio sanitario nazionale, la fuga dei professionisti ospedalieri dal sistema pubblico, la nuova pletora medica in arrivo, la sfida del territorio e un processo strisciante di clinicizzazione stanno alterando sempre più rapidamente gli equilibri della sanità regionale.

In questo contesto cambia anche il ruolo del sindacato. La tutela della dirigenza dell'Area Sanità resta la nostra missione, ma non basta più. Chi ogni giorno tiene in piedi il Servizio sanitario regionale deve contribuire alle scelte che ne determineranno il futuro.

Anaao Emilia-Romagna rappresenta oggi oltre 4.400 dirigenti medici e sanitari, più del 58% della rappresentanza Aran. È con questa consapevolezza che il Congresso regionale ha affidato la guida di Anaao Assomed Emilia-Romagna a una Segreteria profondamente rinnovata, che riunisce le diverse anime dell'Associazione e rafforza la presenza dei giovani, espressione di oltre 1.300 specializzandi iscritti. La sfida sarà trasforma-

re questa pluralità in una linea politica capace di tenere insieme la sensibilità delle nuove generazioni e l'esperienza dei colleghi che hanno vissuto stagioni diverse della sanità pubblica.

La prima emergenza riguarda i professionisti. Anche la nostra regione risente del grave definanziamento della sanità nazionale che si traduce nel rischio di ridimensionamento del servizio pubblico, maggiore dipendenza dal privato accreditato, contrazione dell'offerta e peggioramento dell'accesso alle cure. Ma il danno più difficile da recuperare è un altro: il progressivo depauperamento del capitale professionale.

Dagli ospedali continuano ad andarsene professionisti che portano con sé competenze costruite in anni di formazione e di pratica. Si perde soprattutto la rete professionale: quel patrimonio di relazioni, fiducia e collaborazione che rende possibile una presa in carico efficace del paziente. È un capitale invisibile la cui dispersione produce conseguenze concrete: frammentazione delle cure, percorsi più complessi e minore capacità del sistema di rispondere ai bisogni dei cittadini.

La questione economica pesa sempre di più, anche per il costo della vita in Emilia-Romagna. A parità di potere d'acquisto, i colleghi europei guadagnano da circa il 40% a oltre il triplo rispetto a un ospedaliero emiliano-romagnolo. Ma i sondaggi Anaao indicano anche un'altra priorità: lavorare meglio. Meno burocrazia, organici adeguati, tecnologie efficienti e organizzazioni capaci di valorizzare competenze e professionalità.

L'organizzazione dell'assistenza richiede una profonda riflessione. Oggi il Pronto Soccorso è diventato la principale porta d'ingresso dell'ospedale. Gli accessi impropri condizionano tutto il sistema, sempre più orientato all'urgenza pur dovendo contestualmente garantire anche attività elettiva e ad alta complessità. Per questo la sfida del territorio è decisiva. Servono strutture intermedie realmente funzionanti, capaci di prendere in carico i pazienti. Sono da scongiurare operazioni tese a produrre una mera percezione di efficienza senza incidere sui problemi strutturali.

Sarebbe altresì un errore rispondere alla domanda crescente aumentando le prestazioni a scapito dell'appropriatezza, alimentando costi, ricorso al privato accreditato, liste d'attesa e pressione sui professionisti.

Ma la trasformazione della sanità regionale non riguarda soltanto l'organizzazione dell'assistenza. Riguarda anche la sua governance. La clinicizzazione si sta facendo strada con modalità molto diverse tra Parma, Ferrara e la Roma-

“

La tutela della professione resta il fondamento della nostra azione sindacale. Oggi, però, difendere i professionisti significa anche contribuire alle scelte che determineranno il futuro della sanità regionale

gna, senza che sia mai stato esplicitato un progetto regionale. Un cambiamento di questa portata non può procedere per inerzia. Deve essere oggetto di un confronto trasparente sugli obiettivi, sugli effetti organizzativi e sul ruolo della dirigenza ospedaliera. Le competenze della dirigenza, in particolare nella direzione delle Unità Operative, devono restare un punto fermo del Servizio sanitario regionale.

Lo stesso principio di chiarezza deve guidare il rapporto tra pubblico e privato accreditato. Nel dibattito sulle liste d'attesa non deve entrare la libera professione intramoenia. In Emilia-Romagna è regolata con trasparenza e genera risorse per le aziende sanitarie pubbliche. Il confronto va invece spostato sul rapporto tra pubblico e privato accreditato. Quest'ultimo integra il Servizio sanitario regionale ma continua a dipendere dagli ospedali pubblici: la gestione delle complicità ricade quasi sempre su questi ultimi. È un equilibrio che deve essere considerato nella distribuzione di ruoli e risorse.

La stessa chiarezza è necessaria anche nei rapporti tra professioni. Anaao Emilia-Romagna non ha mai avuto un approccio corporativo, ma servono confini chiari nelle competenze e soprattutto nelle responsabilità. Soluzioni organizzative ambigue rischiano di aumentare il contenzioso e di indebolire la qualità dell'assistenza.

Per questo Anaao Emilia-Romagna promuoverà un confronto stabile con istituzioni, associazioni dei pazienti e professioni sanitarie. La tutela della professione resta il fondamento della nostra azione sindacale. Oggi, però, difendere i professionisti significa anche contribuire alle scelte che determineranno il futuro della sanità regionale. È questo il ruolo che Anaao Emilia-Romagna intende assumere, mettendo competenze, esperienza e proposte al servizio delle istituzioni e dei cittadini.



CAMPANIA

Sanità campana al cambio di passo: superare l'emergenza e puntare su assunzioni, territorio e nuove tecnologie

Vincenzo Bencivenga

Rafforzare il Servizio sanitario regionale, restituire centralità ai professionisti e trasformare le risorse disponibili in servizi realmente accessibili. Sono gli obiettivi che Anaao Assomed Campania intende perseguire in una fase decisiva per il futuro della sanità campana. La priorità sarà una programmazione capace di superare la logica dell'emergenza permanente. L'uscita dal Piano di rientro dovrà diventare l'occasione per definire un Piano sanitario regionale aggiornato, con indicazioni chiare sulla rete ospedaliera, sull'emergenza territoriale, sull'integrazione tra ospedale e territorio e sull'utilizzo delle risorse. La linea è chiara: non basta inaugurare nuove strutture. Case e Ospedali di Comunità dovranno essere dotati di personale, funzioni definite e una governance capace di garantire continuità assistenziale. Le Centrali operative territoriali dovranno collegare concretamente ospedali, servizi territoriali e assistenza domiciliare. Al centro dell'azione sindacale ci sarà il personale. La carenza di dirigenti medici e sanitari, infermieri e altri professionisti incide direttamente sulle liste d'attesa, sui Pron-



to soccorso e sulla qualità delle cure. La nuova segreteria punta quindi a un piano straordinario di assunzioni basato sui fabbisogni reali delle aziende e a concorsi unici regionali, affidati ad aziende capofila, per rendere le procedure più rapide, uniformi e trasparenti. Un'attenzione particolare sarà riservata all'intelligenza artificiale, che rappresenta già oggi uno strumento potente al servizio della salute dei cittadini. Per governare un cambiamento di questa portata, dirigenti medici e sanitari dovranno essere adeguatamente formati e messi nelle migliori condizioni organizzative e professionali. L'IA non è il futuro, ma il presente: la sanità campana non può permettersi di restare indietro nell'impiego di tecnologie capaci di migliorare diagnosi, percorsi assistenziali e organizzazione dei servizi. Strumenti che, tuttavia, dovranno sempre affiancare e mai sostituire il giudizio, la responsabilità e la relazione umana dei professionisti. Un altro terreno decisivo sarà l'applicazione del Contratto collettivo nazionale. Orari di lavoro, ferie, sede di assegnazione, welfare e istituti contrattuali non sono rivendicazioni accessorie, ma condizioni essenziali per tutelare i professionisti e garantire un'assistenza sicura. Per questo, Anaao Assomed Campania pretenderà che il rispetto del contratto diventi anche un parametro di valutazione dei direttori generali. L'impiego dei medici ospedalieri nelle strutture territoriali potrà inoltre avvenire soltanto su base volontaria e nel rispetto delle norme contrattuali.

La segreteria intende sollecitare sistemi regionali trasparenti per monitorare le liste d'attesa, i tempi di permanenza e di ricovero nei Pronto soccorso, il funzionamento delle reti tempo-dipendenti e la capacità di risposta del territorio. I dati dovranno essere accessibili e utilizzati per correggere inefficienze e disuguaglianze. Resta centrale il tema della sicurezza. Il sindacato chiederà misure più efficaci contro le aggressioni e una maggiore tutela dell'immagine e della dignità dei sanitari, spesso esposti a giudizi sommari che compromettono il rapporto di fiducia con i cittadini. Attenzione specifica sarà riservata ai laboratori pubblici e alla dirigenza sanitaria, con la proposta – già avanzata – di un tavolo tecnico regionale su organici, reclutamento, tecnologie e governo dei Point of Care Testing nelle Case della Comunità. Insomma, la linea è quella di un sindacato disponibile al confronto, ma rigoroso nella verifica dei risultati: meno annunci, più provvedimenti concreti, tempi certi e responsabilità definite.

BASILICATA

Basilicata al crocevia: spopolamento, fuga di cervelli e la sfida del nuovo sindacato per salvare la sanità territoriale

Eustachio Vitullo

Da maggio 2026 guidò la rinnovata Segreteria Regionale della Basilicata, esperienza per me non nuova perché riletto dopo due quadrienni di altro incarico nazionale.

Il Servizio Sanitario Regionale della Basilicata è articolato con due Aziende Sanitarie Provinciali, l'Asm di Matera e l'Asp di Potenza e un'azienda Ospedaliera AO San Carlo di Potenza, che da pochi anni è anche sede di un nuovo corso di laurea in Medicina, e dall'Irccs Oncologico di Rionero in Vulture.

La regione Basilicata ha una popolazione di circa 530mila abitanti (60mila abitanti in meno negli ultimi vent'anni) sostanzialmente divisa equamente per genere ma con un elevatissimo indice di vecchiaia pari a 240 residenti con più di 65 anni ogni mille abitanti (dato Italia 2018).

Il problema della migrazione sanitaria, colpisce anche questo Servizio Regionale minando il bilancio con un deciso aumento del saldo negativo. La sostanza del problema è di tipo qualitativo: infatti la mobilità passiva interessa prevalentemente ricoveri ad alta complessità.

La logica della rete dei servizi e strutture ad alta specializzazione (non tutte presenti attualmente nell'Hub regionale di Potenza), non sempre riesce ad essere valida. I pochi accordi di confine presenti con Aziende Ospedaliere di Regioni limitrofe si rilevano poco efficaci e molto dispendiosi economicamente con ulteriori carichi di lavoro su alcune branche.

Gli obiettivi che questa Segreteria Regionale Anaao intende perseguire con-

“

La linea è chiara: non basta inaugurare nuove strutture. Case e Ospedali di Comunità dovranno essere dotati di personale, funzioni definite e una governance capace di garantire continuità assistenziale



sistono nell'attivare rapidamente i tavoli regionali per la corretta applicazione del nuovo Ccnl. Sarà fondamentale vigilare sul controllo dell'effettivo orario di lavoro al netto delle attività non assistenziali frequentemente disatteso. Le prestazioni aggiuntive, i contratti a gettone minano le condizioni di lavoro e questo si riverbera nella mancanza di nuove assunzioni a causa delle evidenti criticità delle condizioni di lavoro. È un cane che si morde la coda; organici sempre più ridotti e sempre più messi in difficoltà dalla scarsa attrattività, superando costantemente i limiti dell'orario settimanale, dei turni di reperibilità mensili e delle guardie attive.

Ci impegneremo per la completa attivazione degli atti aziendali in tutte le Aziende per una efficace attività delle organizzazioni dipartimentali.

La Basilicata, con un così alto indice di vecchiaia, dovrà non solo convivere con una sempre massiccia presenza di anziani ma conseguentemente dovrà predisporre le strutture per assorbirne il carico assistenziale (Rsa, Hospice) non più sostenibile da famiglie sempre più nucleari.

Il DM 77 in una regione con una tale demografia dovrà essere non solo riempito di Casa di Comunità ma di personale all'interno di queste realtà sanitarie.

E per questo è importante che gli specialisti ambulatoriali, spesso impropriamente in servizio all'interno degli Ospedali, vadano a rafforzare le attività sanitarie sul territorio evitando che troppo spesso l'ospedale per acuti diventi il primo approdo per qualsiasi problematica.

In una regione con una popolazione così bassa e con tanti Ospedali a bassa intensità di cura, le logiche del DM 70 e DM 77 devono integrarsi tra loro e non confliggere.

Siamo convinti che una migliore applicazione e rispetto degli istituti contrattuali possa arginare la fuga dei medici dal Ssn, stanchi di una qualità del lavoro assai critica e da un clima sociale e dell'utenza esasperato e che spesso sfocia in ingiustificabili aggressioni o in denunce velleitarie.

La nostra attività sindacale deve essere tesa a creare un ambiente di lavoro sereno che generi un rinnovato sentimento di fiducia da parte della popolazione residente e un impegno motivante per i professionisti sanitari.

“

Il problema della migrazione sanitaria, colpisce anche questo Servizio Regionale minando il bilancio con un deciso aumento del saldo negativo

“

L'Anaao Assomed Sicilia continuerà a far valere la forza dei propri iscritti e la qualità delle proprie proposte a tutela dei dirigenti medici e sanitari e della Sanità Pubblica della nostra Regione

SICILIA

Anaao Assomed Sicilia tra crescita della rappresentatività e crisi del sistema

Elisabetta Lombardo

Il ricambio generazionale e la forza dell'Anaao Assomed in Sicilia. L'Anaao Assomed in Sicilia sta vivendo una fase di significativa crescita numerica e organizzativa, confermata da un drastico abbassamento dell'età media dei quadri e degli iscritti negli ultimi anni. L'ingresso di nuove generazioni di medici e dirigenti sanitari dimostra come i giovani professionisti vedano nella nostra associazione un presidio di tutela rigoroso, competente e affidabile. Nonostante l'ottima salute e la presenza capillare del nostro sindacato in tutte le Aziende della nostra Isola, permangono ampi margini di incremento del tasso di sindacalizzazione per trasformare il tesseramento in una forte spinta contrattuale e politica. Questo è uno dei nostri impegni per il futuro.

Il capovolgimento del paradigma: la grande fuga dagli ospedali. A fronte di un sindacato che cresce, la Sanità pubblica siciliana vive uno stato di stallo e per certi aspetti una involuzione. Il vecchio problema della disoccupazione

medica e della precarietà è stato sostituito da un'emergenza opposta: l'incapacità del sistema a trattenere i propri professionisti. Si registra una fuga costante dai reparti attraverso dimissioni volontarie, passaggi al privato accreditato o scelta di lavorare come "gettonisti" magari per le stesse strutture da cui ci si è dimessi, un fenomeno particolarmente avvertito nei presidi più periferici. Gli ultimi dati nazionali dei Lea e dell'Istat collocano la Sicilia in coda alle altre regioni in modo particolare per la prevenzione evidenziando una crisi che ormai intacca anche la rete ospedaliera per acuti.

Squilibri territoriali, prevaricazioni e contenziosi. Alla crisi di attrattività si affianca una quota di migrazione interna che sposta utenza e medici verso le città metropolitane depauperando i piccoli centri, le comunità montane e le isole minori. In questi presidi, la carenza di organico determina frequenti violazioni contrattuali da parte delle Aziende, ordini di servizio illegittimi, soppressione d'autorità delle ferie e turni di guardia eccedenti i limiti di legge. Per arginare questo fenomeno, il sindacato interviene assiduamente per il rispetto delle norme vigenti a tutela dei lavoratori.

L'emergenza nei Pronto Soccorso e l'escalation delle aggressioni. Nelle strutture di emergenza-urgenza la situazione presenta ancora molte criticità legate alle inefficienze territoriali, alla cronica mancanza di disponibilità di posti letto per acuti e soprattutto alla non omogenea applicazione della raccomandazione ministeriale n. 8. I Pronto Soccorso spesso registrano attese estenuanti, stazionamenti prolungati (boarding), generando esasperazione tra gli utenti che espone il personale a un'escalation di aggressioni fisiche e verbali.

Il vuoto della Rete Ospedaliera. Sullo sfondo di questa crisi vi è la mancata approvazione della nuova Rete Ospedaliera regionale, un vuoto normativo che spinge le Direzioni Aziendali a ricorrere a soluzioni improvvisate, scorciatoie amministrative e gestioni arbitrarie.

Le priorità sindacali per il mandato 2026-2030

Anaao Assomed Sicilia in questi 4 anni, continuando ad essere un interlocutore istituzionale fermo e autorevole proseguirà il dialogo costruttivo senza però fare sconti alla politica. È già stato avviato il confronto regionale con il nuovo Assessore della Salute che auspichiamo



affronti tutte le materie oggetto di concertazione regionale.

In breve, alcuni punti che saranno particolarmente attenzionati:

- Programmazione regionale, elaborazione di strumenti che siano chiari, atti ad arginare soluzioni gestionali improvvisate e “fantasiose” dei Direttori Generali.
- Corretta applicazione del Ccnl e contrasto alle violazioni sistematiche da parte delle Direzioni Aziendali.
- Nuova Rete ospedaliera che sia coerente con le esigenze del territorio e della popolazione.
- Strumenti straordinari, oltre a quelli già messi in campo in precedenza, per arginare le autodimissioni del personale medico e dirigenti sanitari soprattutto nelle aree più disagiate.
- Criticità della rete dell’Emergenza-Urgenza
- Applicazione della Raccomandazione ministeriale n° 8 del Ministero della Salute dalla parte delle Aziende; L’Anao Assomed Sicilia continuerà a far valere la forza dei propri iscritti e la qualità delle proprie proposte a tutela dei dirigenti medici e sanitari e della Sanità Pubblica della nostra Regione.

SARDEGNA

Sanità ospedaliera in Sardegna: senza lavoratori non c’è diritto alla salute

Susanna Montaldo

Fare il punto sulla sanità ospedaliera in Sardegna impone di evitare due errori speculari. Da un lato vi è il rischio di descrivere un sistema irrimediabilmente al collasso, ignorando i segnali di miglioramento e ciò che ancora funziona. Dall’altro, ed è il pericolo più insidioso, si rischia di cadere in quella tendenza politica e amministrativa ad accontentarsi di un colpo al cerchio e uno alla botte, esaltando i timidi progressi statistici per far dimenticare i problemi reali e non scontentare nessuno, lasciando però irrisolte le vere voragini del sistema.

I dati più recenti del monitoraggio nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza mostrano che la Sardegna supera la soglia di sufficienza nelle tre macro-aree del Nuovo Sistema di Garanzia. Tuttavia, persistono difficoltà significative sulle prime visite e soprattutto sulle prestazioni differibili. Dal punto di vista sindacale, il sistema non può continuare a reggersi unicamente sul sacrificio, sul-

la disponibilità e sul senso di responsabilità dei lavoratori. La carenza di professionisti non è più un’emergenza passeggera, ma strutturale. Il piano regionale che prevede il reclutamento a tempo indeterminato di mille infermieri e cinquecento medici è un intervento importante, ma un piano sulla carta non garantisce il personale immediato in corsia: il vero nodo è assumere, trattare ed evitare che i concorsi vadano deserti o che i lavoratori abbandonino il servizio pubblico.

Le strutture di emergenza-urgenza funzionano spesso solo grazie agli straordinari, alla reperibilità e alla moltiplicazione dei turni da parte dello stesso personale. Sebbene la Regione abbia stanziato risorse aggiuntive per l’emergenza e per i presidi disagiati, la prestazione aggiuntiva può arginare un’emergenza temporanea, ma non deve diventare il modello ordinario di funzionamento, poiché alimenta stanchezza, burnout e il rischio di errore clinico.

Chiedere continuamente allo stesso medico o allo stesso infermiere di lavorare ore ulteriori, anche se meglio retribuite, significa semplicemente spostare più avanti il problema. Alla lunga aumentano stanchezza, rischio di errore, burnout e abbandono del servizio pubblico. La stessa attenzione però deve riguardare il trattamento ordinario dei lavoratori. Un Servizio sanitario che vuole tornare attrattivo deve cominciare dalle cose apparentemente più elementari: retribuire puntualmente il lavoro svolto, programmare i turni in maniera sostenibile, rispettare riposi e ferie, garantire formazione e sicurezza e costruire reali possibilità di sviluppo professionale.

La specificità geografica della Sardegna impone che non esistano cittadini di serie A e di serie B: chi vive in un piccolo centro dell’interno deve avere lo stesso diritto alla salute di chi abita nei grandi centri. Inoltre, a causa del forte invecchiamento demografico e dello spopolamento, la domanda di assistenza per cronicità è in crescita. Se il territorio



“

La sanità sarda richiede una svolta metodologica basata sulla programmazione, definendo standard minimi di personale sotto i quali un reparto non può operare, prevedendo incentivi reali per le sedi disagiate

non risponde attraverso la medicina generale, la continuità assistenziale e l’assistenza domiciliare, i pazienti si riversano inevitabilmente sui Pronto soccorso, congestionandoli.

I miglioramenti registrati sulle liste d’attesa devono tramutarsi in stabilità strutturale. Il diritto alla cura non può dipendere dalla disponibilità economica del cittadino di rivolgersi al privato quando l’appuntamento pubblico non è congruo. È necessario individuare dove si formano le attese, intervenendo su organico, apparecchiature e orari, dotandosi di un Cup realmente regionale e trasparente.

La sanità sarda richiede una svolta metodologica basata sulla programmazione, definendo standard minimi di personale sotto i quali un reparto non può operare, prevedendo incentivi reali per le sedi disagiate e gestendo i flussi nei Pronto soccorso tramite posti letto reali e dimissioni protette. Inoltre, le direzioni aziendali devono essere valutate su indicatori misurabili, come il personale trattenuto, i tempi d’attesa e la sicurezza dei lavoratori.

La Sardegna dispone ancora delle professionalità e delle risorse per costruire un servizio sanitario pubblico forte. Le misure adottate negli ultimi mesi - dalle nuove assunzioni alle risorse per i Pronto soccorso e gli ospedali delle aree disagiate - vanno nella direzione giusta, ma saranno giudicate sui risultati concreti e non sulle delibere approvate.

Il sindacato deve essere parte di questo processo, con un confronto vero e non puramente formale. Deve denunciare ciò che non funziona, ma anche proporre soluzioni, verificare gli organici, conoscere i reparti e contribuire alla programmazione.

Perché la vera sfida non è semplicemente evitare la chiusura di un reparto o riuscire, ancora una volta, a coprire il turno di domani.

La sfida è costruire una sanità nella quale nessun cittadino debba rinunciare a curarsi perché vive nel territorio sbagliato e nessun lavoratore debba ammalarsi per continuare a curare gli altri.

Questa non è soltanto una rivendicazione sindacale. È la condizione necessaria per continuare a chiamare la sanità un servizio pubblico.

Segue da pagina 16

La vera contabilità della sanità italiana

lavoro è un dato positivo dopo dieci anni di blocco, ma restiamo ingabbiati nella pubblica amministrazione con aumenti che non coprono nemmeno l'inflazione e regole nate per gli amministrativi, non per chi gestisce l'emergenza clinica. Ecco perché come Anaao Assomed rilanciamo con forza le nostre sei priorità al Governo:

Aumenti stipendiali reali, per recuperare il potere d'acquisto e rendere la retribuzione competitiva rispetto al privato e all'Europa.

Maggiore flessibilità organizzativa, con turni sostenibili, part-time reale e strumenti per conciliare vita professionale e privata.

Riorganizzazione strutturale, aggiornando i fabbisogni di personale, superando il tetto di spesa del 2004 e investendo sui reparti in sofferenza.

Sicurezza sul lavoro, con misure concrete e tolleranza zero contro le aggressioni nei pronto soccorso e nei reparti.

Defiscalizzazione del lavoro ordinario, e non solo di quello straordinario, per dare respiro alle buste paga.

Contrattualizzazione degli specializzandi, di area medica e non medica.

Il Governo più longevo della storia repubblicana ha davanti a sé un'occasione storica irripetibile: quella di scegliere se lasciare in eredità un Servizio Sanitario Nazionale più debole di come lo ha trovato, o se usare la stabilità conquistata per fare finalmente le riforme che la sanità pubblica aspetta da troppi anni. Noi medici e dirigenti sanitari italiani non chiediamo privilegi: chiediamo le condizioni minime per continuare a curare i cittadini. Dal canto nostro, noi siamo pronti alla sfida, sicuramente difficile in questo contesto di crisi internazionale, e fermamente decisi a fare la nostra parte. Ora tocca alla politica decidere se vuole fare altrettanto.

PIERINO DI SILVERIO

Segretario Nazionale Anaao Assomed

Scienza, politica e ignoranza

Stiamo assistendo, sulla scorta di recenti fatti di cronaca, ad una ripresa di posizioni, peraltro mai sopite, contro le vaccinazioni.

L'humana pietas verso la prematura scomparsa di una bambina per difterite ha ridato fiato a quelle voci, non urlate ma sussurate e quindi più subdole, che ritengono le vaccinazioni non un mezzo per contrastare le malattie da infezione, e nel tempo eradicarle, ma un mezzo coercitivo per indurre la popolazione a sottostare a *dicktat* calati dall'alto con supposti rischi per la salute dei cittadini. Ormai dovrebbe essere evidente, dal tempo del Covid in poi, che gli schieramenti sul tema vaccinale non sono più di natura scientifica ma vengono demandati ai social e alla politica soprattutto a quella che parla alla cosiddetta "pancia" degli elettori quindi una netta contrapposizione tra scienza medica e biologia contro chi invece cavalca, in tutto il mondo, un populismo "a prescindere".

Il rischio reale è di vanificare con un tratto di penna gli sforzi degli ultimi duecento anni per combattere, fino ad eradicarle, le malattie infettive che continuano a mietere in alcune parti del pianeta milioni di vittime. L'ignoranza, associata spesso alla stupidità, può portare a danni incalcolabili.

Oggi si esulta per la sperimentazione del "vaccino" contro il Melanoma che si basa sulla tecnologia mRNA, guarda caso tecnologia che ha consentito la vittoriosa battaglia contro la pandemia Covid.

Vogliamo essere cattivi profeti ma non passerà molto tempo che comparirà qualche neo o vetero no-vax anche contro questa possibilità di sconfiggere i tumori.

Quello che lascia stupito è che nel nostro parlamento sono presenti numerosi esponenti del mondo sanitario e il Ministro della Salute è esso stesso



PIERANGELO CLERICI

Componente
Direttivo Dirigenza
Sanitaria Anaao
Assomed
e Presidente
Fismelab

un medico di chiara fama e quindi tutti dovrebbero essere a conoscenza della posizione da prendere e come schierarsi ma così non sembra.

Al Ministero esiste un Dipartimento della Prevenzione, ci auguriamo che chi lo guida sia un convinto sostenitore delle vaccinazioni perché sembra che tra coloro che gravitano intorno al Ministro, tra funzionari e consulenti, non la pensino tutti così.

Si è anche proposto di abolire per la legge la radiazione dei sanitari no-vax come se una scelta di

questo tipo non genererebbe scompiglio e negazione dei valori scientifici su cui si basa l'agire del personale sanitario e dimenticando chi ha sacrificato la propria vita nelle fasi iniziali della pandemia.

Non possiamo aspettare che un'infezione faccia il suo corso senza tener conto che le terapie, ove presenti, spesso non risultano efficaci.

Prevenire vuol dire agire prima del disastro ma soprattutto la vaccinazione è un atto di responsabilità non solo verso sé stessi ma soprattutto verso chi ci sta intorno ovvero i nostri cari. Se questo non basta allora aveva ragione Einstein quando sosteneva: "L'uomo intelligente risolve i problemi, l'uomo saggio li evita, l'uomo stupido li crea" e se il mondo è pieno di problemi un motivo ci deve pur essere.

**ASSEMBLEA
DEI SEGRETARI
AZIENDALI**

**GIOVEDÌ
19 NOVEMBRE 2026
ORE 15:00-19:00**

**IL LAVORO DEI MEDICI
E DIRIGENTI SANITARI
OGGI:**

**CONDIZIONI,
DIRITTI,
PROSPETTIVE.**

Le realtà locali raccontano criticità,
buone pratiche e proposte

**HOTEL SHERATON
PARCO DE' MEDICI
VIA REBECCHINI, 149
(BUILDING 2)**

CORSO DI FORMAZIONE

**VENERDÌ 20
SABATO 21 NOVEMBRE 2026**

**STRUMENTI
DEL DIRIGENTE
SINDACALE:**

**COMUNICAZIONE,
NEGOZIAZIONE,
LEADERSHIP**

L'approccio più efficace per ogni
relazione, trattativa e decisione

**HOTEL SHERATON
PARCO DE' MEDICI
VIA REBECCHINI, 149
(BUILDING 2)**

**CAMPAGNA ISCRIZIONI
ANAAO ASSOMED**

ENTRA IN ANAAO. IL SINDACATO CHE UNISCE.



www.anaao.it



PROFESSIONISTI. TUTELE. PROPOSTE.

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

