

d!

d!rigenza medica

- 1 **Editoriale**
Il sindacato non è sempre così solo

- 10 **Accreditamento**
La revisione dei criteri

- 12 **Anaao giovani**
Specializzandi:
2025 anno delle riforme

- 14 **Dirigenza sanitaria**
La prevenzione
tra piani e realtà

Il mensile dell'Anaao Assomed



Intervista al segretario
Anaao Assomed **Pierino Di Silverio**

PNRR?

Un'operazione immobiliare.

Ci si è dimenticati del personale

SCOPRI TUTTI I
SERVIZI RISERVATI
AGLI ISCRITTI



Iscrizioni
Anaao
Assomed

Io scelgo L'ANAAO

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

Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

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

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

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

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

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

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

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

Finito di stampare
nel mese di febbraio 2025

Il sindacato non è sempre così solo

Ai medici e dirigenti sanitari dell'Anaa il sindacato piace.

Se la fiducia degli italiani verso le istituzioni, sindacato compreso, nel corso degli ultimi decenni ha registrato brusche cadute, per i camici bianchi questa frattura sembra essere meno profonda. A dispetto delle numerose analisi che lo danno per spacciato, complice anche una forte delegittimazione e ridimensionamento del ruolo delle organizzazioni sindacali come strategia politica e di governo.

È vero però allo stesso tempo che il sindacato oggi deve misurarsi inevitabilmente con diversi fenomeni sociali: un mondo del lavoro frammentato e individualizzato e la digitalizzazione che nutre questo individualismo anche nell'ambiente di lavoro, modificando sostanzialmente i rapporti e le relazioni.

Il lavoro in sanità non fa eccezione, costretto a ritrovare il suo equilibrio dopo lo tsunami della pandemia da Covid e le conseguenze che ancora oggi, dopo 5 anni, i professionisti subiscono nelle loro realtà. Anche perché nel frattempo sono proliferati rapporti di lavoro a dir poco naif, come quello dei gettonisti e altre figure atipiche che generano una gran confusione negli ospedali.

In questo disordine collettivo ha ancora senso impegnarsi nel sindacato? Per alcuni forse è sempre scarsa la capacità delle iniziative sindacali di incidere, ma la categoria sembra mantenere alto il livello di fiducia verso il sindacato, sia per l'aspettativa di un supporto pratico offerto dai molti servizi sia perché consapevole che senza, le possibilità di tutela del proprio lavoro sarebbero di gran lunga inferiori se non nulle.

Questo velato ottimismo non è frutto di una percezione, bensì è sostanziato da alcuni segnali concreti. A partire dalla positiva risposta di molti medici e dirigenti sanitari che si sono avvicinati all'Associazione, un consenso che in un momento tra i più difficili per la sanità del nostro Paese, acquista un significato speciale.

Sono un segnale di ottimismo i 30mila iscritti raggiunti dall'Anaa a fine 2024 e oggi abbondantemente superati, con una marcata rappresentanza femminile (oltre il 55%) e di giovani, sia specializzandi che strutturati.

Così come positiva è stata l'adesione alla neonata campagna *Diventa referente Anaa nella tua Azienda*. L'iniziativa, voluta dal Segretario Nazionale dell'Associazione, con le numerosissime disponibilità pervenute, rafforza nella convinzione di quanto sia indispensabile la presenza del sindacato nelle realtà aziendali oltre che nel più ampio mondo della sanità nazionale e regionale e spinge a un impegno quotidiano con rinnovata spinta e passione.

Non era affatto scontata tantomeno prevedibile una così ampia partecipazione a questa campagna, soprattutto quando le percentuali delle risposte raccontano di molti giovani e molte donne medico e dirigenti sanitarie che da ogni regione d'Italia desiderano avvicinarsi al sindacato con un ruolo attivo, disposti in sostanza a passare dall'essere iscritti che chiedono, a protagonisti nella risoluzione dei problemi.

Il messaggio trasmesso è forte e chiaro: il sindacato è anche espressione comune di intenti e sentimenti, capace di rispondere ai bisogni dei professionisti. E l'Anaa è pronta a raccogliere le sfide di un mondo in continua evoluzione.

(d.r.)

**Intervista al segretario
Anao Assomed
Pierino Di Silverio**

Sul contratto “L’aspettativa è quella di sedermi a firmare un contratto già scaduto. È un atto dovuto istituzionale ma non è la soluzione perché con i soldi stanziati si può fare ben poco”.

Sulle liste d’attesa “Il vero problema è quello di non avere un’organizzazione che consenta ‘liste pulite’. Perché invece di far lavorare di più il personale non hanno pensato a far lavorare maggiormente i cosiddetti ambulatori delle cronicità?”.

Sull’IA “Può essere un’opportunità ma non può sostituire la diagnosi medica o il parere del medico”



Un nuovo Patto per la salute.

SUBITO

Bisogna tornare a pensare al personale

Dopo l'emergenza Covid il personale sembra essere tornato nel dimenticatoio. Il Pnrr? Sembra più un'operazione immobiliare, ci si preoccupa delle strutture ma non di chi dovrà lavorarvi dentro. L'urgenza inderogabile è quella di un nuovo Patto per la Salute. Ne è convinto il segretario nazionale dell'Anao Assomed, Pierino Di Silverio, in un'ampia intervista di Giovanni Rodriguez su *Quotidiano Sanità* nella quale tocca diversi temi: dalla responsabilità penale del medico alle potenzialità e rischi legate all'uso dell'intelligenza artificiale, dalle aspettative per il nuovo contratto alle aggressioni al personale, fino alla riforma della medicina territoriale ed alla valorizzazione della formazione specialistica.

La manovra vi ha lasciati insoddisfatti e fin da gennaio sono state avviate le prime mobilitazioni, cosa c'è in programma per i prossimi mesi?

Non solo la finanziaria ma anche le azioni successive non ci hanno soddisfatto. Sembra che, una volta varata la manovra, si sia smesso di porsi il tema riguardante i professionisti sanitari. Il 25 gennaio insieme ad altre sigle sindacali abbiamo dato il via a una mobilitazione con lo scopo di cercare un dialogo con le Istituzioni. La speranza è che queste abbiano la forza, la capacità e la volontà di rispondere alle esigenze dei professionisti sanitari. Vogliamo capire cosa pensano di realizzare, quali sono i loro progetti. Per quanto ci riguarda, la nostra proposta l'abbiamo già avanzata.

E cosa proponete?

La prima cosa da fare è un nuovo Patto per la salute. Dobbiamo sederci a un tavolo e decidere come riorganizzare interamente il percorso di presa in carico dei pazienti. Non si può pensare di an-

dare avanti solo con interventi spot o interventi tampone su alcune problematiche, in questo modo non si fa che esacerbare quella confusione legislativa e burocratica nella quale viviamo. Questo primo passo, dal nostro punto di vista, è urgente e necessario. In secondo luogo, si deve tornare a pensare al professionista. L'impressione è che il Covid abbia fatto scoppiare una bolla infrastrutturale. Da allora ci si è concentrati molto di più sulle strutture che sui professionisti che vi operano, questo sia a livello europeo che nazionale. L'impressione è che il Pnrr si stia sempre più rivelando una grande operazione immobiliare.

In che senso?

Continuiamo a creare nuove strutture che restano vuote mentre al professionista non pensa più nessuno. Il Piano per le assunzioni straordinarie è stato rimandato, attendiamo ancora che si metta mano all'abolizione del tetto di spesa ad oggi esistente solo sulla carta, c'è un atto medico ancora da definire, c'è il tema task shifting, per non parlare delle condizioni lavorative che oggi non posso che definire pietose con una crescente fuga di professionisti sia verso l'estero che verso il privato. E ancora, c'è una riduzione dell'appetibilità per diverse scuole di specializzazione, così come una medicina dell'emergenza-urgenza che ha un immediato bisogno di essere ristrutturata. L'operazione della creazione di una specializzazione di Pronto Soccorso è stata fallimentare. E non si capisce cosa si vuole fare a fronte di carenze infrastrutturali, di personale ma anche organizzative in termini di percorsi di cura.

Sul personale siamo in attesa di risposte e di capire quali siano le strategie. Ad oggi noi non lo abbiamo ancora capito. Avevamo chiesto finanziamenti adeguati e invece sono stati stanziati 50

milioni per il 2025 e 327 milioni nel prossimo, sempre se ci saranno, collegati ad un contratto che è ancora molto lontano da venire.

A questo proposito, è arrivata la fumata nera per il comparto sanità. Che aspettative avete?

L'aspettativa è quella di sedermi a firmare un contratto già scaduto. È un atto dovuto istituzionale ma non è la soluzione perché con i soldi stanziati si può fare ben poco. E nonostante questo continuiamo a erogare due milioni di prestazioni gratuite al giorno, con i noti problemi di carenza di personale, burnout e aggressioni. E il rapporto medico-paziente inevitabilmente così si incrina.

Possiamo fare un tagliando delle misure messe in campo in questi due anni per contrastare il problema delle liste d'attesa?

Sul tema delle liste d'attesa la situazione non è migliorata, semplicemente perché non poteva migliorare con le soluzioni messe in campo. Tutta la parte economica del decreto varato la scorsa estate è stata posticipata. Il testo contiene anche buone norme, alcune delle quali in realtà già esistenti. Bene la riorganizzazione dei Cup, ma ci sono dei problemi concreti da affrontare. Se il livello tecnologico delle aziende è sotto zero, se ho sistemi che all'interno della stessa Regione non comunicano tra le diverse aziende sanitarie, tutto questo come si può conciliare con il nuovo modello organizzativo proposto? Il core dell'impianto ruotava attorno all'idea di far lavorare di più i professionisti. Sarei curioso di sapere se hanno trovato questi professionisti con tempo libero da dedicare alle prestazioni aggiuntive, e se questo ha permesso di ridurre le liste d'attesa. Il problema è che se aumenti l'offerta aumenta anche la domanda.

E allora cosa fare?

Si deve governare l'offerta rispetto alla domanda, organizzarla, ridurre gli sprechi, ridurre le prestazioni improprie. Le liste d'attesa non sono un problema quanto piuttosto l'effetto di un problema a monte.

Quale sarebbe il principale problema?

Il vero problema è quello di non avere un'organizzazione che consenta 'liste pulite'. Perché invece di far lavorare di più il personale non hanno pensato a far lavorare maggiormente i cosiddetti ambulatori delle cronicità? Molti di quelli che troviamo nelle liste d'attesa sono pazienti multipatologici spesso presenti in più liste per più prestazioni.

*Intervista
di Giovanni
Rodriquez*

Intervista al segretario Anaa Pierino Di Silverio

“

Lo specializzando ha diritto ad avere un contratto di lavoro, una formazione di qualità, una formazione integrata come avviene in tutto il mondo

Ecco allora l'utilità di raggrupparle, potenziare gli ambulatori delle cronicità e sfruttare maggiormente la medicina del territorio con specialisti ambulatoriali dotandoli dei ruoli e degli strumenti necessari. In questo modo sì che riusciremmo a ridurre le liste di attesa.

Passando al tema della responsabilità professionale, la commissione presieduta da Adelchi d'Ippolito ha concluso il suo lavoro, cosa vi aspettate ora?

I lavori della Commissione si sono conclusi con un nulla di fatto. Intanto con il Milleproroghe è stato prorogato lo scudo già esistente, meglio di nulla. Il problema è che si confonde in maniera ideologica l'immunità con la depenalizzazione. Ma quello che noi chiediamo, per essere precisi, è la non imputabilità, e cioè di non essere imputati in assenza di dolo.

Si spieghi meglio.

Quando un paziente pensa di aver subito errore dovrebbe passare attraverso commissione che dovrebbe avere il compito di esaminare gli aspetti civili e penali del presunto errore denunciato. Il nostro problema non è la depenalizzazione, visto che il 97% delle cause finisce in un nulla di fatto, ma è tutto quello avviene prima del giudizio. Io non devo arrivare ad essere imputato se non c'è dolo, e a questo si può arrivare soltanto mettendo dei filtri. Questo tema va però a toccare interessi lobbistici. Finisce così che si evita di intervenire nonostante la medicina difensiva costi allo Stato ben 11 miliardi l'anno.

La Legge Gelli non ha aiutato a risolvere il problema?

La Gelli-Bianco ha aiutato molto ma sotto il profilo civile, non ha invece risolto i problemi in ambito penale. C'è poi da dire che solo di recente hanno visto la luce gli ultimi decreti attuativi, il pieno funzionamento di quella legge si avrà solo adesso, a quasi 8 anni di distanza dalla sua approvazione.

C'è la volontà politica di risolvere questo problema a suo avviso?

Da parte del ministero della Salute sì, non sembra altrettanto dal lato del ministero della Giustizia.

La normativa per il contrasto al fenomeno delle aggressioni al personale sanitario sta funzionando?

Si è fatto molto sulla deterrenza, da quel punto di vista ci sono stati grandi sforzi, ma il problema resta dal momento che il motivo principale che causa questi fenomeni sono le difficoltà nell'accesso alle cure. Senza risolvere questo non si risolve il fenomeno. Ben venga l'inasprimento delle pene, ma non può essere questa l'unica via da seguire.

Quanto alla tanto discussa riforma della medicina del territorio, cosa ne pensa del possibile passaggio alla dipendenza?

Penso sia un dibattito sterile. La metodologia comunicativa conta tanto. Qualunque riforma si pensi di voler fare è impensabile presentarle in questa maniera, per mezzo di una fuga di notizia con bozze 'fantasma'. Le riforme vanno preparate, discusse, valutate e condivise con tutti gli stakeholders. Per quanto riguarda la medicina del territorio a noi interessa il funzionamento del sistema più che il passaggio o meno alla dipendenza. La cosa che potrebbe essere utile a tutti sarebbe quella di dotare i medici di medicina generale di presidi diagnostici di primo livello e di metterli nelle condizioni di poter fare diagnosi e terapie di primo livello. Questo sì che darebbe una grande mano al sistema.

Intelligenza artificiale in sanità, un rischio o una grande opportunità per medico e paziente?

Può essere un grande compendio ma non posso pensare si vada avanti senza governarla. Un sistema di big data o probabilistico non può sostituire la diagnosi medica o il parere del medico.

Siamo già arrivati a questo punto?

Ci potremmo arrivare a breve. La cosa più importante è far presente che senza la firma del medico non può esistere atto medico. E qui si apre un grande tema: chi è responsabile dell'attendibilità dei dati e dei possibili bias dei sistemi di intelligenza artificiale? Fin dove arriva la mia responsabilità di medico? Lo stesso tema si deve porre riguardo il task shifting. Ben venga il maggiore spazio alla professionalità degli infermieri purché questo venga accompagnato da tutte le responsabilità che ne conseguono.

Un ultimo passaggio sulla situazione riguardante la formazione specialistica.

Abbiamo la necessità di fare fabbisogni concreti e liberalizzare la formazione specialistica. Lo specializzando ha diritto ad avere un contratto di lavoro, una formazione di qualità, una formazione integrata come avviene in tutto il mondo. Dobbiamo fare in modo che i nostri specializzandi di area medica e sanitaria abbiano uno stipendio decoroso oltre a dei diritti e doveri precisi. Dobbiamo smetterla di ragionare per monopoli lobbistici o non cambieremo mai il sistema, anche a danno dei pazienti.

1000 PROROGHE

Il testo è legge.

Proroga di un anno allo scudo penale per i medici

Il milleproroghe è legge. A dare il via libera in via definitiva il 20 febbraio scorso l'assemblea di Montecitorio. Con il provvedimento si proroga al 31 dicembre 2025 l'applicazione della limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave commessi nell'esercizio di una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale sanitario.

Prorogato di ulteriori due anni, fino al 31 dicembre 2026, il termine entro il quale le regioni dovranno adeguare il loro ordinamento alle disposizioni sull'accreditamento istituzionale per le strutture sanitarie autorizzate, pubbliche o private.

Misure anche su liste d'attesa e specializzandi. E ancora, si prolunga al 31 dicembre 2025 la possibilità di conferire incarichi semestrali di lavoro autonomo per i dirigenti medici, veterinari e sanitari, nonché per il personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza.

Bocciata definitivamente la proposta di mantenimento in servizio fino a 72 anni con la possibilità di mantenere incarichi apicali.

“Muro contro i 72 anni: l'Anaa vince ancora, ma adesso basta!”

“La vicenda del pensionamento dei medici a 72 mantenendo il ruolo apicale è diventata una vera e propria farsa. L'Anaa Assomed con la sua azione puntuale è riuscita a fermare anche questa volta un disegno sciagurato, volto a mantenere i privilegi di uno sparuto numero di camici bianchi. Ma adesso basta! È ormai chiaro a tutti che questa norma non troverà mai spazio nel nostro Parlamento ed è bene che si mettano l'anima in pace sia i pochi interessati al provvedimento sia i loro 'portavoce'”

Così Pierino Di Silverio Segretario Nazionale Anaa Assomed commenta l'ennesimo ritiro dell'emendamento sul pensionamento dei medici a 72, in fase di conversione in legge del Milleproroghe. “Non si contano più i tentativi di far passare in Parlamento un provvedimento inviso dalla stragrande maggioranza della categoria e puntualmente rimosso. Desideriamo ringraziare il Ministro della salute, il Presidente della Commissione Sanità del Senato e gli altri parlamentari per la sensibilità con cui hanno sostenuto una battaglia non già ideologica ma finalizzata a evitare l'ennesimo rattoppo al nostro sistema sanitario che ha bisogno di riforme strutturali e non emergenziali”.

Di seguito le misure di interesse del settore

Art. 4 Disposizioni concernenti termini in materia di salute.

- **Comma 1:** permanenza in carica degli organi deputati alla liquidazione coatta amministrativa dell'ente strumentale alla Croce Rossa Italiana (ESACRI),
- **Comma 2.** deroga alla disciplina del riconoscimento delle qualifiche professionali per medici e operatori socio-sanitari ucraini,
- **Il comma 2-bis** il termine per l'assolvimento dell'obbligo formativo per il triennio 2020-2022 è prorogato al 31 dicembre 2025. La certificazione dell'assolvimento dell'obbligo formativo per i trienni 2014-2016, 2017-2019 e 2020-2022 può essere conseguita, in caso di mancato raggiungimento degli obblighi formativi nei termini previsti, attraverso crediti compensativi definiti con provvedimento della Commissione nazionale per la formazione continua. E ancora, gli incassi di cui al ripiano



della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2023 potranno essere utilizzati dalle Regioni per assicurare l'equilibrio del settore sanitario nell'anno 2024.

- **Comma 3.** applicazione delle misure straordinarie per il conferimento di incarichi semestrali di lavoro autonomo ai medici specializzandi e di incarichi a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie, agli operatori socio-sanitari e ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione.

Il comma 3-bis dispone che gli enti del Ssn possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato al 31 dicembre 2025 alle dipendenze di un ente del Ssn almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2025.

- **Il comma 3-ter** si spiega che, per fronteggiare la grave carenza di personale e superare il precariato, per il personale dirigenziale e non dirigenziale del Servizio sanitario nazionale, il termine per il conseguimento dei requisiti per l'assunzione a tempo indeterminato di quel personale del ruolo sanitario e del ruolo sociosanitario, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato alle dipendenze di un ente del Ssn almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di

“

Comma 4.
Conferimento di incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati e iscritti agli ordini professionali, anche se privi della specializzazione

cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2025.

- **Comma 4.** conferimento di incarichi di lavoro autonomo ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati e iscritti agli ordini professionali, anche se privi della specializzazione
- **Comma 5.** requisiti di partecipazione del personale medico ai concorsi per l'accesso alla dirigenza medica del servizio sanitario nazionale nella disciplina di Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza,
- **Comma 6.** rilevazione del fatturato di ciascuna azienda titolare di autorizzazioni all'immissione in commercio di farmaci, sulla base dei dati delle fatture elettroniche,
- **Comma 7. :**
 - proroga del termine di validità dell'iscrizione nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale
 - Proroga la disciplina per l'attività di raccolta di sangue e di emocomponenti da parte di laureati in medicina e chirurgia abilitati, di cui al decreto del Ministro della salute 30 agosto 2023, n. 156,
 - adeguamento dell'ordinamento delle regioni e delle province autonome alla riforma sull'accREDITAMENTO istituzionale,
 - limitazione di responsabilità penale ai casi di dolo e colpa grave a carico degli esercenti una professione sanitaria in situazioni di grave carenza di personale,
- **Comma 8.** incentivi al processo di riorganizzazione della rete dei laboratori del Servizio sanitario nazionale,
- **Comma 9.** possibilità per i laureati

in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, di partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale,

- **Comma 10.** possibilità per i laureati in medicina e chirurgia abilitati di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale, nonché per i medici iscritti al corso di specializzazione in pediatria, durante il percorso formativo, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di pediatri di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario nazionale,
- **Comma 11.** Al fine di far fronte alla carenza di personale sanitario negli enti e nelle aziende del Servizio sanitario nazionale nonché di ridurre le liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nell'anno 2025, in aggiunta a quanto previsto dall'articolo 1, comma 220, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, possono incrementare, a valere sul livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2025, la spesa per prestazioni aggiuntive dei dirigenti medici e del personale sanitario del comparto sanità dipendenti dei medesimi enti e aziende nel limite degli importi lordi indicati, per ciascuna regione e provincia autonoma, nella tabella 1 allegata al presente decreto, pari complessivamente a 143.500.000 euro, di cui 101.885.000 euro per i dirigenti medici e 41.615.000 euro per il personale sanitario del comparto sanità.

Segue a pagina 16

Tagliati 10 mila posti letto

Chiusi oltre 70 ospedali

È cresciuto il privato

La medicina del territorio è sempre più in affanno

Sempre meno ospedali, sempre più strutture private e un territorio sempre più povero di medici di famiglia, pediatri e medici di continuità assistenziale. Inoltre, sono stati tagliati 10 mila posti letto. Al palo anche i consultori e i centri di salute mentale. In calo anche gli accessi al Pronto soccorso.

È questa la fotografia che emerge dal nuovo annuario statistico del Ssn del Ministero della Salute relativo al 2023. Dal confronto con il medesimo rapporto del 2013 emerge nitidamente la dieta forzata cui i vari Governi che si sono succeduti nello scorso decennio hanno sottoposto il Ssn che in 10 anni si è ritrovato con 74 ospedali in meno, un peso del privato sempre più forte e un'assistenza territoriale pubblica al palo con progressi solo nell'Assistenza domiciliare integrata.



Diminuisce il numero degli ospedali.

In 10 anni ne sono stati chiusi 74, ben il 7%. Nel 2013 tra pubblici e privati erano 1.070 mentre nel 2023 sono scesi a 996, con un taglio più marcato per quelli pubblici (50 in meno in 10 anni). In calo anche le strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale: erano 9.214 nel 2013 e sono scese a 9.121 dieci anni dopo. In crescita, ma solo grazie al privato quelle di assistenza Territoriale Residenziale che a fronte delle 6.834 strutture presenti nel 2013 ne conta 8.114 nel 2023 (pubbliche sono appena il 15%). Stesso trend per quanto riguarda le strutture di assistenza territoriale semi residenziale che vede crescere le strutture: erano 2.886 nel 2013 e sono 3.192 nel 2023. Stesso dicasi per la Riabilitativa che da 1.067 strutture è passata 1.203. In crescita anche i numeri per l'altra assistenza territoriale in questo caso con il pubblico a farla da padrone

Ma ciò che più fa effetto è che i tagli hanno riguardato il settore pubblico che nel 2023 annovera il 42% delle strutture totali contro il 44,5% di 10 anni prima.

Posti letto: Rispetto a 10 anni fa tra pubblico e privato ne sono stati tagliati oltre 10.000. Nel 2013 ce n'erano

Sono alcuni dei numeri che emergono dal nuovo Annuario del Ssn relativo al 2023 e pubblicato dal Ministero della Salute che confrontato con il medesimo report di 10 anni prima evidenzia come il Servizio sanitario abbia lentamente mutato volto con un'assistenza territoriale in difficoltà e sostenuta in gran parte dal privato. Progressi nell'Assistenza domiciliare integrata



Link all'Annuario 2023



Link all'Annuario 2013

226.387 contro i 215.827 del 2023. In discesa anche il numero dei Consultori: ne sono stati chiusi 1 su 10 (erano 2.430 nel 2013 contro i 2.140 del 2023). Giù anche il numero dei Centri di Salute mentale (erano 1.603 dieci anni e fa sono diventati 1.334 nel 2023).

Meno medici convenzionati. I medici di famiglia dai 45.203 che erano nel 2013 sono diventati 37.983 nel 2023 (-7.220). In calo anche i pediatri (-999 in 10 anni per un totale nel 2023 di 6.706 unità). In frenata anche i medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) che dagli 11.533 che erano nel 2013 sono diventati 10.050 nel 2023 (-1.483).

Dieta amministrativa. Le Asl sono passate dalle 143 del 2013 alle 110 del 2023.

Cresce l'assistenza domiciliare integrata (Adi). In 10 anni sono praticamente raddoppiate le persone assistite: dai 732.780 pazienti del 2013 nel 2023 esse sono state 1.645.234. A peggiorare però sono le ore dedicate a ciascun paziente: nel 2013 erano 18 contro le 15 ore del 2023.

Pronto soccorso. Nel 2023 si registrano 18.353.118 accessi nei pronto soccorso (311 accessi ogni 1000 abitanti), ovvero circa 2 mln in meno di accessi rispetto al 2013 quando erano stati 20.551.053 con una media di 338 accessi ogni 1.000 abitanti. Nel 2023 sono stati 1.397.358 accessi nei pronto soccorso pediatrici (154 accessi ogni 1000 abitanti fino a 18 anni), un numero poco inferiori rispetto al 1.609.287 di accessi di 10 anni prima (in media 158 accessi ogni mille abitanti).

Libera professione e liste d'attesa

Ecco perché la Asl Chieti sbaglia



Un recente articolo apparso su Quotidiano Sanità il 31 gennaio scorso a firma del direttore generale della Asl Lanciano Vasto Chieti, Thoma Schael, riprende la vecchia e ormai incomprensibile e populistica "storiella" in cui si associa l'allungamento delle liste d'attesa per prestazioni sanitarie nel Ssn con l'attività Libero professionale dei Medici ospedalieri.

Torniamo di nuovo sull'argomento: l'allungamento dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e chirurgiche rappresenta la spina nel fianco di tutti i sistemi sanitari universalistici, così in Italia e così nei paesi europei, Inghilterra, Portogallo e Spagna, tanto per citarne alcuni. Le cause sono molteplici e molteplici sono i tentativi messi in essere per risolvere questo problema, sia frenando la domanda, sia aumentando l'offerta, ma senza che si sia mai giunti a una formula in grado di risolvere definitivamente il problema.

Spesso, soprattutto coloro meno preparati o in molti casi, coloro che sono più populistici e demagoghi che tecnici, indicano l'Alpi fra le cause che determinano l'allungamento dei tempi di attesa, e su questa scia si pone il recente articolo succitato. Facciamo chiarezza e ribadiamo, come hanno già fatto illustri professionisti e tecnici del mestiere con scritti e pubblicazioni, l'Alpi non è la causa delle liste d'attesa ma come suggerisce *Cittadinanzattiva*, nel *Rapporto civico sulla salute, 2023* "il ricorso alla libera professione intramoenia non ne è la causa, ma l'effetto".

La libera professione dei medici ospedalieri (ALPI) istituita con la legge n.502 del 30 dicembre 1992, e soggetta nel tempo a modifiche da leggi successive, rappresenta un diritto ben definito nell'ambito dell'attività della dirigenza sanitaria: è l'attività a pagamento che il Personale medico può svolgere all'interno del proprio ospedale ed è basata su rapporto di fiducia Medico-Paziente, ma cosa più importante e costantemente non considerata, è che è svolta al di fuori dell'orario di lavoro e pertanto non incide assolutamente sul numero di prestazioni effettuate in isti-



FILIPPO GIANFELICE
Responsabile Osservatorio Nazionale Anaaop per l'Alpi

tuzionale. E i dati presentati dall'Agens nel rapporto 2022 mostrano chiaramente come il rapporto fra attività istituzionale e l'Alpi sia estremamente elevato a favore dell'attività in istituzionale e che questa condizione sia stabile nel tempo (vedi tabella 1).

Quello che ci meraviglia è che il blocco della libera professione venga considerato uno dei mezzi che hanno permesso di abbattere le liste d'attesa nella Asl di Chieti, cosa impossibile considerando quanto detto sopra, ma soprattutto che non si tenga in debito conto che questo atto prodotto dal Direttore Generale sia assolutamente non corretto, ma anzi dannoso e illegale.

Infatti già la Commissione paritetica regionale per l'Alpi Abruzzo nella seduta del 18.11.2024, aveva sollecitato la Asl di Chieti al rispetto delle regole, avendo bloccato l'Alpi in assenza di una preventiva negoziazione di budget per prestazioni in istituzionale che in Libera professione, esprimendosi anche in termini sanzionatori in caso di reiterazione del blocco.

Inoltre ci sarà sicuramente lavoro per la Corte dei Conti perché il blocco della Libera professione ha determinato

un mancato introito aziendale, che è quello che deriva direttamente da quanto prelevato dalla tariffa per ogni prestazione a pagamento, che nell'ultimo rapporto del ministero della Sanità, per il 2022 è rappresentato da ca. 250 milioni di Euro in Italia, ma anche al mancato introito del prelievo della quota 5% della tariffa, introdotto nel 2012 con la legge Balduzzi, introito destinato proprio all'abbattimento delle liste d'attesa: tale quota in Italia è di circa 60 milioni di euro.

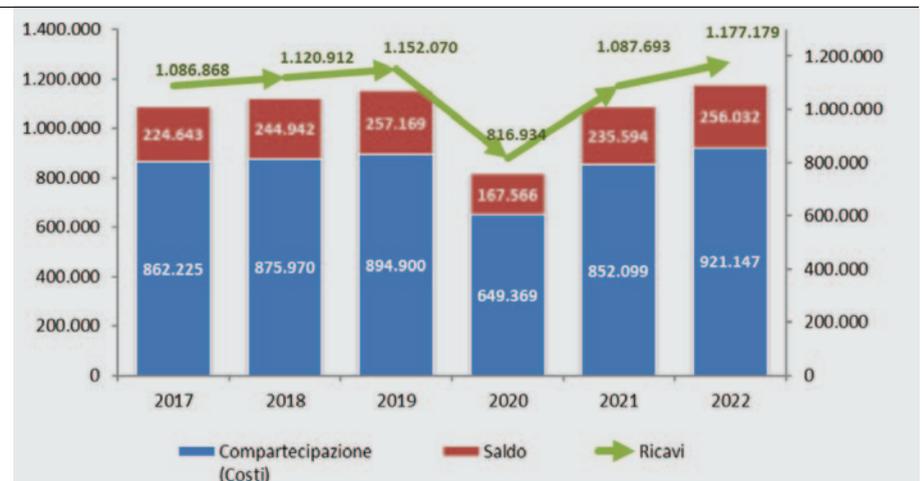
A questo si aggiunge il danno emergente per ciascun medico che non ha potuto svolgere la propria attività a cui si aggiunge il danno dei colleghi medici che hanno diritto, non potendo svolgere l'Alpi per il lavoro che svolgono (pronto soccorso, rianimazione, etc.) attraverso il fondo di perequazione a una quota parte che si realizza proprio accantonando un ulteriore 5% della tariffa.

Ci sembra quindi che ci sia poco da stare soddisfatti da quanto avvenuto nella Asl di Chieti.

TABELLA 1
Rapporto fra attività istituzionale e l'Alpi nel tempo

Anno	Prestazioni ambulatoriali eseguite in Alpi	Prestazioni ambulatoriali eseguite in istituzionale
2019	4.765.345	58.992.277
2020	3.204.061	43.398.623
2021	4.229.140	57.675.542

GRAFICO 1
Ricavi e costi Alpi (valori in migliaia di euro)



A Torino il convegno dell'Area Formazione Femminile

Il cambiamento della scena di cura Medici, Ingegneri, Intelligenza Artificiale

Il nostro Ssn appare oggi nelle peggiori condizioni possibili in tutte le sue sedi, dove viceversa una prodigiosa fase tecnologica che nasce in differenti centri di ricerca è presente portando indubbie e portentose innovazioni. Sarebbe interessante uno studio parallelo dell'andamento di tre realtà: la medicina classica, l'economia sanitaria e l'ingegneria applicata all'Intelligenza Artificiale, per valutare se, come e quanto hanno interagito tra loro, e se l'aiuto delle ultime due allo scenario di cura per come ci appare si sia tradotto in un saldo positivo, armonico, a disposizione di tutti. A dispetto della narrazione, quello che purtroppo appare nella realtà assomiglia più a un campo attraversato da rette parallele che a un dialogo tra "coinquilini".

Nella realtà, difatti, non è ancora all'orizzonte un sostituto del medicus, e allo stesso tempo non si può- e non si deve- arrestare il progresso scientifico. Queste due realtà sono di fronte, una "neorealistica", il famoso letto del paziente (sempre più barella che letto), luoghi di cura sempre più deprivati, e un personale in ostaggio di un sistema allo sbando. Una realtà, questa, indebolita proprio perché lingua in traducibile nell'alfabeto del tecno-capitalismo, e l'altra che viene percepita come sempre più positiva, creativa, invincibile, perché nasce ogni giorno dalla tensione esponenziale al progresso scientifico. Ma la frequentazione di quella che ad oggi è ancora la più classica scena della cura, e la coesistenza nel futuro, risultano a nostro avviso impossibili senza la coniugazione di un "prius".

Un "incontro ravvicinato" nato a seguito di una relazione tra donne, mediche e ingegnere (V Conferenza Nazionale Donne Anaa, novembre 2024) sentita come necessaria anche per l'indiscusso protagonismo femminile sia in Sanità che in ambito tecnologico, ha permesso l'inizio di un vero e proprio dialogo tra "coinquilini", che mette insieme la presenza di due ordini profes-

Torino
28 febbraio 2025
8.30/16.30

Sala Conferenze
Ordine dei Medici di Torino
Corso Francia, 8

Convegno
Area Formazione Femminile
Anaa Assomed /
Fondazione Pietro Paci

Il cambiamento della scena di cura Medici, Ingegneri, Intelligenza Artificiale

La trasformazione dello scenario di cura: medici, ingegneri e AI
Il passaggio epocale all'ITech in Medicina avviene nel momento di sua più grave crisi, ma anche di grandissima innovazione, e rende non più rinviabile la necessità di un confronto tra i vari attori operanti sulla stessa scena, tanto ambita quanto resa vuota di mezzi e risorse umane.
E sotto gli occhi di tutti, e a tutte le latitudini, una realtà in cui spazi e ruoli dei medici fanno da sfondo all'emergere di differenti professionalità, specie nell'ambito della realizzazione/progettazione/certificazione di dispositivi tecnologicamente complessi e di nuove soluzioni organizzative. Uno scenario che appare attrattivo e sempre più

aperto ai non medici e, viceversa, quasi respingente per chi ha elevato a sua mission il giuramento di Ippocrate. Per questo appare utile un incontro-confronto tra gli attori in gioco, una contaminazione, per molti versi inedita, che riproponga in versioni dialoganti nuove parole d'ordine nel futuro della Sanità, della sua organizzazione e formazione.
Per ridisegnare gli spazi che dovranno rimanere propri delle vocazioni professionali e quelli che, nella carenza sempre maggiore di tempo e di relazione, vedono apparire nuovi professionisti. Con l'obiettivo comune di rafforzare e realizzare il migliore e maggior beneficio del convitato di pietra, il famoso paziente, cui deve essere votato nella sua interezza il sistema sanitario.

ANAA ASSOMED
Fondazione Pietro Paci
Con la collaborazione di
INGEGNERI TORINO
OMCeO Torino

Medici. E quanto ci vuole per accedere alla professione medica, un credito infinito di storia che ogni studente al primo giorno del primo anno di Medicina sente sulle sue spalle. Quanta vocazione, abilità e responsabilità insieme, si costruiscono in giorni e notti di anni, in un crescendo di difficoltà, attualmente nel peggiore degli scenari.

Intelligenza Artificiale. Pur dall'alto di progettazioni e costruzioni inimmaginabili, non è possibile parlare di apporto di AI e sue applicazioni volendo ignorare di che cosa è fatta la cura, e, purtroppo, la realtà della sanità. Come entrare dalla porta asettica della SO, il "salotto buono", senza essere passati dal retrobottega del PS, dove è a vista sempre più impietosa una umanità sofferente privata anzitutto della dignità. Certo, non è compito della AI la soluzione degli

sionali e la più importante associazione di medici e dirigenti ospedalieri.

Ne è nato un evento, "Il cambiamento della scena di cura, Medici, Ingegneri, Intelligenza Artificiale", che prevede una giornata di studio e riflessione per fornire a vecchi e nuovi protagonisti uno sguardo sui reciproci background. Senza i quali non è possibile cooperazione, anche se nulla ha impedito ad oggi che questa coesistenza andasse avanti.

Ingegneri. Quanto è difficile e che cosa ci vuole per costruire e parlare di DM, strumenti, creazioni che nascono da calcoli infiniti, ipotesi di ricerca, competenze guadagnate a fatica, nuove definizioni di salute - quando non di guarigione dei pazienti - portati dalla tecnologia.

aspetti economici, politici, gestionali, anche se nel frattempo si possono creare strumenti che aiutino il medico a "resistere" nella giungla del Ssn.

Ma per tutti, se vogliamo convivere e arricchirci a vicenda, è necessario uno sguardo più ampio, meno superficiale del mondo della Medicina che da millenni viene praticata. In varie forme, insegnamenti, etica e deontologia tra loro sovrapponibili, è fatta da umani che guardano negli occhi altri umani, toccano e curano, asportano, riparano ferite, nel corpo e nella mente, condannati a riempirsi quegli occhi di immagini terribili e i curricula di esperienze inimmaginabili.

Questa, *all inclusive*, è la Medicina su questa terra. Che non può esistere senza medici.

La revisione dei criteri di

ACCREDITI

TAM

La sospensione dell'efficacia delle disposizioni in materia di accreditamento e di accordi contrattuali con il Servizio sanitario nazionale decretata dalla Legge 193/2024 potrebbe aprire spiragli per definire criteri, requisiti e tutele comuni a tutto il personale che opera nell'ambito del Ssn, in strutture pubbliche e private



FABIO FLORIANELLO
Responsabile
Sanità Privata
Accreditata Anaa
Assomed

La revisione complessiva della disciplina concernente l'accreditamento istituzionale e la stipulazione degli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale, sospesa fino agli esiti delle attività del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale e comunque non oltre il 31 dicembre 2026, disposto dall'art.36 della Legge 193 del 16 dicembre 2024, permette alcune riflessioni sulle normative di accreditamento in vigore.

Innanzitutto è necessario rileggere quanto contenuto nel "Libro bianco sui principi fondamentali del SSN - Principio IX Soggetti erogatori e le prestazioni-2008": *Il Servizio sanitario nazionale, sin dalla propria istituzione, è organizzato in modo da favorire, a condizione del rispetto di determinati standard, l'integrazione tra soggetti erogatori pubblici, privati e privati senza scopo di lucro.*

Il riferimento è al d.lgs.502/1992 di riordino del Ssn e al successivo d.lgs.

229/1999 che introduce, oltre ai Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dalle Regioni, il principio di accreditamento quale possesso di requisiti specifici per erogare prestazioni per il Ssn:

- **Le regioni assicurano** i livelli essenziali e uniformi di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati (art. 8 bis).
- **L'esercizio delle attività** sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi che determina l'accreditamento delle strutture stesse (art. 8 ter).
- **L'accreditamento istituzionale** è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, garantendo la qualità dei servizi, l'appropriatezza, l'efficacia, la sicurezza delle prestazioni (8 quater) e la loro remunerazione in modo predefinito (art. 8 quinquies).

Modalità e criteri esposti riguardano i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi alla base di ogni prestazione

effettuata per conto del Ssn, ma incomprendibilmente nulla si dice per quanto riguarda coloro che le prestazioni le effettuano: il Personale. Ossia tutto l'impianto normativo riguardante l'accreditamento non fa menzione alcuna del Personale primo responsabile di ogni prestazione e senza il quale nessuna prestazione può essere eseguita. E ancora nessun riferimento al Personale nel successivo Dm 70/2015, in cui vengono definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, con affidamento alla programmazione regionale della realizzazione delle diverse reti ospedaliere e assegnazione delle relative funzioni ai presidi ospedalieri pubblici e privati.

Per trovare nelle regole di accreditamento una menzione, pur breve e riduttiva, riguardante il Personale bisogna andare al DPR 14 gennaio 1997, ancora una volta rivolto sostanzialmente ai *Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*, ma con un accenno al Personale nel paragrafo riguardante la *Gestione delle Ri-*



MENTO

sorse Umane. Il Personale è menzionato tra i Requisiti Minimi Organizzativi Generali, quasi che l'effettuazione delle prestazioni fosse da ascrivere ad un aspetto meramente organizzativo e non all'insieme dei requisiti, competenze, esperienza, che devono avere coloro che effettuano prestazioni sanitarie garantite dal Ssn per qualità, appropriatezza, sicurezza, ecc., dimenticando che sono gli attori principali delle prestazioni per il Ssn, sia che vengano erogate nell'ambito di una struttura pubblica, sia privata.

È pur vero che la Gestione delle Risorse Umane, *Human Resource Management*, è una funzione aziendale che riguarda la gestione del personale nel suo più vasto significato, individuando proprio nel personale la risorsa principale all'interno dell'organizzazione non più considerata come un costo, ma sempre più intesa come pilastro principale della struttura organizzativa aziendale. Gestione che non è una semplice direzione della turnistica, riposi e ferie ma comprende una serie di attività che vanno dalla selezione, arruolamento, formazione, valutazione delle performance, dotazioni qualitative e quantitative, alla sicurezza, all'inquadramen-

“

La mancanza di una esplicita declinazione normativa del concetto di Gestione delle risorse umane favorisce interpretazioni oltremodo riduttive (e di comodo!) soprattutto da parte di chi considera il Ssn come un libero mercato

to giuridico-contrattuale, al modello organizzativo, alla tutela dei diritti, alle relazioni e al piano retributivo. Quest'ultimo, in particolare, è unanimemente ritenuto una delle leve più importanti che consentono all'azienda una fattiva collaborazione dai propri addetti e si propone di perseguire finalità di *equità interna* e *competitività con il mercato del lavoro*.

Equità interna ossia la valutazione oggettiva delle differenze che vi sono tra i vari ruoli organizzativi. *Misura della competitività* rispetto al mercato esterno del lavoro, ossia il confronto tra quello che viene corrisposto ad un addetto che ricopre un determinato ruolo e quanto percepisce un lavoratore di un'altra azienda dello stesso settore. La cui carenza innesca in gran parte la fuga da un'azienda ad un'altra.

Tuttavia la mancanza di una esplicita declinazione normativa del concetto di Gestione delle risorse umane favorisce interpretazioni oltremodo riduttive (e di comodo!) soprattutto da parte di chi considera il Ssn come un libero mercato in cui la concorrenza non è rivolta al miglioramento delle prestazioni, bensì al perseguimento del mi-

glior business e in cui la voce personale è la più facile da comprimere sia sotto il profilo dei diritti e tutele che da quello delle retribuzioni.

È sembrata dunque aprirsi un'opportunità con la legge n. 118/2022 sulla *Concorrenza* che prometteva la revisione dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture e dei soggetti privati, finora gravati, come da più parti indicato, da eccessiva discrezionalità politico-amministrativa.

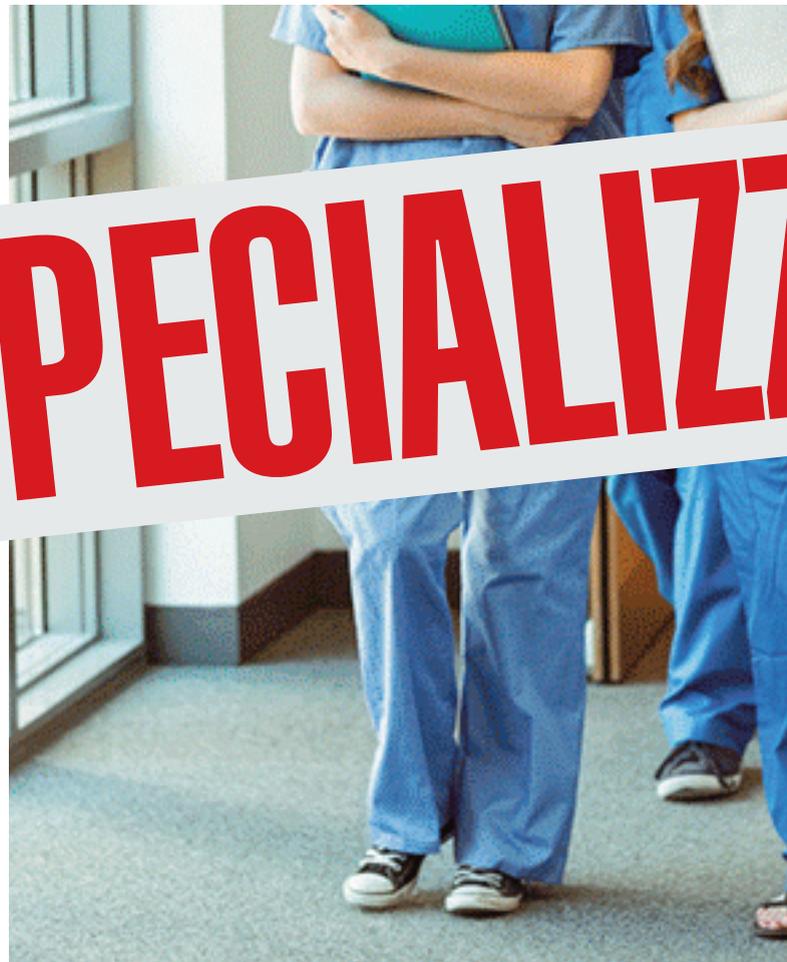
In realtà questa Legge, pur escludendo sostanzialmente la sanità secondo la direttiva Bolkestein, ha ancora una volta affidato alle Regioni e Province Autonome il compito di *vigilare sulle strutture accreditate circa il mantenimento dei requisiti minimi, dei requisiti ulteriori considerando strutture, risultati, percorsi, qualità delle codifiche, autovalutazione in merito al possesso dei requisiti ulteriori di accreditamento, alla valutazione della qualità, del controllo, della vigilanza e del monitoraggio delle attività erogate*. E come a suo tempo avevamo denunciato (Quotidiano Sanità 13 settembre 2022) non una parola né una menzione del Personale che di tutti i riferimenti esposti è il primo artefice, il protagonista senza il quale parole come sicurezza, appropriatezza, qualità, esiti sono completamente vuote.

A questo punto siamo arrivati alla Legge 136 del dicembre 2024 che sospende l'efficacia delle disposizioni di cui agli articoli 8 quater-comma 7, e 8 quinquies-comma 1 bis del d.lgs. 502/1992 fino agli esiti delle attività del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale da sottoporre all'intesa della Conferenza Stato-Regioni non oltre il 31 dicembre 2026.

Si potrebbero dunque aprire spiragli, pur tardivi, ma di rilevante importanza per la definizione di criteri, requisiti, tutele e diritti riguardanti coloro che, operando in nome e per conto del Ssn, non possono non avere riferimenti comuni, sia che agiscano nelle strutture pubbliche o private. Qualche esempio: l'inquadramento giuridico-contrattuale, l'anzianità di servizio, le norme sulla maternità, quelle sulla sicurezza, l'organizzazione del lavoro, il riconoscimento delle rappresentanze, le voci fisse dei trattamenti retributivi per citarne solo alcune.

È l'occasione per iniziare a porre finalmente mano a quell'integrazione tra soggetti erogatori pubblici e privati riguardante strutture, tecnologia, organizzazione ma anche il Personale, senza il quale il nostro invidiato Ssn continuerà nella sua inevitabile agonia.

MEDICI SPECIALIZZATI



Il 2025 deve essere l'anno della svolta riformista

Vorremmo iniziare il nostro anno di rappresentanza giovanile non con i soliti propositi e desiderata ma con una formale dichiarazione d'intenti rispetto ad un tema che è di fondamentale importanza per il Ssn

In questo inizio 2025 purtroppo ci tocca affermare che la qualità formativa nelle 1340 scuole di specializzazione italiane è per una ingente e significativa percentuale di esse, tra il 40% ed il 50%, una formazione del tutto parziale e scadente che non sta formando a dovere i 52.000 specializzandi e specializzande. Di conseguenza, decine di migliaia di specializzandi non ricevono un adeguato know-how di competenze teorico-pratiche per curare noi, i nostri famigliari e i nostri amici.

Citando un famoso politico della storia italiana più o meno recente, non crediamo che ci sia nessun Universitario in Italia che possa alzarsi e pronunciare un giuramento in senso contrario a quanto affermiamo senza che i fatti si incaricherebbero di dichiararlo spergiuro.

Queste nostre conclusioni derivano non soltanto dall'ormai quotidiana attività di rappresentanza che conduciamo

mo da anni fianco a fianco alle associazioni ALS e GMI, attraverso segnalazioni di irregolarità di nostri giovani colleghi che sono dei veri e propri gridi di aiuto, ma anche dagli annuali risultati dei questionari anonimi di valutazione che i medici specializzandi compilano, i cui risultati vengono elaborati dal MUR e che stiamo in maniera certosina aggregando in un libro bianco, i quali evidenziano una situazione disastrosa che va aldilà delle differenze nord-sud e delle branche chirurgiche-cliniche e dei servizi, tutte confermate con i sempre più frequenti articoli di stampa sulle irregolarità di singole scuole di specialità.

Tutti i medici e gli "addetti ai lavori" sono ben consci che una considerevole percentuale di scuole di specializzazione, non tutte ma 40%-50% di esse, non è diretta da un "Professore Illuminato" ma da universitari che identificano i "loro" allievi non come medici da formare in maniera eccelsa ma esclusivamente come manodopera a basso costo per l'attività routinaria del reparto universitario, obbligandoli a svolgere attività ripetitive per nulla formative ed a volte addirittura demansionanti, senza una minuziosa certificazione delle competenze stabilite per legge.

In queste scuole, tutto ciò viene svolto senza il rispetto delle norme sul monte orario con specializzandi obbligati a "la-

“

Non occorre un laureato in psicologia e/o psichiatria per comprendere che ambienti tossici determinano una condizione di stress emotivo e burn-out, il tutto completato dalla mancanza delle più elementari tutele di cui da decenni godono i lavoratori

vorare" anche 80-90 ore settimanali per decine di giorni consecutivi, senza possibilità di smonto notte o di riposi. Per quanto concerne l'attività teorica, in tali scuole le lezioni vengono svolte a singhiozzo, insieme ad altri corsi di specialità ed in contemporanea tra i vari anni accademici, il tutto con un esame di passaggio d'anno che diventa non solo una mera formalità, ma anche una vera arma di ricatto.

Le scuole chirurgiche sono le realtà in cui le competenze "reali" acquisite sono largamente al di sotto rispetto alle normative vigenti, con specializzandi a cui non viene permesso di sostenere il volume di interventi da primo, secondo e terzo operatore stabilito per legge, impossibilitati a ruotare nelle reti formative che rimangono attive solo sulla carta e senza una precisa e virtuosa rotazione, con ferie autorizzate solo se gli altri giovani colleghi "coprono" i turni di reparto. Non occorre un laureato in psicologia e/o psichiatria per comprendere che tali ambienti tossici determinano una condizione di stress emotivo e burn-out, il tutto completato dalla mancanza delle più elementari tutele di cui da decenni godono i lavoratori (paternità, congedi di lutto grave o di matrimonio, malattia del figlio minore, ricongiungimento familiare, legge 104, e tanto altro).

SPECIALIZZANDI



Assunzioni e incompatibilità: un vademecum per saperne di più

Infine, il maggiore organo deputato per legge alla verifica degli standard formativi, l'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica, è da sempre costituito per la stragrande maggioranza di professori universitari e solo per 3 membri su 15 da medici specializzandi, determinando una condizione che il controllore corrisponde esattamente al controllato con gli osservatori regionali, deputati alle site-visit in loco, che in molte regioni non sono attivati o vengono convocati molto raramente e che pertanto rende la macchina di verifica inefficiente ed impraticabile. Per sintetizzare all'ennesima potenza: l'Italia non sta per nulla formando a dovere i medici specialisti del futuro, i quali non hanno tutele e tendono al burnout e ciò rappresenta il principale motivo che porta alle carenze nelle specializzazioni più "delicate" dal punto di vista del carico di "lavoro" (prima tra tutte la medicina d'emergenza).

Si parla molto di "scuole non ambite" per colpa della mancanza di vocazione e/o per la giovanile ricerca spasmodica di sbocchi che garantiscano lauti guadagni, tutto ciò è vero per una minoranza di casi: il motivo principale è che i giovani aspiranti chirurghi o urgentisti sanno benissimo che accettando queste specialità italiane si infilano in un

Anaao Giovani e ALS (Associazione Liberi Specializzandi) hanno elaborato un vademecum open-source sull'abolizione delle incompatibilità lavorative dei medici specializzandi e sul potenziamento delle assunzioni mediante il cosiddetto Decreto Calabria. Questo vademecum, destinato non solo ai medici specializzandi, ma anche alle aziende sanitarie pubbliche e private, si è reso necessario a seguito delle modifiche introdotte dalla manovra economica 2025.

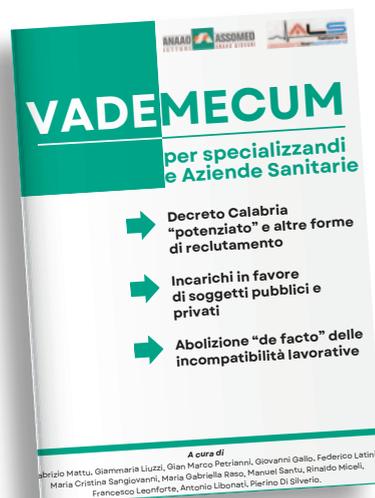
Per quanto riguarda l'abolizione de facto delle incompatibilità lavorative la legge di bilancio consente ai medici specializzandi di tutti gli anni di svolgere fino al 31 dicembre 2026 e fino ad 8 ore settimanali attività libero

professionale e cococo. Tali attività comprendono tutti i lavori in cui è richiesta la sola laurea in medicina o una specializzazione già conseguita e tali lavori, svolti al di fuori dell'orario formativo senza dover richiedere nessun nullaosta al proprio direttore di scuola, può essere svolto in strutture pubbliche e private. Finalmente cadono decine di attività lavorative ad oggi precluse ad oltre quarantamila specializzandi, i quali senza ricevere alcuna indennità di esclusività quando terminavano la loro attività formativa (inquadri da studenti) non potevano svolgere atti medici.

Sul potenziamento delle assunzioni DL Calabria la manovra per il 2025 proroga la possibilità di assumere medici in formazione fino al 31 dicembre 2027, e, novità fondamentale, di assumerli negli ospedali extra-rete formativa, sbloccando così migliaia di specializzandi vincitori di concorsi. Grazie a questa norma le aziende che intendono assumerli devono solo richiedere al Ministero della Salute la certificazione del possesso degli standard ed entro 90 giorni potranno completare l'assunzione. Si risolve così un vulnus ormai pluriennale in cui centinaia di reparti, alcuni dei quali polispecialistici con volumi assistenziali immensi e d'avanguardia, non potevano assumere giovani specializzandi a causa del loro mancato inserimento in rete formativa, alcune volte per motivi del tutto arbitrari.

Per semplificare la lettura il vademecum offre un excursus delle norme e FAQ per risolvere possibili dubbi, oltre a un modello di richiesta che le aziende sanitarie dovranno inviare ai ministeri competenti per procedere all'accreditamento delle strutture al fine di procedere all'assunzione.

"Queste due importanti novità per gli oltre 45.000 medici specializzandi – ribadiscono Anaao Giovani e Als – non possono distoglierci dal nostro obiettivo finale: la riforma della formazione medico specialistica che modifichi l'inquadramento del medico in formazione in un contratto incardinato nel Ccnl della dirigenza sanitaria con diritti e tutele dei lavoratori e una dignità formativa, retributiva e lavorativa".



Segue a pagina 16



La prevenzione tra piani quinquennali e realtà

Siamo ormai alla scadenza del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 e dire che abbia cambiato o, quantomeno, migliorato la salute degli italiani è alquanto pleonastico



PIERANGELO CLERICI
 Presidente
 Federazione
 Italiana Società
 Scientifiche di
 Medicina di
 Laboratorio
 (FISMeLab)

L'aulico preambolo al PNP recita "Il PNP 2020-2025 rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health). Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti. Il Piano sottolinea l'indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio, anche al fine di disporre di sistemi flessibili in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva, sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico in-

tegrata della cronicità".

Tutto ciò sintetizzato viene poi esplicitato in più di 200 pagine che dovevano essere tradotte dalle singole regioni (entro dicembre 2021) in Piani regionali. Le Regioni hanno ottemperato all'elaborazione dei Piani regionali con documenti di oltre 300 pagine che raggiungono in molti casi le 500 ed in un quasi 900.

Chi si fosse preso la briga di leggerli tutti si sarebbe reso conto che le buone intenzioni non mancano e se la salute transita dal benessere psico-fisico al controllo e monitoraggio di possibili malattie trasmissibili e non, diventa difficile, in un piano da realizzare, conciliare le attività di screening stante le interminabili liste d'attesa con l'incremento delle piste ciclabili (anche questo previsto).

Probabilmente un poco di pragmatismo non avrebbe fatto male.

Se, come i dati ci indicano, solo il 41% della popolazione (nel 2023) si sottoponeva a controlli medici appare evidente come la prevenzione resta un miraggio. Certo è che sugli stili di vita siamo inondati da informazioni che giungono non solo dai professionisti sanitari ma soprattutto dai social dimenticandosi che la partita importante però si gioca sulla prevenzione non solo primaria ma soprattutto secondaria con at-

ti concreti e non con spot pubblicitari. Giusto evitare comportamenti a rischio ma intervenire precocemente, e gli strumenti diagnostici adeguati esistono, in una popolazione sempre più anziana porterebbe a risparmi inauditi in termini di percorsi terapeutici-assistenziali senza contare l'impatto sulle attività produttive.

Siamo il Paese che alla prevenzione ha dedicato nel 2023 (dopo una pandemia che ha lasciato al palo tutti gli interventi di screening) lo 0,4% del PIL contro una media europea dello 0,61.

Il 75% del Fondo Sanitario è stato utilizzato per cure e riabilitazione e solo il 4% per la prevenzione; probabilmente cambiando i paradigmi di intervento e investendo maggiormente sulla prevenzione risparmieremo su altri interventi successivi sicuramente più costosi.

Assistiamo spesso al lancio di campagne di prevenzione, soprattutto in occasione di giornate dedicate a questa o quella malattia, ma la prevenzione non può essere lasciata alle campagne, deve essere un'azione coordinata e costante che segue l'individuo per tutta la sua vita, non possiamo accendere la coscienza dei singoli con solo messaggi pubblicitari ma con azioni educative partendo dalle scuole; la scomparsa del medico scolastico e, per i maschi, della visita pre-servizio militare (i fatidici 3 giorni) ha tolto quel minimo di controllo costante che risulta indispensabile in un'ottica di prevenzione soprattutto con la disponibilità di tecnologie diagnostiche all'avanguardia che meriterebbero attenzione, da parte dei decisori, per la loro acquisizione.

Ben vengano le Case di Comunità che potrebbero rivelarsi ottimi strumenti per la prevenzione soprattutto secondaria se adeguatamente strutturate con clinici e sistemi di diagnostica idonei e non solo come accade, purtroppo, come mega ambulatori per sopperire alla carenza dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Se non si investe pesantemente sulla prevenzione con fatti e risorse adeguate, e non solo con piani che riempiono centinaia di pagine quasi fossero esercizi didattici per funzionari e non indicazioni concrete sottoposte a verifica e controllo costante e non *una tantum*, rimarremo sempre fanalini di coda nel panorama europeo con la reale necessità di implementare sempre di più il Fondo per le cure e l'assistenza dimenticandoci che una popolazione controllata è sicuramente una popolazione più sana, più produttiva ed anche più felice.

Corte Costituzionale

sentenza n. 19/2024

Legittimo il sistema di raffreddamento della rivalutazione automatica delle pensioni introdotto dalla legge di bilancio per il 2023. Si riporta il comunicato stampa della Corte Costituzionale

“La legge di bilancio per il 2023, nell'introdurre misure di “raffreddamento” della rivalutazione automatica delle pensioni superiori a quattro volte il minimo Inps, non ha leso i principi di ragionevolezza, proporzionalità e adeguatezza posti a garanzia dei trattamenti pensionistici.

Lo ha deciso la Corte costituzionale, con la sentenza n. 19 dichiarando non fondate le questioni di legittimità costituzionale sollevate da alcune sezioni giurisdizionali regionali della Corte dei conti.

Secondo la Corte, il meccanismo legislativo non è irragionevole perché salvaguarda integralmente le pensioni di più modesta entità e, per un periodo limitato, riduce progressivamente la percentuale di indicizzazione di tutte le altre al crescere degli importi dei trattamenti, in ragione della maggiore resistenza delle pensioni più elevate rispetto agli effetti dell'inflazione.

Le scelte del legislatore risultano coerenti con le finalità di politica economica, chiaramente emergenti dai lavori preparatori e legittimamente perseguite, volte a contrastare anche gli effetti di una improvvisa spinta inflazionistica incidente soprattutto sulle classi sociali meno abbienti. Delle perdite subite dalle pensioni non integralmente rivalutate, del resto, il legislatore potrà tenere conto in caso di eventuali future manovre sull'indicizzazione dei medesimi trattamenti”.

Cassazione Sez. Lavoro

sentenza n. 2618/2025

Scatta il licenziamento se durante il congedo parentale svolgi un altro lavoro.

Il diritto al congedo parentale, previsto dall'art. 32 del d.lgs. n. 151/2001, è finalizzato ad assicurare l'assistenza affettiva e materiale del genitore al figlio nei primi anni di vita. L'uso del congedo parentale per svolgere attività lavorativa, in contrasto con le sue finalità, costituisce abuso del diritto e può integrare giusta causa di licenziamento, indipendentemente dalla sovrapposizione temporale tra il periodo di congedo e l'attività lavorativa.

Corte Appello Ancona

sentenza n. 52/2025

Aggressioni al personale sanitario.

La Corte di appello di Ancona ha stabilito un risarcimento del danno morale soggettivo e di un danno biologico, per un totale di oltre 22mila euro, a favore di una infermiera aggredita nel 2017 mentre lavorava al triage del pronto soccorso dell'Ospedale di Ascoli Piceno.

Tribunale di Como - Sez. II civile

sentenza 16/2025

Colpa grave del sanitario: solo errori inescusabili la possono qualificare.

La colpa grave del sanitario è configurabile laddove vengano commessi errori inescusabili, sintomatici di una gestione clinica connotata da superficialità, nonché nei casi in cui l'evento dannoso risulti facilmente prevedibile o prevenibile. Al contrario, qualora il professionista abbia agito nel rispetto delle linee guida e l'errore derivi da un'applicazione non ottimale delle regole tecniche dovuta alle specifiche modalità operative di un intervento eseguito in condizioni di emergenza, l'errore di esecuzione del chirurgo non può essere qualificato come inescusabile e grossolano.

Tribunale di Palmi

sentenza n. 746/2024.

Morte e perdita di chance per mancato trasferimento in ospedale.

C'è responsabilità della struttura sanitaria anche per la perdita di chance di sopravvivenza della paziente, intesa come riduzione della possibilità di rallentare l'evoluzione patologica, indipendentemente dalla certezza del risultato finale. È necessaria una dimostrazione della condotta colposa e del nesso causale tra l'azione od omissione dei sanitari e la diminuzione delle probabilità di un esito favorevole.

RASSEGNA DELLE SENTENZE IN SANITÀ

Proponiamo alcune recenti sentenze selezionate tra quelle di maggiore interesse per la categoria

A cura dell'Ufficio Legale Anaao Assomed

TAR Friuli V.G. - Sezione I

sentenza n. 19 del 13/01/2025

Monetizzazione delle ferie non godute dei dipendenti pubblici.



La normativa italiana in materia di ferie non godute è molto dettagliata e prescrive diritti e doveri per entrambe le parti: lavoratore e datore di lavoro. Secondo quanto prescritto dall'art. 10 del d.lgs. 66/2033, il lavoratore dipendente deve utilizzare 2 settimane di ferie durante l'anno di maturazione; i giorni residui – quelli conteggiati nella parte bassa della busta paga – potranno essere goduti entro i 18 mesi successivi. Ma cosa succede se le ferie non sono state godute entro le scadenze previste per legge (o dalla contrattazione collettiva)? Se il dipendente non fruisce delle quattro settimane di ferie nei tempi previsti, c'è il divieto di monetizzazione: ossia, le ferie non possono essere pagate in busta paga. Il datore di lavoro ha tuttavia l'onere di dimostrare di aver esercitato “tutta la diligenza necessaria affinché il lavoratore fosse effettivamente in condizione di fruire delle ferie annuali retribuite”.

Questa carenza informativa, osserva il TAR, rende illegittima l'estinzione del diritto alle ferie non godute e, conseguentemente, il mancato riconoscimento dell'indennità sostitutiva. Il diritto alla retribuzione delle ferie non godute, dunque, matura non solo nel caso in cui le richieste siano state rigettate per esigenze di servizio, ma anche nel caso in cui l'ente di appartenenza non abbia informato i dirigenti ed i dipendenti che hanno delle ferie non godute e che la mancata richiesta determina, come conseguenza, il venire meno del diritto alla loro fruizione.

Segue da pagina 6

I compensi erogati per lo svolgimento delle prestazioni aggiuntive di cui al presente comma sono soggetti a una imposta sostitutiva dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 15 per cento. Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 218 e 219, della citata legge n. 213 del 2023 in materia di prestazioni aggiuntive. Agli oneri derivanti dal presente comma, valutati in 31.400.000 euro per l'anno 2025 e in 3.000.000 di euro per l'anno 2026, si provvede mediante utilizzo delle risorse iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 519, della legge 30 dicembre 2023, n. 213. Alla compensazione degli effetti finanziari in termini di fabbisogno e di indebitamento netto derivanti dal presente comma, pari a 31.400.000 euro per l'anno 2025 e 3.000.000 di euro per l'anno 2026 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per la compensazione degli effetti finanziari non previsti a legislazione vigente conseguenti all'attualizzazione di contributi pluriennali, di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189.

- **Al comma 11-bis**, al fine di rafforzare le misure di prevenzione per il tumore al seno, è autorizzata la spesa di 200 mila euro per l'anno 2025 e di 800 mila euro per l'anno 2026 per avviare progetti di rafforzamento dell'adesione e dell'estensione mediante campagne di screening regionale per le donne nelle fasce d'età 45-50 anni e 70-74 anni.
- **Comma 12.** proroga degli incarichi semestrali di lavoro autonomo per i dirigenti medici, veterinari e sanitari, nonché per il personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, anche ove non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo, nonché per gli operatori socio-sanitari collocati in quiescenza.

- **Al comma 12-bis**, le modalità di utilizzo di strumenti alternativi al promemoria cartaceo della ricetta elettronica e di utilizzo presso le farmacie del promemoria della ricetta elettronica, sono prorogate sino al 31 dicembre 2025 e sono estese all'invio del numero di ricetta elettronica (NRE) a mezzo di posta elettronica.
- **Al comma 12-ter**, in favore dei policlinici universitari gestiti direttamente da università non statali è disposto, a titolo di concorso statale al finanziamento degli oneri connessi allo svolgimento delle attività strumentali necessarie al perseguimento dei fini istituzionali, il finanziamento di 50 milioni di euro per l'anno 2024, di 35 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2015 al 2027 e di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028.
- **Al comma 12-quater**, riguardo il ripiano del tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti, stabilisce che il Decreto del Ministero della Salute che dovrà stabilire termini, condizioni e modalità per la distribuzione delle quote variabili spettanti alle Regioni, dovrà essere emanato entro 50 giorni dall'entrata in vigore della legge 189/2024.
- **Al comma 12-quinquies** si dispone che gli incassi di cui al ripiano della spesa farmaceutica per acquisti diretti per l'anno 2023 possono essere utilizzati dalle Regioni per assicurare l'equilibrio del settore sanitario nell'anno 2024. Resta ferma la compensazione di eventuali pagamenti con riserva a valere sul fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno in cui il pagamento con riserva è definito, qualora di entità inferiore.
- **Il comma 12-sexies** puntualizza che le disposizioni di cui al comma 12-quinquies si applicano nei limiti di quanto effettivamente versato dalle aziende farmaceutiche alla data del 20 marzo 2025.

Medici specializzandi

Segue da pagina 13

ginepraio pieno di problematiche e inefficienze formative, lavorative e retributive e preferiscono emigrare all'estero o scegliere altre specialità. Tali carenze non risolveranno nell'inefficace, inutile e dispendioso aumento degli ingressi a medicina che comporterà solo la reintroduzione di una pletera medica.

Pertanto, il sistema della formazione medica post-laurea si salva solo riformandolo in maniera profonda. Anaao Assomed, insieme a tutte e sottolineiamo tutte le realtà associative, ritiene che il tempo sia scaduto: occorre una riforma della formazione medica attraverso un cambio d'inquadramento dello specializzando, incardinato nel Ccnl con una dignità formativa, retributiva e lavorativa e soprattutto con una rigorosa e centralizzata verifica delle competenze che man mano vengono erogate ed il minuzioso accertamento del rispetto delle norme.

Il mondo accademico della formazione medica è diviso in due: da un lato ci sono i professori illuminati che tengono a cuore i loro discenti, dall'altro coloro che non faticiamo a definire baroni che in modo estremamente cosciente se ne infischiano della formazione (e al loro benessere psico-fisico) per il loro tornaconto personale. Siamo pronti a lavorare con tutti gli universitari che non si sono arroccati nella loro torre d'avorio, che lottano per mantenere questo malsano e illegale status quo, che affermano che *"la formazione italiana è tra le migliori del mondo, i nostri specialisti sono i più apprezzati all'estero"* mentendo sapendo di mentire perché la maggioranza dei nostri connazionali che sono effettivamente apprezzati oltreconfine perché la formazione post-laurea che hanno ricevuto all'estero, obbligati a integrare o peggio ancora sostituire quella ricevuta in Italia.

Questa stagione riformista vorremmo inaugurarla con i veri e autentici "Maestri", per creare un sistema formativo che sia eccellente, che possa sfornare professionisti che curino e salvino vite, che impedisca la ricerca di formazione estera, che metta fine a questo ormai anacronistico ed impraticabile impianto formativo italiano, un unicum nel panorama europeo. Noi ci siamo, senza pregiudizi e pregiudiziali.

Il cambiamento parte da te!

Diventa referente Anaaao nella tua azienda!

www.anaao.it



Partecipa attivamente
all'attività sindacale per tutelare
i diritti delle colleghe e dei
colleghi nell'applicazione delle
regole normative e contrattuali
all'interno dell'azienda.

Segui i webinar e i corsi
di formazione gratuiti
dedicati ai futuri Dirigenti
sindacali Aziendali.

Entra a far parte di una comunità
di professionisti e condividi
esperienze con colleghi
e colleghe di tutta Italia.

Non perdere questa opportunità.
Partecipa anche tu al mandato 2026-2030

Compila il form di richiesta



Per maggiori informazioni
scrivi a segreteria.nazionale@anaao.it



myAnaaao

Connessi per Assisterti.

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



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

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

#ioscelgoAnaaao



www.anaao.it

