

dirigenza medica

- 1 **Editoriale**
La confusione di competenze
che non fa bene al Ssn
- 5 **Fems**
Intervista ad Alessandra
Spedicato, presidente FEMS
- 8 **Rinnovo Ccnl 2022-2024**
Anaao-Cimo:
Avviare subito le trattative
- 12 **Conferenza Nazionale
della Dirigenza Sanitaria**
Riforme, diritti e innovazione

Il mensile dell'Anaao Assomed



Le criticità del Ssn arrivano in Europa

L'ANAAO AL PARLAMENTO EUROPEO

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 aprile 2025

La confusione di competenze che non fa bene al Ssn

Nella società moderna ogni argomento di interesse per l'opinione pubblica diventa tema da bar, recluta esperti improvvisati, si presta a soluzioni bizzarre che rischiano, a volte, di arrivare in Parlamento, diventando proposta politica, di governo o di opposizione. È da tempo ormai che parliamo di revisione dell'ordinamento professionale medico, di responsabilità della professione, dei rischi prodotti dalla mancanza di una definizione legislativa di "atto medico" su cui basare la nostra attività quotidiana.

Responsabilità medica e atto medico sono legati da un filo neanche sottile. Non esiste un'azione diagnostico-terapeutica che non comporti assunzione di responsabilità. Allo stesso modo, non è impensabile (o almeno dovrebbe esserlo) che il medico venga oberato, oltre che del carico del suo lavoro e di incombenze burocratiche, anche di una responsabilità tout court delle azioni sanitarie. Il tutto senza che ci sia una declaratoria di ruoli e funzioni del medico stesso.

Il trasferimento di mansioni tra figure professionali del Ssn è certo possibile, a condizione, però, che con le mansioni vengano trasferite le responsabilità, penali, etiche, civili, conseguenti e legate a quegli atti.

Con curiosità mista a preoccupazione, apprendiamo che nella discussione parlamentare del ddl Prestazioni sanitarie un Onorevole ha proposto di 'estendere l'atto medico agli altri professionisti sanitari', in risposta, forse, a un articolo che semplicemente prevede che la diagnosi e la terapia siano appannaggio esclusivo del medico.

Francamente, si fa fatica a comprendere quale problema rappresenti il fatto che il medico abbia la responsabilità, nonché il diritto e il dovere, di fare diagnosi e terapia. Probabilmente, però, qualcuno pensa che l'azione del medico sia uguale a quella di un qualsiasi altro operatore della sanità o che un qualsivoglia professionista sanitario necessiti dell'etichetta di 'atto medico' per veder riconosciuto il proprio lavoro e valorizzate le proprie competenze.

Sia chiaro. I professionisti della catena sanitaria sono tutti indispensabili nella loro funzione, ma occorre evitare confusione nelle competenze e nelle responsabilità. E non dimenticare che, ai fini della valorizzazione delle professioni sanitarie, tutte, la priorità è rendere attrattivo il lavoro in corsia attraverso assunzioni, aumento delle retribuzioni, miglioramento delle condizioni di lavoro.



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

Segue a pagina 16

Strategie per superare le criticità del Ssn

A colloquio con l'Europarlamentare On. Raffaele Topo, il Segretario Nazionale Pierino Di Silverio e Maurizio Cappelletto componente per l'Anaa dell'Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, hanno evidenziato le principali criticità del Servizio Sanitario Nazionale e del suo capitale umano, per confrontarsi sulle strategie che anche l'Europa può mettere in campo per superare la crisi.



L'ANAAO AL PARLAMENTO EUROPEO

Pierino Di Silverio, segretario generale dell'Anaa Assomed, in occasione della presentazione al Parlamento europeo del "Libro bianco sulle condizioni di lavoro dei medici in Europa", il 23 aprile scorso, ha puntato i riflettori sul problema della fuga dei medici dal servizio di cure pubbliche.

"È un problema multifattoriale, legato a diversi aspetti – ha detto – il primo è rappresentato dalle condizioni di lavoro. Oggi i medici in Italia vivono una situazione drammatica: lavorano più di 60 ore a settimana rispetto alle 34 ore previste dal contratto. Operano in una

condizione di totale insicurezza, determinata non solo dalla carenza di sicurezza infrastrutturale nei luoghi di lavoro, ma anche dall'aumento continuo delle aggressioni, nonostante i tentativi continui di introdurre misure deterrenti".

A questo si aggiunge il problema economico: "Come evidenziato egregiamente dall'ultimo rapporto Fems, i medici italiani sono agli ultimi posti in Europa non solo per gli stipendi lordi, ma soprattutto se questi vengono rapportati al costo della vita. In queste condizioni, il servizio di cure pubbliche ita-

liane è a serio rischio: negli ultimi diciotto mesi, 8.000 medici in età non pensionabile hanno deciso di lasciare il Servizio Sanitario Nazionale. È una fuga continua, una vera e propria emorragia, che ha assunto le caratteristiche – come più volte denunciato da Anaa Assomed – di una vera e propria emergenza nazionale".

Le soluzioni sono al contempo semplici e complesse, ha precisato Di Silverio, non si può intervenire solo sul piano economico: "È necessario agire sulle condizioni di lavoro, sulle opportunità di carriera, sulla formazione, e soprattutto sull'ambiente lavorativo. I medici oggi chiedono un ambiente di lavoro più umano, più a misura di persona. La conciliazione tra vita privata e lavoro passa da queste richieste, ma non si esaurisce qui.

È fondamentale anche un intervento economico, ma soprattutto, il riconoscimento sociale del ruolo del medico in Italia, che purtroppo si è affievolito



negli anni, complice anche il disinvestimento nella sanità pubblica e la crisi dello Stato sociale. In assenza di filtri nella medicina territoriale e di una adeguata organizzazione intraospedaliera, il medico si trova schiacciato tra iper-burocrazia, responsabilità etica e obblighi morali e professionali verso una popolazione sempre più bisognosa di cure gratuite e accessibili, che il sistema, così com'è oggi, fatica a garantire.

Sostanzialmente – conclude – occorre un vero e proprio ‘Piano Marshall’ per i dirigenti medici e sanitari. Dobbiamo attrarre nuove risorse, anche perché, mentre 8.000 colleghi se ne vanno, cominciamo a importare medici dal Sud Europa e da Paesi extraeuropei. Formare un medico in Italia costa quanto una Ferrari: ogni medico che lasciamo andare è come regalare una Ferrari all'Europa e al mondo. E poi, paradossalmente, siamo costretti a importare professionisti a costi nettamente inferiori, il che si traduce in un evidente svantaggio anche economico”.

La violenza sui medici è stata al centro dell'intervento di Maurizio Cappiello: “Purtroppo il fenomeno delle aggressioni rappresenta, innanzitutto, un tema di cronaca, ma rimane anche una questione di grandissima attualità. Abbiamo condotto diversi studi e indagini; tra tutti, cito l'ultimo realizzato da tutti gli Ordini professionali dei medici e delle professioni sanitarie. Un dato



su tutti: solo nel 2024 si sono registrati 7.000 operatori sanitari aggrediti, per un totale di oltre 14.000 aggressioni censite, con una media di due aggressioni per ogni professionista”. Il dato più sconcertante per Cappiello, riguarda la violenza di genere: “L'81% delle aggressioni ha coinvolto donne. Un fenomeno che, fino a pochi anni fa, sarebbe stato inimmaginabile. Sulle cause si può discutere a lungo: esistono molte spiegazioni, ma mai una giustificazione per tali atti di violenza. È un fenomeno trasversale che colpisce ospedali, ambulatori distrettuali e tutti i luoghi di cura. Alcuni contesti, come il pronto soccorso, risultano particolarmente esposti, soprattutto per l'aumento dei bisogni di cura e il sovraffollamento. Una delle cause principali è la percezione, da parte dei cittadini, di

non ricevere una risposta adeguata ai propri bisogni di salute”.

A ciò si aggiunge un ulteriore problema: la comunicazione.” La carenza di personale, aggravata dalla fuga di professionisti dal Servizio Sanitario Nazionale – ha sottolineato – costringe i medici a gestire un numero eccessivo di pazienti in tempi ridottissimi. Questo compromette inevitabilmente la capacità di comunicare in modo efficace con i pazienti e i loro familiari, proprio in momenti di forte emotività, come quelli che si vivono in un pronto soccorso.

Le soluzioni che proponiamo partono da un percorso legislativo avviato nel 2020 con la Legge 113, e culminato l'anno scorso con la Legge 137 del 2024, introducendo misure deterrenti. Tra queste, l'inasprimento delle pene, la possibilità dell'arresto in flagranza di reato di danneggiamento della cosa pubblica, che prima non esisteva, dimostrabile anche tramite le registrazioni delle telecamere di sorveglianza.

Tuttavia, permangono criticità: esiste una raccomandazione del Ministero della Salute, la Raccomandazione n. 8, che suggerisce l'installazione di telecamere nei luoghi di cura. È però solo una raccomandazione, non un obbligo di legge, e comporta un onere di spesa per le aziende sanitarie. La nostra proposta, come Anaao Assomed, è quella di trasformare questa raccomandazione

L'ANAAO AL PARLAMENTO EUROPEO



in legge, rendendo obbligatoria l'installazione delle telecamere nei presidi sanitari”.

Tornando al tema della comunicazione, conclude Cappiello: “Riteniamo che essa abbia una rilevanza strategica per ridurre le aggressioni. Una proposta concreta è prevedere la presenza di figure intermedie dedicate a fornire informazioni di primo livello ai pazienti e ai loro familiari: ad esempio, aggiornamenti sul percorso diagnostico, sull'esito degli esami o sulla prospettiva di dimissione o ricovero. Abbiamo osservato che circa il 30% delle aggressioni è legato a carenze comunicative.

Tutte queste misure, messe insieme, non elimineranno completamente il fenomeno, ma possono certamente contribuire a contenerlo e a migliorare significativamente la sicurezza degli operatori sanitari”.

On. Raffaele Topo: “Servono riforme profonde per salvare il sistema sanitario nazionale”.

Durante un intervento al Parlamento europeo, l'onorevole Raffaele Topo ha lanciato un forte allarme sul futuro del

sistema sanitario italiano ed europeo. Al centro del suo discorso, la necessità urgente di garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari, oggi messi sotto pressione da mutamenti demografici, costi crescenti e carenze di personale medico.

“Quando nacque il nostro Servizio Sanitario Nazionale – ha ricordato Topo – l'Italia era un Paese giovane e più ricco. Oggi dobbiamo affrontare nuove sfide: una popolazione che invecchia, un aumento esponenziale del costo dei farmaci e una professione medica sempre più a rischio”.

Tra i principali nodi sollevati, il problema della fuga dei medici: negli ultimi anni circa 8.000 professionisti hanno lasciato il sistema sanitario nazionale, impoverendo ulteriormente un settore già fragile. “Il paradosso – ha sottolineato Topo – è che, mentre cresce il bisogno di medici, il sistema formativo attuale, ancora vincolato al numero chiuso, non riesce a fornire un numero sufficiente di laureati. Dobbiamo pensare a una formazione medica armonizzata a livello europeo, aumentando il numero dei formati e rafforzando la tutela della professione”.

Formazione e tutela dei lavoratori della sanità sono infatti al centro delle proposte avanzate da Topo. Tra queste, il riconoscimento del lavoro medico come “lavoro usurante”, con l'introduzione di misure che consentano ai professionisti in età avanzata di svolgere mansioni compatibili con le proprie condizioni fisiche, senza abbandonare il servizio attivo.

Un passaggio significativo è stato dedicato anche alla tutela del lavoro femminile nel mondo sanitario. “Se vogliamo una sanità competitiva – ha dichiarato – dobbiamo garantire condizioni che permettano alle donne medico di conciliare carriera e vita familiare, evitando che siano costrette a scelte penalizzanti come il part-time”.

Topo ha inoltre denunciato la crescente quota di spesa sanitaria privata: a fronte di una spesa pubblica di circa 135-136 miliardi di euro, i cittadini italiani sostengono direttamente altri 44 miliardi, il 25% del totale. “È una situazione ipocrita – ha commentato – perché mentre si proclama un sistema sanitario pubblico universale, in realtà si scarica silenziosamente sulle famiglie una quota crescente dei costi”.

Infine, l'onorevole ha messo in guardia contro il rischio di disparità regionali. “Se il regionalismo differenziato non verrà contenuto – ha avvertito – assisteremo a una concorrenza interna spietata, con alcune regioni in grado di attrarre medici offrendo condizioni economiche migliori, a scapito delle regioni più deboli, soprattutto nel Sud”.

Un appello all'Europa. Concludendo il suo intervento, Topo ha chiesto un ruolo più incisivo dell'Europa su temi come il riconoscimento del lavoro usurante, la protezione dei lavoratori della sanità e la sostenibilità del settore. “Non basta più una generica cooperazione – ha affermato – servono azioni concrete. Questa giornata deve servire a costruire un programma di interventi che dia finalmente risposte efficaci alla crisi del nostro sistema sanitario”.

Intervista
ad Alessandra
Spedicato
presidente
FEMS

Il lavoro medico è usurante, **ma** **l'Europa lo ignora**

Dal riconoscimento della professione medica come attività usurante alle criticità sull'orario di lavoro, dalla crisi delle vocazioni alla fuga dei professionisti verso i Paesi più "accoglienti", fino alla necessità di una rappresentanza sindacale autonoma. Alessandra Spedicato ci racconta la sua visione e le battaglie che intende portare avanti a Bruxelles

di Ester Maragò

Da pochi mesi alla guida della Federazione europea dei medici dipendenti (Fems), l'anestesista-rianimatrice **Alessandra Spedicato**, traccia un quadro netto delle criticità che affliggono la professione medica in Europa: turni massacranti, carenza di personale, normative superate e una crescente disaffezione tra i giovani medici. Forte anche della sua lunga esperienza nelle file del sindacato Anaao Assomed. In questa intervista esclusiva, Spedicato rilancia la necessità di riconoscere il lavoro medico come usurante, denuncia il mancato rispetto delle regole sull'orario di lavoro e lancia una serie di proposte concrete presentate il 23 aprile al Parlamento europeo. Dal Libro bianco sulla salute dei medici alla revisione degli organici basata sul Full Time Equivalent, fino alla battaglia per la tutela sindacale autonoma e il diritto di sciopero, la presidente Fems offre una visione lucida e combattiva del futuro della sanità europea. Senza dimenticare che ormai per uscire dall'impasse bisognerà inevitabilmente arrivare ad una ridefinizione dei ruoli professionali, con una distribuzione più razionale delle competenze.



Intervista ad **Alessandra Spedicato**

Dottorssa Spedicato, da ottobre scorso lei è alla guida della Fems. Un incarico prestigioso e, immaginiamo, impegnativo. Che sfida rappresenta per lei questo nuovo ruolo?

È sicuramente una sfida importante, ma anche necessaria. Il contesto in cui si muove oggi la medicina europea è profondamente cambiato rispetto al passato. È cambiata la medicina in sé, sono mutate le esigenze dei professionisti e – fattore non trascurabile – è cambiata la composizione della categoria. Oggi la presenza femminile tra i medici è sempre più significativa e con essa emergono nuovi bisogni, istanze diverse, che richiedono risposte concrete. Il rischio è quello di restare ancorati a schemi superati. Per questo dico che serve un'accelerazione: dobbiamo metterci, e con urgenza, al passo con i tempi.

Qual è secondo lei, oggi, la priorità assoluta da affrontare per migliorare le condizioni di lavoro dei medici in Europa?

Senza alcun dubbio l'orario di lavoro. È il primo nodo da sciogliere. La normativa europea sull'orario non è più adeguata: non garantisce i diritti fondamentali dei lavoratori, a partire dal riposo giornaliero e settimanale, che in molti Paesi – soprattutto quelli dove c'è una cronica carenza di personale – non vengono rispettati. In pratica, il banco è saltato. Ogni Stato si arrangia come può: c'è chi adotta l'opt-out, chi combina l'attività dipendente con quella libero-professionale nello stesso ospedale, chi carica di ore extra il personale, ignorando ogni norma. Il risultato è un sistema disfunzionale e iniquo.

Un modello che mal si concilia anche con le aspettative delle nuove generazioni di medici, giusto?

Absolutamente. I giovani medici non sono più disposti ad accettare turni massacranti o ritmi insostenibili. Non vogliono rinunciare alla qualità della vita. Vogliono lavorare bene, con serietà, ma senza sacrificare ogni cosa. È una richiesta legittima, e noi dobbiamo saperla ascoltare. Una delle soluzioni potrebbe essere una maggiore apertura al part-time, con formule più flessibili. Ma il problema va ben oltre: serve una riflessione seria su come conciliare questa nuova visione del lavoro con le reali esigenze dei sistemi sanitari. Serve una politica europea strutturata su questo.



“**L'orario di lavoro è la priorità assoluta da affrontare per migliorare le condizioni di lavoro dei medici. La normativa europea non è più adeguata: non garantisce i diritti fondamentali dei lavoratori, a partire dal riposo giornaliero e settimanale**

Lei ha più volte sottolineato l'urgenza di riconoscere il lavoro medico come usurante. Perché questa battaglia è così importante?

Perché è un paradosso che, nel 2025, il lavoro medico non venga ancora considerato usurante a livello europeo. È un vuoto normativo che non possiamo più permetterci. Le vecchie generazioni si sono concentrate sulla tutela dell'identità professionale, tralasciando l'impatto fisico e psichico del lavoro. Io, da anestesista-rianimatore, vivo sulla mia pelle cosa significa affrontare turni notturni, ore infinite in sala operatoria, situazioni di emergenza continue. E non parlo solo della stanchezza: ci sono dati scientifici che mostrano chiaramente come il lavoro notturno sia associato, ad esempio, a un aumento del rischio di sviluppare alcuni tipi di tumore, in particolare il carcinoma mammario.

Quindi un tema che riguarda anche la crescente femminilizzazione della professione medica.

Esattamente. Non è più sostenibile ignorare questa realtà. Se la medicina è sempre più al femminile, allora bisogna te-

ner conto anche delle vulnerabilità specifiche legate alla salute di genere. Il riconoscimento del lavoro usurante non è solo una questione previdenziale – per quanto la possibilità di un pensionamento anticipato sarebbe una conquista – ma anche e soprattutto di prevenzione. Dobbiamo mettere in campo strategie che accompagnino il medico per tutta la sua carriera, proteggendolo e garantendogli salute e dignità lavorativa fino alla fine del percorso.

Il 23 aprile avete presentato al Parlamento europeo il “Libro bianco sulle condizioni di lavoro dei medici in Europa”. Di cosa si tratta?

Il Libro Bianco della Fems è un progetto unico, che racconta le condizioni di lavoro dei medici in Europa da un punto di vista privilegiato, quello di professionisti che sono al tempo stesso medici ed esperti sindacalisti. Dunque, accanto alle criticità evidenziate, vengono riportate analisi e possibili soluzioni. Presentare al Parlamento Europeo significa avere interlocutori privilegiati che possono realmente mettere in atto un cambiamento nelle politiche del lavoro dei medici dipendenti.

“

La reperibilità è spesso utilizzata come strumento per coprire le carenze di personale. Costa meno, è più flessibile, ma è anche più stressante per il medico

Quali sono i principali temi che ha evidenziato?

Attualmente, in molti Paesi europei, Italia compresa, si calcola il fabbisogno di personale sulla base del numero di “teste”. Ma questa è una fotografia falsata. La popolazione medica è sempre più anziana, sempre più femminile, e quindi soggetta a congedi parentali, permessi 104, gravidanze, malattie. Il risultato è che, sulla carta, ci sono i numeri. Ma nella realtà, le corsie sono sguarnite e il carico ricade su chi resta operativo. Per questo abbiamo proposto un cambio di paradigma: il Full Time Equivalent (FTE).

Può spiegare meglio questo concetto?

Il FTE misura il tempo effettivo che un lavoratore dedica all'attività professionale. Se lavoro a tempo pieno, il mio FTE è 1. Se sono part-time, sarà 0,5. Ma se sono in malattia per un lungo periodo, il mio FTE è di fatto zero, anche se formalmente sono in organico. È un indicatore molto più realistico, che ci permette di capire davvero quante risorse abbiamo a disposizione e come distribuire il lavoro. Il nostro obiettivo è ottenere un sistema che calcoli gli organici sulla base dell'FTE, suddiviso per genere e fascia d'età, con un coefficiente correttivo che rifletta la reale disponibilità lavorativa.

Avete portato al Parlamento europeo anche altre istanze?

Certamente. Un altro tema fondamentale è quello della reperibilità passiva, che oggi viene considerata tempo di riposo. Ma non è così. Se un medico è reperibile, non può organizzare liberamente il proprio tempo, perché è in attesa di essere chiamato. In alcuni Paesi è persino obbligato a restare fisicamente nei pressi dell'ospedale. È una violazione evidente della libertà individuale. Eppure, questa condizione viene sistematicamente ignorata, anche per motivi economici.

In che senso?

Nel senso che la reperibilità è spesso utilizzata come strumento per coprire le carenze di personale. Costa meno, è più flessibile, ma è anche più stressante per il medico. È un tema finora mai affrontato in modo sistemico, eppure centrale se vogliamo costruire un'organizzazione del lavoro equa, moderna e sostenibile.

Quali progetti la Fems vuole mettere in campo nell'immediato futuro?

Abbiamo lanciato una indagine rivolta a tutti i medici in Europa intitolata “Shaping the future of doctors' health”. È un progetto ambizioso e, credo, molto importante. Lo abbiamo realizzato in collaborazione con la Fondazione Pietro Paci. Si tratta di un'analisi approfondita sull'impatto dell'organizzazione del lavoro sulla salute dei medici in Europa. Raccoglieremo dati sulle assenze per malattia, sull'insorgenza di patologie croniche, sul carico orario e sulle condizioni psicofisiche dei professionisti. L'obiettivo è duplice: da un lato offrire una base scientifica per sostenere il riconoscimento del lavoro medico come usurante, dall'altro aprire una riflessione concreta su come riorganizzare gli organici.

C'è anche una riflessione da fare sul ruolo del sindacato medico in Europa. Cosa sta accadendo?

In alcuni Paesi si sta mettendo in discussione il diritto dei medici a scioperare, in nome della tutela dell'assistenza sanitaria alla popolazione. È accaduto in Slovenia, e ci ha provato anche il Regno Unito. È un rischio enorme. Il diritto di rappresentanza sindacale è fondamentale. Senza di esso, i medici diventano lavoratori silenziosi, privi di voce. Per questo lotterò perché i medici mantengano una rappresentanza autonoma, separata dal resto della pubblica amministrazione.

In Italia, però, i medici sono ancora nel “calderone” della PA. Cambierà qualcosa?

Ce lo auguriamo. I medici non sono impiegati qualsiasi. Hanno competenze, responsabilità, rischi enormi. Meritano una contrattazione separata. In alcuni Paesi addirittura gli infermieri - più numerosi - rappresentano anche i medici nei tavoli contrattuali. Una cosa impensabile. La professione medica ha una sua identità e una sua dignità, che non può essere delegata ad altri.

Un'ultima domanda: come vede il futuro della professione medica in Europa, alla luce della crescente carenza di specialisti?

La situazione è complessa. In Paesi come Polonia, Romania, Ungheria e Bulgaria, c'è una vera e propria emorragia di medici verso realtà più attrattive come Germania, Svizzera e Fran-

cia. In Italia, per ora, il fenomeno è contenuto, ma non possiamo abbassare la guardia. La soluzione passa per il task shifting, ovvero la ridefinizione dei ruoli professionali, con una distribuzione più razionale delle competenze. Naturalmente, il task shifting non è un mero passaggio di consegne. Deve richiedere un maggior investimento economico sul personale sanitario da parte della politica. Perché i medici, a fronte delle competenze che passeranno ad altre professioni, dovranno dedicarsi alle super specializzazioni (di cui già si parla in Europa) che richiedono nuove abilità, nuovi scenari e nuovo impegno.

Non teme che questa riorganizzazione possa creare frizioni con altre professioni sanitarie?

È un rischio, certo. Ma è inevitabile affrontarlo. Serve una definizione chiara dell'atto medico e un quadro normativo sulla responsabilità professionale. Bisogna lavorare in squadra, ma senza confondere le competenze. E serve anche il coraggio di investire, perché senza risorse si rischia di restare fermi, impantanati in un sistema che non funziona più.



Anaao Assomed e Cimo-Fesmed:

“Avviare subito le trattative, non possiamo aspettare la conclusione del Ccnl comparto”

“Non solo, chiediamo di fare un ulteriore passo avanti accorpendo i trienni contrattuali 2022-2024 e 2025-2027, in modo da garantire ai colleghi adeguamenti retributivi accettabili e bloccare questa intollerabile tradizione di firmare solo contratti già scaduti. Una volta definite le aree e i comparti per il triennio 2025-2027, non ci risultano ostacoli all'adozione di una decisione che sarebbe storica”



“Vorremmo conoscere le ragioni per le quali si continua a rimandare *sine die* la pubblicazione dell'atto di indirizzo del contratto dei medici e dei dirigenti sanitari. Inoltre, è inaccettabile dover aspettare la conclusione del contratto del comparto per poter iniziare a discutere di quello dei medici: se sindacati del comparto e Aran non trovano un accordo continueremo ad attendere? Chiediamo a 140mila medici e dirigenti sanitari di aspettare pazientemente il loro turno per poter vedere i dovuti aumenti in busta paga? È vero che parte delle risorse economiche attese dal rinnovo contrattuale è stata anticipata, ma l'incremento stipendiale conseguente è stato in gran parte neutralizzato, sia dalla crescita della pressione fiscale che dall'aumento dell'adizionale Irpef deciso da quasi tutte le Regioni, visto che il finanziamento del sistema sanitario rimane al di sotto delle necessità, per quanto etichettato co-

me “storico”. Così **Pierino Di Silverio**, Segretario di Anaao Assomed, e **Guido Quici**, Presidente della Federazione Cimo-Fesmed.

Lo stallo del rinnovo del contratto del comparto sanità lascia in ostaggio medici e dirigenti sanitari che ancora attendono la pubblicazione dell'atto di indirizzo necessario ad avviare le trattative per il Ccnl 2022-2024, dunque già ampiamente scaduto.

“Il ritardo del rinnovo contrattuale – hanno aggiunto Di Silverio e Quici – riduce significativamente il potere d'acquisto dei dirigenti medici e sanitari, che già ha registrato un calo del 6,2% nel periodo 2015-2022, consolidandone la collocazione agli ultimi posti in Europa, e peggiora ulteriormente condizioni di lavoro proibitive che ne riducono la attrattività. E intanto continuiamo ad assistere alla quotidiana emorragia di personale dagli ospedali pubblici, di medici stanchi di essere trat-

tati e considerati in questo modo”.

“Non solo – concludono Di Silverio e Quici – non siamo disponibili ad aspettare, ma anzi chiediamo di fare un ulteriore passo avanti accorpendo i trienni contrattuali 2022-2024 e 2025-2027, in modo da garantire ai colleghi adeguamenti retributivi accettabili e bloccare questa intollerabile tradizione di firmare solo contratti già scaduti. Una volta definite le aree e i comparti per il triennio 2025-2027, non ci risultano ostacoli all'adozione di una decisione che sarebbe storica e che darebbe il giusto valore a chi, ogni giorno, tutela la salute del Paese assicurando più di 2 milioni di prestazioni gratuite al giorno”.

“Il vincolo economico prevale sulle necessità sanitarie”

E così, l'onere di coniugare bisogni e risorse insufficienti va tutto su Regioni e Asl. Servono modelli di revisione dei vincoli di destinazione e dei pesi per la stima dei differenziali di fabbisogno; maggiore trasparenza nei criteri di allocazione delle risorse regionali; allocazioni mirate per riequilibrare il rapporto tra sanità ospedaliera e territoriale



La pubblicazione
in formato pdf



Finanziamento (e riparto delle somme) del Ssn: i vincoli finanziari rispetto ai fabbisogni reali tra il 2019 e il 2023 hanno segnato la strada. In pratica, i primi sono prevalsi sui secondi, scaricando sulle Regioni e sulle Aziende Sanitarie l'onere di coniugare bisogni e risorse insufficienti. Non solo: il riparto fra le Regioni si basa su criteri in larga parte fermi al 2011, senza considerare l'evoluzione demografica e tecnologica; il risultato del riparto regionale è quindi poco equo, basti pensare che il sistema di perequazione redistribuisce solo il 40% delle risorse necessarie per colmare le differenze di spesa privata tra le Regioni.

Sono alcuni degli elementi che emergono dal Rapporto “Il finanziamento del Ssn: dalla determinazione del Fabbisogno alle allocazioni sulle Aziende Sanitarie” curato da Crea Sanità e realizzato in collaborazione con Federsanità e Salutequità.

Il quadro appare chiaro, ma anche critico. Il Ssn ha bisogno di maggiori risorse (secondo l'ultimo rapporto Crea tra i 20 e i 40 miliardi), ma la cattiva ripartizione di quelle a disposizione crea opacità nella gestione delle risorse e penalizza la sanità territoriale (finanziamento in larga misura a “residuo”, come si evince anche dal continuo crescere delle risorse allocate direttamente agli ospedali). Inoltre, il finanziamento ha un ruolo cruciale anche nella generazione dei corretti incentivi al perseguimento dell'efficienza nella realizzazione delle attività del Ssn: ruolo che si è rafforzato con gli interventi costituzionali che, dal 2001, hanno introdotto e sviluppato il federalismo, in particolare fiscale, nell'ordinamento italiano. “Dallo studio - si legge nella nota di sintesi del Rapporto - emerge uno scostamento molto netto fra programmazione centrale e regionale: varie Regioni hanno adottato un set di criteri



per definire le allocazioni molto più dettagliato di quello nazionale. A titolo di esempio, a fronte delle sei quote di allocazione nazionali delle risorse, il Piemonte ne adotta 11 per la Prevenzione, 5 per l'Ospedaliera, 11 per la Distrettuale, per un totale di 27, l'Emilia-Romagna ne adotta 3 per la Prevenzione, 1 per l'Ospedaliera, 9 per la Distrettuale, per un totale di 13. Ancor più variabile l'applicazione dei criteri per il riparto interno delle risorse: in Piemonte si contano 16 criteri aggiuntivi oltre quelli nazionali, in Emilia-Romagna 14, in Campania 5 e in Basilicata 4 in più”.

A livello regionale poi, “c'è scarsa trasparenza sui criteri di allocazione e di accertamento delle risorse ripartibili localmente: ad esempio, solo poche Regioni esplicitamente considerano i saldi di mobilità, come anche le risorse provenienti dai Fondi per i farmaci innovativi, nel processo di determinazione delle risorse regionali”. Analogamente, “solo poche Regioni esplicitano i propri criteri di riparto fra le Aziende e, quelle che lo fanno, si discostano sensibilmente dalle indicazioni nazionali, sia in termini di vincoli di destinazione, quanto di criteri di allocazione. Il riparto regionale appare sempre più disordinato e basato su mediazioni politiche piuttosto che su criteri oggettivi”.

Il finanziamento per l'assistenza distrettuale varia tra le regioni sia in termini di percentuali assegnate che di criteri di riparto. Alcune regioni, come Emilia-Romagna e Valle d'Aosta, hanno percentuali leggermente inferiori rispetto alla media nazionale (pari al 50,5%); mentre altre, come Campania e Puglia, mantengono la media nazionale del 51%. I criteri di riparto includono suddivisioni dettagliate in sub-livelli come medicina generale, assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale, salute mentale, dipendenze patologiche, assistenza domiciliare e al-

Segue a pagina 16

**Riscatti agevolati Enpam:
una nuova frontiera previdenziale**

Riscatto di laurea sulla quota A

L'Enpam ha recentemente introdotto i nuovi riscatti sulla quota A, che potrebbero rappresentare un utile strumento previdenziale per i medici dipendenti, obbligatoriamente iscritti ad Enpam per poter esercitare la professione

A cura del Gruppo
Previdenza Anaa
Assomed

MATTEO
D'ARIENZO
GIOVANNI DE
BERARDINIS
EVAMARIA
LANZARINI

Che cos'è - a chi conviene

A partire dal 2025 è infatti possibile riscattare la laurea su una gestione a contributo fisso: **in pratica nel momento in cui si fa domanda di riscatto, si riesce a conoscere immediatamente quanto verrà a costare.**

Per ogni anno, l'onere del riscatto sarà pari a quattro volte quello del contributo di quota A intero (quello per gli over 40) nell'anno in cui si applica la richiesta, senza il contributo di maternità.

Ad esempio, chi chiederà il riscatto di laurea sulla quota A nel 2025, l'importo sarà pari a 7846,24 euro per anno accademico, ovvero poco più di 47.000 euro lordi (circa 24.900 euro netti) per i 6 anni di laurea.

È bene ricordare che:

- 1 si possono riscattare sino a 6 anni escludendo i periodi fuori corso (infatti il riscatto decorre dalla data di immatricolazione e non retroattivamente dalla data di laurea);
- 2 è possibile riscattare solamente dopo almeno 10 anni di iscrizione alla quota A (quindi circa dai 35 anni, salvo contribuenti che hanno iniziato i versamenti da studenti, che in futuro potranno compiere i 10 anni di contribuzione in anticipo);
- 3 il riscatto è deducibile IRPEF: per redditi maggiori di 50.000 euro il risparmio è almeno del 45% e in alcune regioni e comuni fino al 48%;
- 4 il pagamento può avvenire a rate per una durata pari a una volta e mezzo il periodo da riscattare (quindi 9 anni) e deve avvenire entro il pensionamento;
- 5 il riscatto agevolato a costo fisso sulla quota A prevede l'opzione irrevocabile al calcolo contributivo (solo in Enpam e solo su questa gestione).

A chi conviene?

- ai medici dipendenti che hanno iniziato il corso di laurea prima del 1996, perché non possono ac-

cedere al riscatto agevolato dell'INPS per gli anni ante-1996 e per gli attuali costi molto elevati del riscatto ordinario calcolato con il metodo della riserva matematica.

A chi non conviene?

ai medici dipendenti che hanno iniziato il corso di laurea dopo il 1996, perché il riscatto agevolato INPS, al momento, è più conveniente (36.739 euro lordi per 6 anni)

Come utilizzarlo al meglio?

Il riscatto di laurea sulla quota A dell'Enpam potrà essere fatto valere, ai fini del diritto a pensione, anche presso l'Inps, utilizzando il cumulo gratuito per arrivare ai requisiti della pensione anticipata (cd. Fornero): 42 anni e 10 mesi per gli uomini, 41 anni e 10 mesi per le donne, potendo quindi rappresentare un utile strumento per anticipare la data di pensionamento.

Ad esempio una dottoressa che ha iniziato l'università a 19 anni e si laurea in corso, riscattando il corso di laurea, potrebbe avere i requisiti per andare in pensione anticipata in cumulo a 61 anni.

Un giovane collega con le stesse caratteristiche andrebbe in pensione a 62 anni, sempre sfruttando il cumulo.

Riscatto precontributivo

Il periodo precontributivo è l'intervallo di tempo tra l'iscrizione all'albo e l'inizio della contribuzione Enpam quota A. **Risulta utile per coloro che si sono iscritti all'ordine dei medici prima del 1/12/1990,** ultimo anno in cui la quota A si iniziava a pagare dall'anno successivo all'iscrizione all'ordine dei Medici (oggi questo avviene dal mese successivo).

Con questo riscatto si possono recuperare fino a 11 mesi dal mese successivo a quello di iscrizione all'ordine dei medici. Il costo è anch'esso forfettario, quattro volte quello della quota A al momento della domanda ed è commis-



rato al numero di mesi da riscattare. L'utilità è sovrapponibile a quella del riscatto di laurea: anticipa la pensione Inps, se si utilizza il cumulo, perché si arriva prima ai requisiti della pensione anticipata.

Come fare richiesta?

I riscatti della quota possono essere richiesti direttamente sul sito Enpam nell'area riservata, con pratica automatizzata e risposta che arriva in tempo reale.

È però necessario che il richiedente;

- sia iscritto all'ordine da più di 10 anni
- non abbia presentato domanda di pensione
- non abbia il periodo oggetto di riscatto già coperto da altra contribuzione previdenziale obbligatoria.

Ricordarsi sempre...

I riscatti Enpam ed Inps, a differenza della cosiddetta "pace contributiva", non "scadono", ovvero si possono fare in qualsiasi momento della vita lavorativa, preferibilmente senza arrivare a ridosso della pensione. Prima dei riscatti onerosi, è bene richiedere i riscatti gratuiti quali il servizio militare o civile e le gravidanze fuori dal rapporto di lavoro.

Contro il furto della professione

“Ci stanno progressivamente sottraendo funzioni, lasciandoci però l'intera responsabilità professionale.”

Pierino Di Silverio,
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

Lettera aperta ai Giovani Medici Anaa Assomed Lazio e al “Sindacato che verrà”

Viviamo un tempo strano, sospeso tra ciò che siamo stati e ciò che potremmo essere. Il “furto della professione”, come l'ha definito con cruda lucidità Pierino Di Silverio, non è solo uno slogan, ma una diagnosi precisa. E come ogni diagnosi, chiama a una terapia. Una cura. E se possibile, a una rinascita.

Quel furto non è soltanto un'appropriazione indebita delle nostre competenze, svuotate di senso e legittimità. È la sottrazione silenziosa della nostra identità professionale, ridotta a mero ingranaggio tecnico-operativo, priva di radici e di respiro. È la cancellazione del nostro futuro come categoria pensante, autonoma, responsabile, capace di costruire una visione.

Se ci rubano la professione, ci rubano anche il destino. Ma non è una resa obbligata. Perché dietro ogni furto c'è una difesa possibile. Dietro ogni perdita, una rivendicazione. La partecipazione attiva, in questo contesto, non è un'opzione: è la risposta. La porta d'ingresso a questa risposta si chiama impegno sindacale. Un impegno quotidiano, locale, capillare. Dentro le aziende, tra i turni, gli ambulatori sovraccarichi, le liste d'attesa che si allungano, i corridoi saturi, i colleghi esausti. È lì, nella vita ospedaliera reale, che si combatte la vera battaglia. E oggi più che mai, questa battaglia deve coinvolgere i giovani.

Non è un caso che l'ingresso precoce dei nuovi medici nelle corsie, anche grazie al Decreto Calabria, abbia posto una nuova urgenza: quella della formazione sindacale. Così come un giovane specializzando rivendica il diritto alla propria crescita professionale, allo stesso modo un giovane sindacalista deve reclamare il diritto - e il dovere - di formarsi sul piano normativo, contrattuale, politico. Perché un sindacato senza conoscenza è un guscio vuoto. E non basta più essere iscritti: bisogna essere coinvolti, preparati, reattivi.

ALDO DI BLASI
Segretario Anaa
Assomed Lazio

UMBERTO ANCESCHI
Componente
di Segreteria
Regionale Anaa
Assomed Lazio

Il sindacato che verrà, se vorrà davvero raccogliere l'eredità di chi ci ha preceduto, dovrà essere un laboratorio. Un'officina permanente dove si ascoltano i bisogni, si decifrano i problemi, si cercano soluzioni per il collettivo. E attraverso il collettivo, per il singolo. Questa è la forma più alta di tutela: non la promessa di un salvagente personale, ma la costruzione di una barca collettiva che tenga il mare in tempesta.

Chi ha fatto sindacato prima di noi ha lasciato in eredità un patrimonio enorme. Diritti strappati con fatica, riconoscimenti negoziati a denti stretti, strumenti conquistati centimetro per centimetro. Oggi raccogliamo il frutto della loro abnegazione. Eppure, questo patrimonio rischia di essere ignorato o svenduto se non c'è memoria, se non c'è partecipazione. Ogni critica legittima al sindacato deve sempre tenere conto di questo: ogni diritto che esercitiamo è figlio di qualcuno che ha lottato anche per noi, mentre lavorava in ospedale come tutti.

Certo, le adesioni sindacali tra i giovani sono aumentate. Ma l'iscrizione è solo l'inizio. Il passo successivo è la partecipazione. L'unica vera forma di appartenenza. Perché il sindacato non è ente astratto. È fatto di volti, di parole, di riunioni serali dopo il turno, di mail risposte al volo tra una sala operatoria e una visita. È fatto di quella pazienza ostinata che serve per leggere i regolamenti, interpretare le circolari, comprendere i nuovi contratti. È fatto di errori, sì. Ma anche di slanci, visioni, conquiste.

Il monito del nostro Segretario Nazionale è proprio questo: svegliarsi. Partecipare. Reagire. Non possiamo più permetterci di assistere passivamente allo svuotamento del nostro ruolo. E non basta l'indignazione. Serve lo studio, la strategia, la presenza. Serve che ognuno faccia la propria parte. Il nuovo contratto, pur senza portare aumenti eclatanti, ha introdotto una serie di strumenti che possono cambiare il nostro quotidiano. Il rispetto del-

l'orario di lavoro, il recupero delle ore straordinarie, la possibilità di difendere concretamente i nostri diritti. Ma questi strumenti, da soli, non bastano. Devono essere attivati, rivendicati, utilizzati. E per farlo servono persone formate, motivate, generose.

La figura del sindacalista del futuro non è quella di un burocrate. È quella di un medico che, nonostante tutto, decide di non voltarsi dall'altra parte bensì di mettersi in gioco. Di regalare al sindacato non solo la propria tessera, ma anche un pezzo del proprio tempo. Di portare la voce dei colleghi laddove si decide, si scrive, si negozia. Questo significa per i giovani, capire sin dai primi anni che la valorizzazione della propria carriera non è un dono che piovono dall'alto. È il risultato di una collaborazione attiva. Di un percorso. E che la critica, se vuole essere efficace, deve essere accompagnata dalla proposta. Dall'impegno. Dalla presenza.

La vita politica aziendale non è un peso. È un'opportunità. È la palestra in cui si misura la nostra capacità di incidere. È il luogo dove possiamo trasformare la rabbia sterile in una forza costruttiva. È il campo di battaglia dove si capisce se il furto della professione si può davvero fermare. Il sindacato, infine, deve essere uno spazio di ascolto vero. Di riflessione profonda. Di confronto onesto. E, se possibile, di sogni condivisi. Non sarà mai un sistema perfetto. Ma può e deve essere una comunità. Un luogo dove chi si sente solo trova altri che condividono la sua fatica. Un luogo dove chi ha più esperienza insegna a chi ha appena cominciato. Un luogo dove, al posto della rassegnazione, si coltiva una speranza concreta.

Perché se ci rubano il senso, allora il danno è irreparabile. Ma finché ci sarà anche solo una coscienza vigile, un medico disposto a dire “no”, una collega che decide di non arrendersi al cinismo... allora potremo dire che il furto della professione non si è ancora compiuto del tutto.

E che il sindacato che verrà, forse, è già cominciato.

Conferenza Nazionale della Dirigenza Sanitaria Anaa Assomed

Riforme, diritti e innovazione al centro del dibattito

Si è svolta a Roma, il 28 marzo 2025, la **Conferenza Nazionale della Dirigenza Sanitaria Anaa Assomed**, un momento di riflessione e confronto di grande rilevanza. Intitolata **“Riforme, diritti e innovazione per la dirigenza sanitaria”**, l’iniziativa ha voluto porre al centro del dibattito il ruolo strategico della dirigenza sanitaria nei processi di trasformazione e rilancio della sanità pubblica italiana

Quando si pensa alla sanità, l’immaginario collettivo si concentra spesso solo sulla figura dei medici e degli infermieri. Tuttavia, accanto ad ogni diagnosi precisa, dietro ad ogni innovazione tecnologica e ad ogni servizio garantito, operano professionisti altrettanto fondamentali, ma meno visibili: i dirigenti sanitari. Biologi, chimici, farmacisti, fisici, psicologi contribuiscono quotidianamente a garantire qualità, sicurezza e sostenibilità al nostro Servizio Sanitario Nazionale. È dunque indispensabile riconoscere e valorizzare il loro impegno strategico nella governance della sanità pubblica. Per comprendere appieno il presente ed il futuro della dirigenza sanitaria, è necessario ripercorrere il cammino storico che ha condotto alla sua attuale rappresentanza. Il Settore Dirigenza Sanitaria di Anaa Assomed nasce dalla confluenza tra il maggiore sindacato medico italiano dell’area quarta e lo Snabi-Sds, il maggior sindacato rappresentativo della dirigenza delle professioni sanitarie di area terza. Tale fusione, sancita nel congresso statutario straordinario del 2013, ha dato origine ad una unione sindacale forte e coesa, capace di rappresentare con autorevo-

lezza sia la dirigenza medica che quella sanitaria. Questo spirito unitario è ben espresso nello statuto di Anaa Assomed, dove la dirigenza sanitaria trova un riconoscimento chiaro e concreto. Si tratta di un impegno che va oltre le dichiarazioni formali, è una guida nell’azione quotidiana del sindacato, mirata a garantire pari dignità e valorizzazione a tutte le professionalità che rendono possibile il funzionamento del Ssn. Rafforzare la rappresentanza dei dirigenti sanitari nei tavoli di contrattazione aziendali e regionali è cruciale per garantire una sanità più equa, inclusiva.

Il Settore Dirigenza Sanitaria è costituito da professionisti altamente qualificati e specializzati indispensabili in tutte le fasi del percorso di cura. Il dirigente biologo ed il dirigente chimico garantiscono diagnosi precise e trattamenti terapeutici personalizzati attraverso la gestione dei laboratori clinici ed ambientali e nei servizi di prevenzione; il dirigente farmacista assicura l’appropriatezza e la sicurezza dei trattamenti farmacologici; il dirigente fisico medico dispone sia i piani di cura di medicina nucleare e radioterapia, sia i controlli di qualità e radioprotezione;

il dirigente psicologo fornisce un supporto cruciale nella gestione emotiva e psicologica dei pazienti. Queste figure professionali sono presenti in molteplici realtà del Ssn: strutture ospedaliere, aziende sanitarie territoriali, enti di ricerca, istituti di tutela ambientale ed istituti zooprofilattici. Anaa Assomed è l’unico sindacato che non considera queste categorie come entità separate, ma le riconosce come parti integranti di un sistema unico.

Tuttavia, per garantire una rappresentanza efficace, si ritiene necessario riconoscere anche le specificità tecniche e normative di ciascuna professione. Questa visione integrata ed attenta alle differenti peculiarità guida l’azione sindacale del Settore Dirigenza Sanitaria. Tale azione si sviluppa oggi in un contesto estremamente complesso. Il Ssn sta attraversando una crisi strutturale profonda: carenza di personale, limitazioni economiche, liste d’attesa interminabili, disuguaglianze territoriali ed infrastrutture obsolete.

Il personale è sottoposto a condizioni di stress estremo, aggravate da fenomeni sempre più frequenti come le aggressioni ai sanitari e l’aumento del burnout. Proprio in questo contesto, le cri-





ticità che colpiscono la dirigenza sanitaria sono ancora più evidenti. Tra queste, una delle più gravi è rappresentata dalla carenza di risorse e qualità nella formazione post-laurea per tutti i dirigenti sanitari. Dopo anni di disattenzione, l'attuale normativa L. 401/2000 è stata finalmente modificata all'art. 8 dalla L. n. 207/24 (Finanziaria 2025) che riconosce un trattamento economico per gli specializzandi delle professioni sanitarie non mediche, ma si tratta solo di un primo passo. Sarà necessario affrontare la centralità della formazione universitaria e quella post-laurea anche con ulteriori e adeguate Scuole di Specializzazione ed accessi pluricategoriali, come Igiene e Sanità Pubblica ed Anatomia Patologica. Un altro traguardo che l'Anaao ha raggiunto dopo anni di battaglie è rappresentato dall'istituzione dell'indennità di specificità sanitaria, pari a 1.381,49 euro lordi annui. Tuttavia, l'esclusione della dirigenza sanitaria dal finanziamento dell'indennità prevista per il 2026 rappresenta una grave disparità che va risanata. A peggiorare la situazione contribuisce il blocco delle assunzioni, ancora regolato da tetti di spesa introdotti nel 2005. Questo frena il

turnover del personale, ostacola il ricambio generazionale e compromette l'efficienza del Ssn. Restano inoltre da modificare anche le norme sulle prestazioni aggiuntive e sul trattamento pensionistico impropriamente limitate solo a medici e infermieri.

Le politiche di spending review degli ultimi anni hanno ulteriormente ridotto le opportunità di carriera, con tagli a posizioni gestionali apicali e mancata applicazione del Ccnl, limitando così la carriera e la crescita professionale dei dirigenti sanitari.

In questo scenario, è urgente immaginare nuovi modelli organizzativi ed investire concretamente nell'innovazione e nella valorizzazione delle risorse umane. La trasformazione del Ssn richiede una piena integrazione delle competenze dei dirigenti sanitari, non solo nell'ambito operativo ma anche in quello gestionale e strategico.

La conferenza si è articolata in tre interventi principali, ognuno focalizzato su un aspetto chiave dell'evoluzione del servizio sanitario nazionale e del ruolo della dirigenza sanitaria ed una tavola rotonda che ha coinvolto diversi rappresentanti del mondo politico, chiamati a confrontarsi con la dirigenza sa-

“
Solo ascoltando
tutte le voci
professionali
e promuovendo
un reale
confronto tra
tutti i dirigenti
del Ssn sarà
possibile
costruire un
servizio sanitario
nazionale
moderno,
resiliente
e capace
di affrontare
le sfide che
ci attendono

nitaria sui temi emersi, in un dialogo aperto e costruttivo. Il dibattito ha evidenziato la volontà comune di rafforzare il Ssn, riconoscendo il valore strategico della dirigenza sanitaria come motore di innovazione, efficienza e qualità dell'assistenza. Inoltre occorre superare la visione di una sanità basata su un modello fatto di silos chiusi, e bisogna promuovere la cultura della multidisciplinarietà e riconoscere il valore di ogni professionista. Per questo, è fondamentale tracciare percorsi di carriera trasparenti, basati sul merito e sulle competenze, indipendentemente dal profilo professionale di partenza. Accanto alla crescita professionale, è necessario intervenire sui meccanismi retributivi, per renderli coerenti con le responsabilità assunte ed equi.

Solo ascoltando tutte le voci professionali e promuovendo un reale confronto tra tutti i dirigenti del Ssn, e in tal senso il Settore Dirigenza Sanitaria Anaao ha una funzione fondamentale, sarà possibile costruire un servizio sanitario nazionale moderno, resiliente e capace di affrontare le sfide che ci attendono.

“Orgogliosa di essere un’iscritta Anaao”

Vi scrivo per comunicarVi che ieri si è conclusa quella che ormai sembrava una vicenda infinita. Ho ottenuto il riconoscimento dei miei diritti. Questa opportunità ha rafforzato la mia convinzione che finché vivrò, continuerò a fare parte della Famiglia Anaao.

La cosa che ho apprezzato tantissimo è che tutti Voi mi avete reso un buon servizio con tanta umanità, in un momento di mia grande fragilità. Mi avete permesso di reggere il grande stress che mi hanno procurato dirigenti sanitari che non hanno avuto alcun rispetto per una dipendente che ha dedicato la vita ai pazienti che si sono rivolti alla UO che dirigeva e tanto meno alla paziente oncologica. Grazie di cuore! Per me era un problema di principio e Voi con la Vostra professionalità siete riusciti a raggiungere l’obiettivo. Nella speranza di incontrarVi, Vi saluto cordialmente.

Una iscritta dell’Anaao Assomed

Questa è una lettera arrivata ai nostri uffici.

Una lettera che ci ha scaldato il cuore e che sentiamo il bisogno di condividere con voi. È la voce di una nostra iscritta, una dirigente medico che ha attraversato un periodo difficile, una battaglia che sembrava non finire mai.

Questa lettera è un potente promemoria del perché Anaao Assomed esiste e di come affrontiamo le controversie che, purtroppo, a volte i nostri iscritti si trovano ad affrontare.

Quando un iscritto si rivolge a noi con una istanza, un problema, che sia legato a questioni contrattuali, condizioni di lavoro, o, come in questo caso, a una mancanza di riconoscimento professionale, la nostra macchina si mette in moto con un obiettivo chiaro: tutelare i suoi diritti con competenza e umanità. Il primo passo è sempre l’ascolto. Comprendere a fondo la situazione, raccogliere tutti gli elementi necessari per avere un quadro completo. Poi, entra in gioco la nostra esperienza legale e sindacale. Analizziamo la situazione alla luce dei contratti, delle leggi, dei precedenti, per individuare la strategia più efficace.

Ma non ci fermiamo alla mera analisi tecnica. Sappiamo che dietro ogni controversia c’è una persona, spesso provata e stressata. Per questo, mettiamo al primo posto l’ascolto empatico, il supporto umano, la vicinanza. Vogliamo che i nostri iscritti si sentano compresi e non soli in questa battaglia.

Le parole della nostra iscritta sottolineano proprio questo aspetto: “mi avete reso un buon servizio con tanta umanità, in un momento di mia grande fragilità. Mi avete permesso di reggere il grande stress...”. Questo per noi è il vero successo: non solo raggiungere l’obiettivo legale, ma farlo accompagnando la persona, dandole la forza di non mollare. Che si tratti di una questione apparentemente piccola o di una battaglia lunga e complessa, Anaao mette in campo la stessa determinazione e professionalità. Crediamo fermamente che ogni professionista sanitario meriti giustizia, quindi rispetto e tutela dei propri diritti.

La storia di questa nostra iscritta ci ricorda che non dobbiamo affrontare le ingiustizie da soli. Il sindacato è uno strumento potente, un alleato pronto a dare voce a chi si sente inascoltato, a trasformare la frustrazione in azione e, come in questo caso, in vittoria.

Questa è l’Anaao Assomed, una realtà fatta di professionisti per i professionisti, persone per le persone. Ringraziamo la nostra iscritta per aver condiviso con noi la sua storia. La sua fiducia è la nostra più grande ricompensa e ci spinge a continuare con ancora più impegno il nostro lavoro.

Per saperne di più su come Anaao Assomed può tutelare i tuoi diritti, visita il nostro sito o contattaci direttamente. Siamo qui per te.

“

Mi avete reso un buon servizio con tanta umanità, in un momento di mia grande fragilità. Mi avete permesso di reggere il grande stress...

“Un lavoro che logora non è un buon lavoro”

Primo maggio festa dei lavoratori. Da un lato, c’è quella punta di sollievo nel sapere che, forse, il flusso di pazienti sarà leggermente meno intenso del solito. Magari qualche ambulatorio rimarrà chiuso, e le emergenze, speriamo, si prendano una pausa. In fondo, anche noi operatori sanitari sentiamo il bisogno di un po’ di tregua, di ricaricare le pile dopo turni spesso massacranti e la pressione costante.

Però, dall’altro lato, la Festa del Lavoro mi fa riflettere profondamente sul significato del “lavoro” per la salute delle persone. Vedo ogni giorno come le condizioni lavorative, lo stress, i ritmi frenetici, la precarietà, possano minare il benessere fisico e mentale. Malattie professionali, disturbi, burnout, ansia e depressione sono spesso il prezzo di un sistema che a volte sembra dimenticare la dignità e la salute di chi lavora. Quindi, mentre magari qualcuno si gode una gita fuori porta, io penso a quanto lavoro ci sia ancora da fare per garantire a tutti un ambiente di lavoro sicuro, salubre e che non comprometta la qualità della vita. Penso all’importanza della prevenzione, della tutela della salute sui luoghi di lavoro, del sostegno a chi si ammala a causa del proprio impiego.

In fondo, la vera celebrazione del lavoro dovrebbe essere quella di un lavoro che non uccide, che non logora, ma che anzi contribuisce al benessere e alla realizzazione di ogni individuo.

Ecco, forse è questo il mio augurio più grande per questa Festa del Lavoro: che sia un’occasione per impegnarsi ancora di più per un futuro in cui il lavoro sia davvero un diritto e un motore di salute, non un fattore di rischio.

“La testimonianza del nostro collega – dichiara **Pierino Di Silverio** Segretario Nazionale Anaao Assomed – conferma le difficoltà con cui facciamo i conti ogni giorno sul posto di lavoro. I medici e i dirigenti sanitari hanno poco da festeggiare il Primo maggio con un burnout sempre in agguato, la carenza di personale, le storture organizzative, gli stipendi al palo, le aggressioni crescenti, la richiesta di depenalizzare l’atto medico caduta per ora nel vuoto. Ma molto da rivendicare. Primi tra tutti i diritti fondamentali: contratto, sicurezza, retribuzioni adeguate e condizioni di lavoro che frenino la fuga dalla sanità pubblica che diventa sempre più pericolosa soprattutto per i cittadini”.

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 Campania - Sezione IX
sentenza n. 1317/2025
Interruzione trattamento,
legittima la richiesta di accesso
sulla posizione del soggetto in
condizioni di infermità.

Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Alla luce di tali disposizioni, il Servizio sanitario è preposto alla tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, precisando che requisito imprescindibile per l'erogazione da parte del Servizio Sanitario della prestazione sanitaria richiesta è costituito dall'evidenza scientifica di un significativo beneficio in termini di salute. Pertanto sussiste l'obbligo procedimentale e strumentale dell'Asl intimata a provvedere a fronte di una situazione soggettiva protetta, qualificata e differenziata oppure nelle ipotesi nelle quali ragioni di giustizia e di equità impongano l'adozione di un provvedimento, ovvero le volte in cui, in relazione al dovere di correttezza e di buona amministrazione della parte pubblica, sorga per il privato una legittima aspettativa a conoscere il contenuto e le ragioni delle determinazioni - qualunque esse siano - dell'amministrazione.

Tribunale di Grosseto - sentenza
25 marzo 2025. Paziente con
gravi problemi psichiatrici: spese
di ricovero a carico del SSN.

Il Tribunale di Grosseto ha condannato al pagamento degli oneri di ricovero relativi a una paziente affetta da grave forma di schizofrenia e ulteriori comorbidità. Tale pronuncia si inserisce nell'orientamento giurisprudenziale consolidato della Corte di Cassazione, secondo cui anche in regime di lungo-assistenza le prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria devono essere integralmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Cassazione Sez. Lavoro -
ordinanza n. 6994/2025
Diritto all'indennizzo ex lege
210/1992: la prova da fornire non
è il mero dissenso diagnostico.

In tema di danni da vaccinazione obbligatoria, ai fini dell'ottenimento dell'indennizzo previsto dalla L. n. 210 del 1992, grava sull'interessato l'onere di provare l'effettuazione della somministrazione vaccinale, il verificarsi del danno alla salute e il nesso causale tra la prima e il secondo, da valutarsi secondo un criterio di ragionevole probabilità scientifica.

Cassazione Civile - Sezione
Lavoro - sentenza 3971 del
16/02/2025. Licenziamento
disciplinare per comportamento
extralavorativo.

Secondo indirizzo ormai consolidato della Corte, il concetto di giusta causa non si limita all'inadempimento tanto grave da giustificare la risoluzione immediata del rapporto di lavoro, ma si estende anche a condotte extralavorative che, tenute al di fuori dell'azienda e dell'orario di lavoro e non direttamente riguardanti l'esecuzione della prestazione lavorativa, nondimeno possano essere tali da ledere irrimediabilmente il vincolo fiduciario tra le parti.

Cassazione Sez. Lavoro -
ordinanza n. 6993/2025
Legittimo lasciare il figlio per
assistere la madre durante il
congedo parentale.

La Corte di Cassazione ha dichiarato illegittimo il licenziamento di un dipendente che, pur avendo ottenuto il congedo parentale per assistere il figlio, si è recato all'estero per prendersi cura della madre malata, lasciando il minore con la moglie in Italia
Cassazione Lavoro - ordinanza 1227 del 17 gennaio 2025. Illegittimo licenziare se nelle ore di permesso si fanno azioni complementari e accessorie all'accudimento familiare. La legge 104/1992 costituisce un primario strumento di inclusione sociale e riconosce e tutela i diritti delle persone con disabilità e dei loro fami-



liari. Con l'ordinanza n. 1227 del 17 gennaio 2025 la Corte di Cassazione ha affermato che è illegittimo licenziare un lavoratore subordinato che - nell'ambito delle ore di permesso 104 - fa acquisti nei negozi e compie una serie di attività complementari e accessorie all'accudimento del familiare disabile.

Cassazione Sez. Lavoro -
ordinanza n. 5462/2025
Rimborso spese per l'iscrizione
alla sezione speciale dell'albo
dei biologi.

Al dirigente biologo in regime di esclusività ex art. 15-quater d.lgs. n. 502/1992 non è vietato in modo assoluto il compimento degli atti tipici dell'attività professionale al di fuori del rapporto di impiego. Solo in questo caso potrebbe ritenersi che l'iscrizione nell'albo speciale sia imposta dal legislatore nel solo interesse del datore di lavoro pubblico, e dunque debba da questi essere sostenuta.

Cassazione Civile - Sez. III -
ordinanza n. 3429/2025 Sempre
no al cumulo tra risarcimento ed
indennizzo da polizza infortuni.

La Terza Sezione della Corte di Cassazione è intervenuta con una propria ordinanza (3429/2025) in tema di cumulo tra risarcimento e indennizzo da polizza privata infortuni, sul quale si era già precedentemente espressa, ribadendo la posizione di negazione del cumulo. Tuttavia i dubbi in ambito medico-legale rimangono, soprattutto se si parla di tabelle valutative.

Segue da pagina 1

Oggi si ha l'impressione che stiamo andando dritti e spediti verso un vero e proprio furto della professione medica, considerata non più indispensabile nel servizio sanitario, schiacciata tra le promesse dell'intelligenza artificiale, le farmacie dei servizi 'sanitari', e a breve anche medici, l'apertura di specializzazioni mediche a figure non mediche.

I proclami della politica sull'incremento della spesa sanitaria negli ultimi anni non toccano mai il ruolo dei medici, semplicemente perché ancora persiste un senso del pudore che induce a glissare su quanto non si sia investito sui medici dipendenti. Fingendo di non vedere che i loro salari si sono ridotti del 6,2% nel periodo 2015-2022, che il loro contratto 2022-2024, scaduto e non firmato, è finanziato con 10 punti in meno rispetto all'inflazione dello stesso periodo, che mentre il costo dei gettonisti toccava 1,5 mld, quello dei contratti a tempo indeterminato calava del 2,8% e la retribuzione dei giovani in formazione si pone al quintultimo posto in Europa per potere d'acquisto.

In un mondo in cui il problema esiste solo se è alla attenzione dei mass media, oggi il problema medici per l'opinione pubblica sembra chiuso o quasi. E per la politica l'atto finale è rappresentato dalla creazione dei presupposti per una nuova pletora medica e dalla bufala sull'abolizione del numero chiuso a medicina, con buona pace di chi aveva dimostrato, dati alla mano, l'assurdità di un decreto legge approvato a suon di post sui social, senza neanche un momento di confronto pubblico con le parti sociali.

In questo scenario, un contratto di lavoro ancora al palo, schiavo del blocco di quello del comparto, scaduto prima ancora di essere discusso nonostante le sollecitazioni, e, sullo sfondo, pazienti e cittadini che continuano a soffrire per la difficoltà di accesso alle cure, peggiorata dalla carenza di medici, sia MMG che ospedalieri, prodotta da una fuga che in quasi due anni ne ha portati via più di 10.000, tra pensionamenti e dimissioni. Alla faccia del capitale umano, bene più prezioso a parole, costo da tagliare nei fatti:

Ma questo è solo il mondo reale che a pochi interessa, perché l'importante è che nel fantasmagorico mondo parallelo del metaverso politico tutto vada bene, le azioni di governo siano accolte dai fan come azioni storiche, uniche e utili al paese.

Ci auguriamo che permanga un briciolo di buon senso, almeno nel ddl Prestazioni sanitarie, e che non si ceda, come spesso avviene, alle demagogiche idee di chi la sanità non la vive, ma vuole raccontarla.

Sarebbe già un risultato.

Segue da pagina 9

tre funzioni di assistenza distrettuale. Regioni come Piemonte, Emilia-Romagna e Campania adottano criteri molto dettagliati per la suddivisione delle risorse, influenzando il finanziamento per l'assistenza distrettuale.

Per quanto concerne il finanziamento indistinto alcune Regioni hanno visto incrementato, nel periodo 2019-2022, il finanziamento, come le Province Autonome di Trento e Bolzano, Emilia-Romagna e Veneto; le Regioni con i minori incrementi sono state: Calabria, Molise, Sicilia e Basilicata.

Le Quote premiali si discostano completamente da quelle utilizzate per il finanziamento indistinto, esse vengono distribuite in base ad accordi pattuiti in sede di CSR, indipendentemente da criteri premiali. Nel Periodo 2019-2021, oltre il 60% dell'accantonamento viene distribuito tra la Regione Liguria e la Campania.

Quote di riparto per Ao/Aou/Irccs. Alcune regioni hanno visto un incremento, come Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Sicilia e Sardegna. Altre regioni hanno visto una diminuzione, come Veneto, Liguria, Puglia e Calabria. Una delle evidenze significative emerse dalla ricerca pubblicata nel 2015 (riferita al finanziamento 2011 e 2012) è stata quella relativa alla frequente politica regionale di accentramento di una quota di risorse, ed è una novità rilevante intervenuta rispetto alla precedente ricerca dovuta all'introduzione della GSA prevista dal D.Lgs n. 118/2011, che ha permesso di razionalizzare e standardizzare la gestione contabile delle somme accentrate.

La ricerca conferma che la trasparenza del processo rimane insufficiente, e che l'accountability delle Regioni in tema di finanziamento è da ritenersi fortemente variabile: questa ultima nota indica la direzione per futuri approfondimenti e, principalmente, evidenzia l'importanza di superare le analisi estemporanee, passando ad un monitoraggio (quindi continuo) dei processi oggetto della ricerca.

Cosa serve? Tra l'altro e prioritariamente nuovi algoritmi di riparto, basati su evidenze oggettive e su indicatori aggiornati; maggiore trasparenza nei criteri di allocazione delle risorse regionali; investimenti mirati per riequilibrare il rapporto tra sanità ospedaliera e territoriale.

Io scelgo



L'ANAAO

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

I SERVIZI
RISERVATI
AGLI
ISCRITTI



Gratis per
i nuovi iscritti

POLIZZA RC COLPA GRAVE

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

Gratis per
gli iscritti

ASSILEGAL

Network di assistenza legale
per la malpractice medica

Gratis per
gli iscritti

POLIZZA TUTELA LEGALE

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

Tariffe promo
per gli iscritti

CYBERSECURITY

Per proteggere i dati personali
dagli attacchi informatici

Gratis per
gli iscritti

UFFICIO LEGALE

Esperti qualificati per risolvere
le controversie legali o contrattuali

Gratis per
gli iscritti

AGGRESSIONI

Polizza AmTrust
per difendersi dalle aggressioni

Gratis per
gli iscritti

ECM/FAD

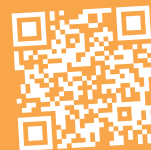
Con la Fondazione Pietro Paci
un provider di qualità per la formazione

Tariffe promo
per gli iscritti

SPECIALIZZANDI E NEOLAUREATI

Polizze Responsabilità Civile Professionale
e Tutela Legale

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



ANAAO  ASSOMED

www.anaao.it





myAnaao

Connessi per Assisterti.

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



Inquadra il 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.**

#ioscelgoAnaao



www.anaao.it

