

d!

d!rigenza medica

5 Speciale

26° Congresso Nazionale
Anaao Assomed

16 Settori Anaao

I componenti di Anaao Giovani
e Dirigenza sanitaria
per il quadriennio 2026-2030

Il mensile dell'Anaao Assomed



Intervista
al Segretario Nazionale
Anaao Assomed

Conosciamo
i nuovi vertici
regionali
Anaao Assomed

A pagina 12
la seconda parte

**Pierino
Di Silverio:**
“Il medico
non può essere
il tappabuchi
del sistema”.

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 Domenico Scarlatti, 27

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

Direttore
Pierino Di Silverio

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

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

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

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002. Anno XXIV
Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96
Finito di stampare
nel mese di luglio 2026

**Intervista
a Pierino Di Silverio**

**Segretario Nazionale
Anaao Assomed**

Nella PA la nostra dirigenza deve diventare “speciale”



di **ESTER MARAGÒ**

La sanità territoriale non può essere costruita spostando i medici da un luogo all'altro e il rapporto tra ospedale e territorio va ripensato, passando dall'integrazione a una vera connessione tra i due livelli di assistenza. È questa la linea tracciata dal segretario nazionale dell'Anaao Assomed, Pierino Di Silverio, che in questa intervista affronta i principali dossier aperti della sanità: dal ruolo degli specialisti nelle Case e negli Ospedali di comunità alla clinicizzazione, dalla contrattualizzazione degli specializzandi alla proposta di una dirigenza “speciale”, fino alla riorganizzazione della libera professione. Un confronto a tutto campo sulle riforme che, secondo il sindacato, sono ormai indispensabili per il futuro del Servizio sanitario nazionale

Case e ospedali di comunità, clinicizzazione, specializzandi e libera professione. Il segretario nazionale dell'Anaao Assomed spiega perché il problema non è solo riorganizzare il sistema, ma cambiare il modello con cui viene governato. “È arrivato il momento di parlare meno dei problemi e più delle soluzioni”

Dottor Di Silverio, il Congresso dell'Anaao si è appena concluso con la sua rielezione alla guida del sindacato. Quali sono nell'immediato le priorità del nuovo mandato?

La prima sfida è regolamentare il contributo dei medici specialisti all'interno delle Case e degli Ospedali di comunità. È un'esigenza ormai non più rinviabile. Finora si è parlato dell'infermiere, poi del medico di medicina generale e solo adesso si comincia a discutere anche del ruolo dello specialista.

Noi siamo stati chiari. Se il sistema evolve dalla presa in cura alla presa in carico del paziente, allora il medico specialista deve poter svolgere il proprio ruolo indipendentemente dal luogo in cui il paziente viene assistito. E questo, deve avvenire nel pieno rispetto del contratto e mai attraverso imposizioni. Nel rinnovo contrattuale abbiamo portato a casa una battaglia durata dieci anni: oggi non è più possibile utilizzare i medici come “globetrotter”, spostandoli da un presidio all'altro della stessa Asl secondo le necessità. Prima del nuovo contratto poteva accadere; oggi quella possibilità non esiste più e su questo non siamo disposti a tornare indietro. Quindi se ci viene chiesto di dare un contributo alla sanità territoriale siamo disponibili, ma in questo perimetro e ricordando che i medici ospedalieri lavo-

Intervista a Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale Anaa Assomed

rano già mediamente sessanta ore alla settimana. La nostra disponibilità deve essere quindi volontaria e svolto al di fuori dell'orario ordinario di lavoro. Su questo punto il ministro Schillaci ci ha dato immediatamente ragione, convalidando la nostra impostazione.

Gli Ospedali di comunità potrebbero diventare un'opportunità per i medici ospedalieri?

Absolutamente. Però considerando che gli Ospedali di comunità sono ancora, in larga parte, un progetto da costruire, bisognerà capire quale sarà il loro ruolo nella nuova organizzazione sanitaria.

Mi spieghi

La dirigenza medica italiana ha un'età media elevata e da tempo chiediamo che, dopo i 62 anni, come previsto dal contratto, il medico possa ridurre progressivamente il carico di lavoro e l'intensità assistenziale. Strutture a bassa intensità di cura, come potrebbero essere gli ospedali di comunità, consentirebbero quindi a professionisti che hanno dedicato quarant'anni della loro vita all'ospedale di mettere a disposizione la propria esperienza in un contesto diverso, senza essere sottoposti agli stessi livelli di stress.

Insomma, potrebbero diventare una sorta di "jolly" per la carriera dei medici ospedalieri?

Sì, ma a una condizione: che tutto avvenga su base volontaria oppure attraverso incarichi specifici. Non sono disponibile a fare il tappabuchi né negli ospedali di comunità né nelle Case di comunità. Se invece mi viene riconosciuto un ruolo preciso e si ritiene che l'esperienza maturata in tanti anni possa essere utile alla gestione di queste strutture, allora sono pronto a sedermi a un tavolo e a discuterne. Ma deve trattarsi di una scelta condivisa, non di un'imposizione.

Nel nuovo contratto si potrebbe prevedere una norma specifica?

Ne stiamo discutendo, anche se credo che il contratto, da solo, non possa risolvere il problema. Il ruolo potrebbe essere costruito già oggi, perché gli ospedali di comunità non sono strutture autonome ma fanno parte delle Asl. Per

“

Strutture a bassa intensità di cura, come potrebbero essere gli ospedali di comunità, consentirebbero quindi a professionisti che hanno dedicato quarant'anni della loro vita all'ospedale di mettere a disposizione la propria esperienza in un contesto diverso, senza essere sottoposti agli stessi livelli di stress

questo motivo esistono già strumenti che consentono di individuare incarichi specifici. Diverso è il discorso per le Case di comunità. In quel caso sarebbe necessaria una modifica legislativa, perché significherebbe consentire ai medici ospedalieri di lavorare stabilmente in un ambito che appartiene al territorio e non più all'ospedale. È una prospettiva che, per come è impostata oggi, non condividiamo. Ma l'aspetto dirimente è che le risorse destinate agli ospedali di comunità non appartengono al contratto della dirigenza medica, ma al Pnrr. Se queste risorse – che sono ben distinte dai fondi contrattuali destinati al lavoro che svolgiamo negli ospedali – serviranno a finanziare incarichi specifici all'interno degli ospedali di comunità, allora il confronto sarà possibile.

Guardando invece ai prossimi anni, quali sono le sfide che l'Anaa intende portare avanti?

Credo che sia arrivato il momento di parlare meno dei problemi e più delle soluzioni. I problemi li conosciamo tutti. Se continuiamo a elencarli rischiamo soltanto di parlarci addosso. Naturalmente continueremo a chiedere una valorizzazione economica della professione medica, attraverso una defiscalizzazione di parte dello stipendio oppure un rafforzamento delle indennità di specificità e di esclusività. Ma, guardando al medio e lungo periodo, la priorità

è un'altra: affrontare il tema della clinizzazione, cioè del rapporto tra Università e Aziende ospedaliere.

Perché lo considerate così strategico?

Oggi stiamo assistendo a una situazione che considero molto preoccupante. Le Università stanno, di fatto, “cannibalizzando” interi ospedali, indipendentemente dalla loro reale capacità di fare formazione. Nascono nuove facoltà di Medicina che spesso non dispongono di strutture proprie né di un numero sufficiente di docenti e, grazie ai protocolli d'intesa tra università, Regioni e aziende sanitarie, vengono collocate all'interno degli ospedali.

Il risultato è che interi presidi vengono progressivamente trasformati in strutture universitarie. L'esempio più evidente è quello di Rieti, dove una facoltà di Medicina si è insediata all'interno dell'ospedale e, nel tempo, numerose unità operative complesse sono state trasformate in strutture universitarie. Con conseguenze molto pesanti. Da una parte si limita ulteriormente la possibilità di carriera dei dirigenti ospedalieri; dall'altra si rischia di compromettere la qualità dell'assistenza. Può accadere che un direttore di struttura complessa, valutato positivamente dopo cinque anni di attività e con tutti gli obiettivi raggiunti, venga sostituito da un docente universitario nominato dal rettore, sen-





za concorso e senza alcuna esperienza gestionale. Non bisogna dimenticare che dirigere una struttura complessa significa soprattutto gestire persone, organizzazione e attività assistenziale. È un ruolo manageriale, oltre che professionale. Se quell'unità operativa continua a svolgere prevalentemente assistenza e non ricerca, è difficile comprendere quale sia il vantaggio di una trasformazione di questo tipo.

Al Congresso il ministro Bernini ha mostrato un'apertura su questo tema. È un segnale positivo?

Direi di sì. Dopo vent'anni di discussioni, per la prima volta si è aperta un'interlocuzione concreta con il Ministero dell'Università. Il ministro Bernini, sia durante il Congresso sia in altre occasioni, ha dimostrato di comprendere le nostre ragioni. Nessuno vuole limitare il ruolo dell'università. Quello che chiediamo è che la formazione venga svolta nelle sedi più appropriate, con infrastrutture adeguate e senza compromettere l'organizzazione degli ospedali. Naturalmente questo tema non può essere separato da quello della formazione degli studenti e degli specializzandi. Se davvero vogliamo costruire un ospedale universitario integrato, capace di fare assistenza, ricerca e formazione, dobbiamo riconoscere anche il ruolo degli specializzandi.

È qui che si inserisce la vostra proposta di contrattualizzare gli specializzandi?

Esattamente. Lo specializzando è un medico abilitato che lavora e contemporaneamente si forma. Per questo riteniamo che debba avere anche i diritti di un professionista che lavora. Abbiamo chiesto la contrattualizzazione all'interno del Contratto collettivo nazionale e anche su questo punto il confronto è finalmente iniziato. Non parlerei ancora di una convergenza, ma certamente di un'interlocuzione che vede però posizioni differenti: c'è infatti chi teme che un medico contrattualizzato possa trasformarsi in un ricercatore e poi scegliere di andare all'estero. Noi riteniamo invece che il problema sia esattamente opposto. Oggi molti giovani medici lasciano comunque il Servizio sanitario nazionale e uno degli strumenti per convincerli a restare potrebbe essere proprio un contratto che riconosca il loro lavoro e dia loro maggiori tutele. Resta poi il nodo dirigenti sanitari che vivono ormai da troppi anni in un limbo legislativo formativo e lavorativo. Li abbiamo definiti gli eroi silenti, perché sembra che i governi se ne dimentichino puntualmente, eppure sono parte integrante e attiva di quel processo di diagnosi e terapia proprio della cura. Occorre sanare la discrepanza economica e dopo aver ottenuto il riconoscimento della retribuzione nelle scuole di specializzazione bisogna che rientrano pienamente nel percorso di riforma della formazione. Insomma, non sono figli di un dio minore, almeno per noi. Almeno per me.

Tirando le somme possiamo dire che la partita Ospedale-Università è ancora aperta...

Diciamo che ci sono possibilità concrete di arrivare a un risultato, anche se il tempo a disposizione non è molto, considerando che la legislatura si avvia alla conclusione. È già stato presentato un disegno di legge di riforma e noi stiamo cercando di dare il nostro contributo. Se però non dovessimo ottenere un cambiamento reale, credo che sarebbe preferibile rinviare la riforma piuttosto che approvare un provvedimento che non risolve i problemi.

“

Il problema non è integrare ospedale e territorio, ma metterli realmente in comunicazione. Oggi questa connessione non esiste: non è tecnologica, non è professionale e non è assistenziale. Di fatto abbiamo costruito due luoghi di cura che continuano a non parlarsi

Guardiamo al futuro. Sono anni che sentiamo parlare di integrazione tra ospedale e territorio. Siamo davvero davanti a un cambio di paradigma? Possiamo pensare che l'ospedale torni finalmente a occuparsi soprattutto degli acuti?

Credo che questo coraggioso tentativo di riforma parta da un errore, prima ancora che organizzativo: un errore semantico. Per anni abbiamo parlato di integrazione tra ospedale e territorio e questo ci ha portato a pensare che bastasse spostare una parte delle attività dall'ospedale al territorio per evitare che i cittadini si rivolgessero al pronto soccorso. A mio avviso è un'impostazione sbagliata, perché rischia di offrire un surrogato di assistenza.

Prendiamo l'esempio dell'elettrocardiogramma eseguito in farmacia. Il paziente non esce con una diagnosi. Nella migliore delle ipotesi il tracciato viene refertato a distanza; se invece emerge un dubbio, il farmacista non può assumersi la responsabilità diagnostica e il paziente viene comunque inviato dal cardiologo. Il rischio è che, invece di ridurre gli accessi in ospedale, si produca l'effetto opposto, aumentando le liste d'attesa. Lo stesso vale per le Case di comunità. Se non sono realmente dotate di infermieri, specialisti, guardia medica, laboratori e diagnostica, rischiano di rimanere contenitori vuoti. Il progetto, sulla carta, è valido, ma oggi manca ancora una parte fondamentale del sistema. Ed è qui che, secondo me, sta il vero equivoco. Continuiamo a parlare di integrazione, mentre dovremmo parlare di connessione. Il problema non è integrare ospedale e territorio, ma metterli realmente in comunicazione. Oggi questa connessione non esiste: non è tecnologica, non è professionale e non è assistenziale. Di fatto abbiamo costruito due luoghi di cura che continuano a non parlarsi.

Quindi il rischio è che la riforma non raggiunga gli obiettivi?

Se l'obiettivo è potenziare l'offerta sanitaria sul territorio, allora il percorso è quello giusto e bisogna continuare a investirci. Se invece pensiamo che basti questo per creare una vera connessione con l'ospedale, allora credo che siamo ancora lontani dal risultato.

Entriamo più nel merito della professione. La dirigenza medica è ancora adeguata al sistema sanitario che sta cambiando?

No, non lo è. E non mi riferisco soltanto al contratto. Il problema è più profondo e riguarda il modello nel quale continuiamo a essere inseriti. Noi siamo una dirigenza speciale, ma veniamo ancora

Intervista a Pierino Di Silverio



**La nuova squadra
Anaao Assomed
2026-2030**

trattati come una normale componente della Pubblica amministrazione. È un controsenso che, finché non verrà superato, continuerà a rendere poco attrattiva la professione. Mi piace usare un'immagine. Pensiamo a un quadro racchiuso in una bellissima cornice dorata. Se però lo osserviamo bene, ci accorgiamo che all'interno c'è un'altra cornice che lo imprigiona. Ecco, quella sottocornice è il modello aziendalistico dell'ospedale. Quando è nato sembrava la soluzione ai problemi della sanità. Si pensava che il modello aziendale avrebbe reso tutto più efficiente. In una prima fase è stato anche così, perché bisognava risanare bilanci in forte deficit. Oggi, però, quel modello mostra tutti i suoi limiti. Nella crisi economica un'azienda riduce i costi; quando però l'azienda produce salute, tagliare i costi significa inevitabilmente incidere sulla qualità delle cure. Il rischio è che il medico venga valutato più per la capacità di risparmiare che per quella di curare. Ed è qui che il sistema entra in crisi.

Lei sostiene quindi che la dirigenza medica dovrebbe uscire dalla Pubblica amministrazione?

Sarebbe una provocazione. Noi in realtà chiediamo da tempo il riconoscimento della specificità della dirigenza medica e sanitaria, ovvero la dirigenza speciale. Finché questo non si concretizzerà sarà difficile restituire centralità alla cura. La nostra professione ha caratteristiche completamente diverse da quelle di qualsiasi altro dirigente pubblico. Se il medico non ha gli strumenti per organizzare e gestire il percorso di cura, non può svolgere pienamente il proprio lavoro. È anche per questo motivo che tanti professionisti scelgono di lasciare

il Servizio sanitario nazionale.

Per noi non si tratta di una rivendicazione corporativa, ma della condizione necessaria per rendere nuovamente attrattiva la professione e consentire ai medici di lavorare nell'interesse dei pazienti.

Un altro tema destinato ad aprire il confronto è quello dell'esclusività di rapporto.

È un tema che divide profondamente la professione, anche se può sembrare strano. Da una parte c'è la generazione che ha vissuto il passaggio all'aziendalizzazione, che ha affrontato anni di specializzazione senza tutele e che ha considerato il posto nel Servizio sanitario nazionale il traguardo di una vita. Per quella generazione parlare oggi di una liberalizzazione della professione significa mettere in discussione anche un'etica professionale molto radicata. Dall'altra c'è una generazione completamente diversa. È quella cresciuta durante gli anni della pandemia, dei gettonisti e del lavoro libero-professionale. Una generazione che attribuisce grande valore ai diritti, all'equilibrio tra vita e lavoro e alla possibilità di scegliere. Da questo punto di vista è una generazione diversa dalla nostra, per certi aspetti migliore, per altri semplicemente figlia di un contesto differente. Il compito del sindacato è tenere insieme queste due sensibilità senza perdere di vista i principi che appartengono alla professione medica.

Quindi qual è il suo parere?

Credo che il tema vada affrontato in modo diverso. Più che parlare di liberalizzazione, parlerei di una riorganizzazione complessiva dell'attività pro-

fessionale. Sono convinto che il medico debba avere il diritto di svolgere attività libero-professionale, ma questo diritto non deve mai entrare in conflitto con quello del cittadino ad avere cure gratuite e tempestive nel Servizio sanitario nazionale. Oggi esistono situazioni che inevitabilmente generano confusione. Pensiamo allo stesso medico che visita il paziente con una ricetta del Servizio sanitario e pochi minuti dopo, nello stesso ambulatorio e sulla stessa sedia, lo visita in regime di intramoenia. Anche quando tutto è perfettamente regolare, il cittadino può avere la percezione che qualcosa non funzioni.

Penso quindi che il sistema debba essere ripensato. Personalmente ritengo che l'attività libero-professionale dovrebbe svolgersi al di fuori della struttura nella quale il medico eroga le prestazioni pubbliche. Naturalmente con regole precise e limiti chiari, ma separando nettamente i due percorsi. Il punto è cambiare il paradigma. Dovrebbe essere l'azienda sanitaria, se ritiene quel professionista particolarmente qualificato, a mettergli a disposizione gli strumenti per svolgere la libera professione: l'ambulatorio, il personale, l'organizzazione. In questo modo il rapporto diventerebbe molto più trasparente.

Resto comunque convinto di una cosa. A un certo punto della vita professionale una scelta va fatta. Se decido di lavorare nel Servizio sanitario nazionale, quel lavoro deve essere valorizzato davvero, anche dal punto di vista economico. Solo così la libera professione tornerà a essere una scelta e non una necessità.

Un'ultima domanda. Il sindacato è vivo?

Il nostro sì.



Quattro giorni di dibattito per dare forma e voce alle idee di cui il Ssn ha urgente bisogno. Dal contratto alle grandi riforme, dalla responsabilità professionale alla formazione: il 26° Congresso Nazionale Anaao Assomed ha acceso i riflettori sulla sanità pubblica, portando al centro del confronto i temi più urgenti per il futuro del sistema.

In questo speciale pubblichiamo la sintesi delle tavole rotonde che hanno animato il congresso, costruite attorno alle sei tesi congressuali elaborate dall'Associazione: un vero e proprio manifesto per la nuova sanità, che Anaao consegna oggi alla politica, al Parlamento, alle istituzioni.

CCNL E NUOVI MODELLI PROFESSIONALI NELLA TRASFORMAZIONE DEL MONDO DEL LAVORO

Il tema del contratto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria viene introdotto da **Fabrizio Corsi** (Anaao), che fissa subito il punto di partenza per il rinnovo 2025-2027: il contratto non può più limitarsi a regolare stipendi e istituti normativi, ma deve diventare uno strumento capace di accompagnare la trasformazione dell'intero Servizio Sanitario Nazionale. La sua prima rivendicazione è di principio: «la sanità non può essere gestita con le stesse regole della pubblica amministrazione», da cui discende la richiesta di maggiore autonomia professionale e di una governance clinica più forte. Corsi si sofferma poi sul nodo delle carriere, oggi troppo spesso bloccate per anni negli stessi incarichi, proponendo modelli di progressione più dinamici e legati al merito. Un altro passaggio importante riguarda le condizioni di lavoro, equilibrio vita-lavoro, welfare aziendale, cli-

UN MANIFESTO PER LA NUOVA SANITÀ

ma organizzativo, e la formazione, che per l'Anaao va riconosciuta come parte integrante del lavoro medico, con tempo dedicato e valorizzazione economica, e non più come un impegno accessorio.

Se il contratto è lo strumento, il problema vero è la sua applicazione sul territorio, ed è questo il filo conduttore del confronto, moderato da **Giuseppe Montante** (Anaao), con **Alessia Grillo**, Segretaria Generale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Grillo riconosce che molte disposizioni contrattuali vengono applicate in modo disomogeneo da regione a regione, generando disparità tra professionisti che fanno lo stesso lavoro, un

esempio su tutti, i residui dei fondi contrattuali non spesi per incarichi e indennità di disagio. Ammette la necessità di rafforzare il coordinamento regionale, richiamando un documento del 2025 sulla valorizzazione del personale che individua proprio questo tema tra le priorità, e riassume la questione con una frase netta: «le aziende sono autonome, ma non possono agire senza le Regioni».

Sul versante più strettamente contrattuale interviene **Antonio Naddeo**, presidente Aran, che solleva un problema tecnico rimasto irrisolto: il Ccnl non ha mai stabilito quale maggioranza sindacale sia necessaria per rendere valido un contratto integrativo aziendale, una



lacuna che ha prodotto interpretazioni difformi nel tempo e che potrebbe trovare finalmente una soluzione nel prossimo rinnovo. Ma Naddeo va oltre l'aspetto tecnico, sostenendo che «buone relazioni sindacali producono buoni rapporti di lavoro» e indicando nell'eccessiva rigidità normativa — schiacciata tra le regole generali del pubblico impiego e il decreto legislativo 502 del '92, una delle cause profonde che negli anni hanno frenato l'evoluzione della professione medica.

A chiudere la sessione sono stati gli interventi dei **rappresentanti dell'intersindacale medica** e sanitaria. Un confronto che ha evidenziato come, al di là delle diverse sensibilità organizzative, esista una consapevolezza condivisa: le sfide che attendono la professione richiedono una rappresentanza forte e capace di trovare sintesi comuni. Perché se il contratto resta il principale strumento di tutela e valorizzazione del lavoro, la sua efficacia dipende anche, e soprattutto, dalla capacità delle organizzazioni sindacali di presentarsi unite quando si tratta di difendere il ruolo dei medici, dei dirigenti sanitari e delle professioni sanitarie all'interno del Ssn.

LE GRANDI RIFORME DEL SSN.

OLTRE IL DLGS 502/1992

Carlo Palermo (Presidente Anaao) apre il panel con una diagnosi netta: il decreto 502, nato per integrare organizzazione aziendale e professione medica, ha finito per allontanarle. L'azien-

da sanitaria si è trasformata in un contenitore di "fattori produttivi" orientato al governo dei costi, lasciando in secondo piano il diritto alla salute. Da questo squilibrio nasce il "disagio medico": professionisti controllati, ridotti a numeri, esclusi dalle decisioni e privati di autorevolezza e potere negoziale — un disagio che si traduce concretamente in due fenomeni, la "grande fuga" e il "quiet quitting".

Palermo segnala però anche un dato positivo: dal 2023-24 si registra un'inversione nelle curve di ingresso nel sistema, grazie soprattutto all'estensione del decreto Calabria (che ribattezza "decreto Speranza"), che ha permesso a circa 5.000 specializzandi di entrare anticipatamente nel SSN. Chiude con un allarme sul futuro: l'aumento esponenziale dei posti a medicina (fino a 30.000 l'anno) rischia di creare una nuova generazione di laureati senza sbocco in specializzazione, trasformando l'Italia — come dice provocatoriamente — nella "Cuba del Mediterraneo", esportatrice di medici verso il resto d'Europa.

Il dibattito, moderato da **Bruno Zuccarelli** (Anaao), si accende con **Roberto Speranza**, ex ministro della Salute, che apre con parole di gratitudine verso l'Associazione per il sostegno ricevuto negli anni difficili del suo mandato, ricordando conquiste concrete come i 500 milioni stanziati per l'indennità di esclusività. Ma il cuore del suo intervento va oltre la cronaca sindacale: lancia un allarme profondo sul rischio che l'Italia stia silenziosamente cambiando modello di sanità, senza che le leggi, l'articolo 32, la legge 833, siano formalmente cambiate. Se una persona con un bisogno di cura non trova risposta e deve arrangiarsi con vie traverse, dice, il modello sta già cambiando nella pratica, anche se non sulla carta. È un allarme sul cuore stesso del patto sociale italiano, quello per cui la malattia di una persona è un problema di tutti, non solo suo.

Maria Rosaria Campitiello, capo dipartimento del Ministero della Salute, risponde sul ruolo dei dipartimenti descrivendoli come una "cerniera" tra indirizzo politico centrale e regioni, che

restano le vere protagoniste nell'erogazione concreta dei servizi. Ricorda l'esperienza durissima del Covid e più di recente dell'Ebola, sottolineando quanto sia difficile prendere decisioni rapide in emergenza, e sostiene che i dipartimenti debbano avere un ruolo centrale ma non isolato, capace di valorizzare davvero i professionisti.

Stefano Simonetti, esperto di diritto amministrativo, affronta il tema della "dirigenza speciale" per i medici, sostenendo che sia una strada non solo percorribile ma inevitabile: la dirigenza sanitaria, con i suoi 137.000 professionisti, è del tutto sui generis rispetto alla dirigenza pubblica classica, dove i veri dirigenti gestionali sono una minoranza rispetto ai "professional". Propone di ribaltare il rapporto tra decreto 502 e norme generali sul pubblico impiego, e di ripensare relazioni sindacali specifiche per questa categoria.

Il presidente dell'Anaao interviene per approfondire questo punto cruciale della tesi congressuale, definendo la posizione attuale dei dirigenti sanitari un "ossimoro" giuridico: dipendenti per status ma dirigenti nei fatti, con responsabilità economiche e cliniche insieme. Propone alcune modifiche concrete: maggiore flessibilità sull'orario di lavoro (specie in vista della crescente femminilizzazione della professione, che rischia di alimentare nuove uscite dal sistema), una progressione di carriera più rapida fin dall'ingresso, l'eliminazione del blocco di cinque anni per accedere agli incarichi professionali (mantenendolo solo per quelli gestionali), e un ritorno a una maggiore flessibilità sulla libera professione, come nel modello originario della legge Bindi.

Chiude il panel **Rosy Bindi**, ex ministra della Salute, che rivendica le correzioni apportate al 502 durante il suo mandato come una risposta alla "controriforma" precedente, e sottolinea che spesso le norme già esistenti conterrebbero le soluzioni necessarie, se solo venissero applicate con coerenza. Insiste sulla necessità che la contrattazione rimanga un tavolo nazionale, per evitare risposte "a macchia di leopardo" tra le regioni, e ribadisce la sua visione del sistema sa-



nitario come intreccio di tre responsabilità autonome ma cooperanti, politica, manageriale e professionale, che devono rispettarci reciprocamente. Difende con forza il senso dell'esclusività di rapporto come piena fidelizzazione del professionista alla missione pubblica, e chiude con un appello diretto sul sottofinanziamento cronico del sistema: ricorda che l'Italia è oggi quattro punti di PIL indietro rispetto alla Germania in spesa sanitaria, e che nonostante questo il sistema continua a produrre alcuni dei migliori risultati di salute al mondo, grazie al principio universalistico per cui ciascuno contribuisce secondo le proprie possibilità e riceve secondo i propri bisogni, un principio, dice, non solo più equo ma anche più efficiente. La sua conclusione è un monito politico trasversale: se si vuole mantenere questo sistema, serve una scelta collettiva e coraggiosa, perché — come ricorda — i sistemi sono sostenibili quanto la politica decide che lo siano.

LE GRANDI RIFORME DEL SSN.

SSN-UNIVERSITÀ, UN'INTEGRAZIONE POSSIBILE. IL DLGS 517 TRENT'ANNI DOPO

La tavola rotonda sulla legge 517, moderata da Gerardo Anastasio (Anaao) parte da una constatazione condivisa:

la riforma di fine anni '90, pensata per integrare Servizio Sanitario Nazionale e università, resta largamente incompiuta. **Stefano Magnone** (Anaao) apre indicando il problema centrale - la "clinicizzazione", cioè l'espansione delle posizioni apicali universitarie negli ospedali, spesso usando le reti formative come leva. Il risultato è uno squilibrio a danno dei medici ospedalieri, con carriere gestionali sempre più bloccate e concorsi poco trasparenti. Propone un protocollo nazionale che separi la funzione formativa dalla governance assistenziale.

Vincenzo Bottino (ACOI) rincara con un dato concreto: solo due aziende in Italia hanno il DPCM richiesto dalla legge. Chiede che l'accesso alla dirigenza avvenga solo per concorso con casistica dimostrata, non per clinicizzazione discrezionale. La senatrice **Beatrice Lorenzin** (PD) conferma la necessità di riforma perché la medicina è cambiata, servono nuovi criteri di carriera legati a competenze e risultati, e propone di recuperare la figura mai realizzata dello "scienziato" ospedaliero.

Massimo Miscusi (Ministero dell'Università) difende il lavoro del tavolo tecnico in corso, chiarendo che la legge vigente esclude il concorso per gli incarichi universitari, ma annuncia due novità: un accreditamento basato su indicatori di qualità e non solo di volume, e l'obbligo del libretto formativo elettronico, oggi inutilizzato in oltre il 70% delle scuole.

Andrea Montagnani (FADOI) insiste sul ruolo già di fatto centrale degli ospedali nella formazione pratica, la medicina interna da sola copre un milione di ricoveri l'anno, un quarto di tutta l'attività ospedaliera, un ruolo che però resta poco regolamentato e poco riconosciuto, sia in termini di tempo dedicato che di incentivi economici e di carriera.

Gianmarco Petrianni (Anaao Giovani) denuncia la disomogeneità nazionale, l'assenza di controlli regionali reali e lo squilibrio tra assistenza e formazione, oltre alla fuga dei medici all'estero.

Tornano poi Bottino (45-46% di posti vuoti in chirurgia) e Lorenzin (che chiede trasparenza nelle bozze del protocollo e nota di essere l'unica donna al tavolo). Miscusi ribadisce l'ampio coinvolgimento del tavolo tecnico e l'origine "locale", non universitaria, della clinicizzazione selvaggia.

Negli impegni finali: Bottino vuole concorsi basati su casistica, Lorenzin promette la riforma della 517, Miscusi annuncia un modello di "clinical fellowship" ispirato al mondo anglosassone, Montagnani chiede un tavolo permanente allargato alle società scientifiche, e Petrianni chiude auspicando pari regole, pari dignità e pari responsabilità tra università e ospedali.

LE GRANDI RIFORME DEL SSN.

DAI DECRETI 70 E 77 ALLA RIFORMA QUATER DEL SSN

Fabiana Faiella (Anaao), presenta la tesi congressuale partendo dai principi costituzionali (art. 32, legge 833) per interrogarsi se il sistema sanitario italiano stia ancora perseguendo un modello pubblico universalistico o se si stia progressivamente avvicinando alla privatizzazione, complice un finanziamento che dal 2010 si è allontanato dalla media europea.

Passa poi a criticare la legge delega in discussione al Senato, evidenziandone diversi limiti: l'assenza di un vero confronto con regioni, sindacati e ordini professionali; un'impostazione troppo centrata sugli ospedali, che lascia in ombra il territorio (proprio dove servirebbe più attenzione a salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria infantile); una tendenza all'accentramento decisionale, in controtendenza rispetto ai discorsi sull'autonomia; e il silenzio totale sulle condizioni di chi lavora quotidianamente negli ospedali.

Anche i precedenti decreti 70 e 77, ricorda Faiella, nacquero più per rispondere all'emergenza pandemica che da

Filippo Maria Larussa
Coordinatore
Gruppo tesi congressuale

26°
Congresso
Nazionale
Anaa
Assomed



una visione organica, da qui i tagli ai posti letto, le clinicizzazioni “selvagge”, le direzioni “a scavalco” che hanno eroso le carriere, e un’attuazione del DM 77 lenta e disomogenea tra le regioni, con le nuove case di comunità spesso prive di personale e servizi.

La proposta dell’Anaa, sviluppata in un documento del settembre 2025, è quella di rimettere i professionisti al centro delle decisioni attraverso un modello di governance “a cerchi concentrici”, che parta dall’azienda e si allarghi progressivamente al territorio e infine alla regione.

Il dibattito, moderato da **Carlo Lusenti** (Anaa) si anima quando prende la parola **Francesco Saverio Mennini**, che rappresenta il Ministero della Salute. Lui la vede diversamente: rivendica un aumento reale del finanziamento di circa 20 miliardi dal 2022 in poi, con un record di 7,4 miliardi nell’ultima legge di bilancio, e soprattutto contesta l’indicatore spesa/PIL che tutti citano, sostenendo che sia fuorviante perché dipende troppo dall’andamento del denominatore. Meglio guardare la spesa pro-capite, dice, che mostrerebbe un’Italia sempre più vicina alla media dei paesi Ocse. Nega poi che la delega sia ospedalocentrica: certo, si parte dagli ospedali di terzo livello, ma ci sono anche territorio, domicilio, nuovi standard di personale. Ammette, però, che forse il metodo di consultazione poteva essere migliore.

Segue la senatrice **Ylenia Zambito** (PD), che condivide molte delle preoccupazioni dell’Anaa: teme un indebolimento della sanità territoriale a vantaggio dei grandi ospedali di eccellenza, un sistema a due velocità, e vede nei provvedimenti recenti un’apertura crescente al secondo pilastro privato. Colpisce il suo paradosso: nonostante un finanziamento che lei stessa giudica insufficiente, gli esiti clinici italiani restano superiori alla media europea, segno — dice — che è il sistema tenuto in piedi dai professionisti stessi, non dalle risorse messe a disposizione. Cita anche il caso della riforma dei medici di medicina generale, di cui

i parlamentari hanno saputo solo dai giornali, e porta ad esempio realtà come Toscana, Emilia-Romagna e Puglia dove il coinvolgimento condiviso dei medici di base nelle case di comunità ha funzionato bene. Chiude il quadro l’avvocato **Lorenzo Broccoli**, che parla a nome delle Regioni e spiega perché tutte, senza eccezione, abbiano bocciato la delega chiedendone il ritiro. Il problema per lui non è tanto nel merito quanto nel metodo: le Regioni, che costituzionalmente hanno la responsabilità ultima della sanità, sono state di fatto escluse dalla costruzione della riforma. E la riforma, insiste, va pensata in modo unitario: non si può toccare ospedali, territorio e professioni come se fossero pezzi separati. Il vero tema, per lui, non è il rapporto spesa/PIL ma se il finanziamento sia adeguato a garantire i livelli essenziali di assistenza: criticando il fatto che la delega non quantifichi le risorse necessarie, usa l’immagine di chi costruisce una casa senza sapere quanti soldi ha a disposizione, rischiando di gettare le fondamenta per un castello e ritrovarsi i mezzi per una capanna.

LA RIFORMA DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE OLTRE LA COLPA

Il congresso affronta la crisi della responsabilità sanitaria da più prospettive, sindacale, parlamentare, penalistica, medico-legale e assicurativa, con interventi che convergono su una diagnosi comune: il modello attuale, basato sulla colpa individuale, ha reso il medico l’unico bersaglio di un sistema che non riesce più a reggersi, e va sostituito con una responsabilità di sistema.

Simona Bonaccorso (Anaa), nella presentazione della tesi congressuale, fotografa l’emergenza con i numeri: l’86% dei chirurghi con oltre 20 anni di carriera ha subito denunce (il 95% infondate), si registrano 18.000 aggressioni l’anno al personale sanitario. Propo-

ne tre pilastri di riforma: risk management integrato (con tutela anche della “seconda vittima”, cioè il professionista), tutela normativa strutturale sulla colpa grave, e una cabina di regia nazionale per uniformare le tutele.

Il dibattito, moderato da **Filippo Maria Larussa** (Anaa) viene avviato dall’intervento di **Luciano Ciocchetti**, Presidente della 12ª Commissione Affari Sociali della Camera, il quale illustra la tabella di marcia del DDL 2700, che dovrebbe sostituire entro l’anno lo scudo penale transitorio in scadenza a dicembre 2026, con licenziamento del testo dalla Camera previsto entro metà luglio. La riforma rende permanente il principio della colpa grave, lo lega al contesto organizzativo, e introduce criteri più rigidi per la nomina dei CTU. **Cristiano Cupelli**, Professore ordinario di Diritto Penale a Roma Tor Vergata, smonta tecnicamente l’ipotesi di estendere ai medici il “modello separato” del DL 23/2026 pensato per le cause di giustificazione: la colpa medica si gioca su un piano diverso (colpevolezza, non antiggiuridicità) e richiede accertamenti troppo complessi per una valutazione immediata. Indica come strada più solida il Ddl alla Camera, che punta a codificare gli “elementi di contesto” per escludere la colpa fin dal momento dell’iscrizione nel registro degli indagati.

Amedeo Bianco (ONAOSI), tra gli estensori della legge Gelli-Bianco (24/2017), ne ripercorre l’impianto culturale — la sicurezza delle cure come parte del diritto alla salute e denuncia la persistente mancanza di trasparenza sui dati dei contenziosi, mentre i fondi di auto-assicurazione hanno accumulato circa 2 miliardi di euro di gestione poco chiara. Il dato per lui più significativo: il 95% dei procedimenti penali contro i medici si chiude con assoluzione o archiviazione, segno che il vero problema è il trauma del percorso, non l’esito.

Vittorio Fineschi, Professore ordinario di Medicina legale a Roma La Sapienza, con la prospettiva medico-legale, valuta positivamente



il modello di auto-ritenzione del rischio (esempio del Policlinico Umberto I), propone un sistema misto tra gestione interna e assicurazione esterna per i grandi sinistri, esclude la sostenibilità di un modello no-fault generalizzato in Italia, e segnala il dato drammatico dell'87% di posti vacanti in alcune scuole di specializzazione più esposte al contenzioso. Denuncia inoltre il grave limite qualitativo delle CTU, causato da tariffe irrisorie e assenza di filtri di merito nell'albo dei periti. L'Avvocato **Maurizio Hazan** mette a fuoco le asimmetrie normative ancora aperte: il rischio della "rivalsa capovolta" quando un paziente aggredisce direttamente il medico anziché la struttura; il paradosso tra legge Gelli e legge Foti che può lasciare il medico meno tutelato di altri dipendenti pubblici, con rischio di doppio binario giudiziario; e le clausole di manleva scorrette imposte ai liberi professionisti nel privato, già dichiarate nulle dalla Cassazione, che scaricano impropriamente su di loro la responsabilità civile che spetterebbe alla struttura.

IL PRESENTE E IL FUTURO DELLA FORMAZIONE DEI MEDICI E DIRIGENTI SANITARI

Il panel sulla formazione medica specialistica si apre con **Maria Cristina Sangiovanni** (Anaao), che presenta la tesi congressuale partendo da un principio fermo: la formazione dei medici è parte integrante del diritto alla salute sancito dalla Costituzione, non un capitolo a sé. Nel mirino c'è il decreto-legge 368 del '99, ormai datato e segnato da tre difetti: uno specializzando che resta una figura ibrida, mezzo studente, mezzo lavoratore, con doveri ma senza pieni diritti; un conflitto strutturale tra università e ospedale; e una programmazione debole, quasi assente. Propone di superare questa norma con un vero contratto di forma-

zione-lavoro, e introduce un ragionamento tecnico ma centrale: la programmazione degli accessi a medicina va calcolata su un orizzonte di dieci anni, guardando ai pensionamenti futuri. Aumentare semplicemente borse o posti universitari non risolve nulla — anzi rischia di creare una nuova "plethora medica", e con un paragone quasi provocatorio (24.000 euro l'anno per formare un medico, il costo di una Ferrari) mostra quanto costerebbe allo Stato formare migliaia di aspiranti medici senza reale sbocco professionale. Le sue parole chiave: programmare, attrarre, trattenere, valorizzare. L'onorevole **Marta Schifone** (Fdi) rivendica i risultati già ottenuti — 30 milioni per sanare 25 anni di disparità retributiva delle professioni sanitarie non mediche, e l'annuncio che anche gli arretrati degli specializzandi saranno saldati a breve. Il suo punto è prima di tutto semantico: chiamare gli specializzandi "professionisti" e "medici" è il primo passo del riconoscimento reale, e la contrattazione collettiva resta lo strumento principe per garantire tutele concrete.

L'onorevole **Marianna Ricciardi** (M5S) indica tre priorità non rinviabili: un contratto vero con TFR, tredicesima e congedi pienamente fruibili; un aumento della retribuzione, notando come i 1.652 euro mensili, al netto di tasse e assicurazione, lascino a malapena i soldi per un affitto; e una revisione della rete formativa con criteri più stringenti. Ma il suo argomento di fondo è più ampio: tutto dipende da una domanda politica preliminare, l'Italia crede davvero nella tenuta del Ssn? Se sì, finanziamento e programmazione seguono di conseguenza; se no, gli specializzandi restano "tappabuchi", con conseguenze dirette sulla sicurezza delle cure. Chiede inoltre una riforma dell'Osservatorio delle scuole di specializzazione e la timbratura elettronica obbligatoria per monitorare davvero le ore di formazione. **Antonio Mistretta**, Presidente del tavolo tecnico ministeriale, pone la scelta di fondo che il paese deve compiere: un sistema che programma, forma e trattiene competenze, op-

pure uno che rincorre le emergenze consumando i giovani medici. Indica tre priorità: qualità sostanziale dell'accreditamento (non un timbro burocratico), diritti reali su orari e tutele, e coerenza con i fabbisogni effettivi del sistema sanitario, compresa la sanità territoriale.

Claudio Costa (Regione Veneto) porta dati concreti: dal 2017-18 a oggi i posti a medicina sono saliti da 8.000 a quasi 24.000, i contratti di specializzazione da 6.100 a 13.000. Il decreto Calabria, nato per tamponare la carenza di personale, è quindi destinato a esaurirsi da solo e cita l'esempio di un concorso a Padova con 62 idonei per un solo posto in pediatria. Propone di trasformare quell'esperienza in un modello strutturale permanente, basato su cinque pilastri: superare la logica solo universitaria della formazione, costruire una rete formativa pubblica ampia e controllata, riconoscere il tutoraggio, fissare standard nazionali applicati con rigore a livello regionale, e usare il contratto di specializzazione-lavoro come leva di fidelizzazione dei giovani medici al servizio pubblico.

Interviene brevemente l'onorevole **Annarita Patriarca** (FI), che sottolinea il dialogo costruito negli ultimi anni tra sindacato e istituzioni e ribadisce che la vera sfida resta l'omogeneità dell'offerta sanitaria tra le regioni.

Chiude il panel l'ex responsabile nazionale di Anaao Giovani, **Giammaria Liuzzi**, che ripercorre le battaglie sindacali degli ultimi anni e denuncia con toni più diretti la disparità di trattamento degli specializzandi da parte di certi ambienti universitari, visti spesso come manodopera a basso costo. Rivendica la crescita degli iscritti Anaao tra gli specializzandi — da 700 a oltre 10.000 — e annuncia l'obiettivo dei prossimi anni: trasformare questa base associativa in piena rappresentanza Aran, per rafforzare il peso contrattuale del sindacato.

Gli interventi istituzionali
al Congresso

Un fronte comune per il futuro del Ssn

Gli interventi dei rappresentanti istituzionali alla cerimonia inaugurale del Congresso hanno evidenziato una convergenza di fondo pur tra accenti diversi: la centralità dei professionisti sanitari e la necessità di investimenti e riforme coraggiose per il Ssn.

Annamaria Bernini
Ministro MUR

Non possiamo non integrarci

Il **Ministro dell'Università** e della Ricerca Annamaria Bernini ha aperto il suo intervento riconoscendo all'Anaa Assomed il merito di aver mantenuto aperto il confronto su alcuni dei nodi più complessi del rapporto tra formazione, assistenza e ricerca. "Abbiamo avuto incontri, confronti e anche scontri", ha affermato, sottolineando come proprio il dialogo con il sindacato abbia rappresentato spesso un'importante occasione di riflessione e approfondimento su temi strategici per il futuro del Ssn. Al centro dell'intervento il rapporto tra università e ospedale, una convivenza che presenta criticità irrisolte fin dalla fine degli anni Novanta. Il Ministro ha affrontato con franchezza i temi della formazione specialistica, della clinicizzazione, del rapporto tra medici universitari e medici ospedalieri e della necessità di garantire maggiore trasparenza nell'attribuzione degli incarichi. Ha riconosciuto la fondatezza di molte delle osservazioni avanzate dall'Anaa Assomed, spiegando come ciò abbia contribuito alla riapertura del confronto su questi temi sensibili. "Non siamo sempre d'accordo – ha osservato – ma il gruppo di lavoro su assistenza, didattica e ricerca è il risultato concreto del lavoro svolto insieme". Ampio spazio è stato dedicato alla figura del medico in formazione specialistica, che deve poter contare su un'offerta formativa di elevata qualità, costruita attraverso il contributo congiunto del medico universitario e del medico ospedaliero. Un obiettivo che richiede di su-



Paolo Zangrillo
Ministro PA

Valorizzare competenze e merito per un SSN più attrattivo

Il **Ministro** per la Pubblica Amministrazione Paolo Zangrillo ha aperto il suo intervento con un riconoscimento esplicito del lavoro quotidiano di medici e dirigenti sanitari, sottolineando le difficoltà legate alla carenza di personale, ai carichi crescenti e alla pressione sempre più intensa sul sistema. Un riconoscimento che si è tradotto in un impegno: continuare a lavorare per migliorare le condizioni di chi opera nel Ssn. Il Ministro ha ricordato i risultati ottenuti sul fronte dei rinnovi contrattuali e le novità introdotte per il personale sanitario: patrocinio legale, supporto psicologico, maggiori tutele in caso di aggressioni. Ha inoltre richiamato gli investimenti nel reclutamento e nella formazione del personale pubblico, ribadendo la necessità di valorizzare competenze e merito



per rendere la Pubblica Amministrazione e il Servizio sanitario nazionale più attrattivi ed efficienti. Pur riconoscendo le criticità ancora aperte, Zangrillo ha espresso fiducia nella collaborazione tra istituzioni e rappresentanze professionali come leva per rafforzare il Ssn e garantire ai cittadini servizi sempre più qualificati.

Orazio Schillaci
Ministro Salute

Le infrastrutture da sole non bastano

Il **Ministro della Salute** Orazio Schillaci ha ribadito l'orgoglio per il Servizio Sanitario Nazionale, sottolineando come la qualità dell'assistenza sia garantita ogni giorno dall'impegno e dalla professionalità di medici e dirigenti sanitari. Ha riconosciuto con franchezza la fondatezza delle criticità segnalate dalla categoria: la crescente disaffezione verso il sistema pubblico non dipende soltanto dagli aspetti retributivi, ma anche dall'eccesso di burocrazia, dalla rigidità organizzativa e dalla difficoltà di valorizzare adeguatamente competenze e percorsi professionali. Tra gli obiettivi indicati dal Ministro figurano la costruzione di un sistema più flessibile, capace di favorire la crescita professionale e una nuova stagione di governo clinico, oltre a interventi mirati per rendere il Ssn più attrattivo nelle specialità maggiormente carenti. Nel richiamare le misure già adottate, Schillaci ha ricordato gli investimenti sull'indennità di specificità, i piani straordinari di assunzione, gli interventi per il recupero delle liste d'attesa, le norme sullo scudo penale, i provvedimenti per la sicurezza degli operatori sanitari e il finanziamento del Piano Nazionale per la Salute Mentale. Ha inoltre annunciato il lavoro in corso per la definizione del nuovo Piano Sanitario Nazionale e per l'avvio del rinnovo contrattuale successivo. "Le infrastrutture da sole non bastano", ha affermato il Ministro, evidenziando la necessità di accompagnare gli investimenti economici con un profondo cambiamento organizzativo fondato su innovazio-



ne, semplificazione e valorizzazione dei professionisti. L'intervento si è chiuso con l'auspicio di un nuovo patto tra istituzioni e professionisti, fondato sul confronto continuo e orientato a un obiettivo comune: garantire dignità professionale agli operatori sanitari e tutelare il diritto alla salute dei cittadini.

Le voci delle istituzioni: un messaggio convergente

Compatta e convergente la posizione degli altri rappresentanti istituzionali intervenuti alla cerimonia di inaugurazione. Pur con accenti e prospettive diverse, un filo comune ha attraversato tutti gli interventi: il riconoscimento del ruolo centrale dei professionisti sanitari e la necessità di politiche coraggiose e investimenti adeguati a garantire il futuro del Ssn. La Vicepresidente del Senato **Mariolina Castellone** ha definito questo un momento cruciale per la sanità pubblica, mettendo in guardia dal rischio concreto di arretrare rispetto agli obiettivi di rafforzamento del sistema, in particolare a causa della riduzione delle risorse destinate alla sanità e delle difficoltà nel completare gli investimenti previsti dal PNRR. Ha ricordato come un SSN forte rappresenti uno strumento fondamentale di contrasto alle disuguaglianze e alla povertà sanitaria, proponendo un impegno comune su tre priorità: maggiori investimenti con attenzione alla prevenzione, valorizzazione del personale sanitario, rafforzamento della governance del sistema. La Vicepresidente del Senato **Licia Ronzulli** ha ribadito con forza che difendere il Ssn significa prima di tutto sostenere chi vi lavora. Ha denunciato la tendenza a fare affidamento esclusivamente sul senso di responsabilità e

sull'abnegazione dei professionisti per compensare carenze organizzative, normative e programmatiche, richiamando la necessità di rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio e di sviluppare la medicina di prossimità. "Investire nella dignità di chi cura significa rafforzare l'intero sistema sanitario e difendere uno dei diritti fondamentali garantiti dalla Costituzione", ha affermato. Il Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera **Ugo Cappellacci** ha sottolineato la necessità di riportare al centro del sistema il professionista, valorizzandone autonomia, competenze e responsabilità. Ha richiamato l'importanza di un approccio condiviso e di una collaborazione costante tra istituzioni, professionisti e rappresentanze del settore: "Ai risultati possiamo arrivare solo lavorando insieme". Il Presidente della Commissione Affari Sociali del Senato **Franco Zaffini** ha evidenziato la peculiarità del settore sanitario: i professionisti della salute non possono essere trattati come qualsiasi altra categoria lavorativa, poiché dalla loro attività dipende la tutela di un diritto fondamentale. Per Zaffini, ogni processo di riforma e innovazione del Ssn deve partire dal riconoscimento del ruolo centrale dei professionisti, vero motore del sistema sanitario pubblico, e deve puntare a costruire un contesto in cui medici e dirigenti sanitari si sentano motivati, qualificati e fiduciosi nelle istituzioni in cui operano. Il Presidente della Regione Lazio **Francesco Rocca** ha richiamato la necessità di rafforzare la capacità di programmazione del sistema sanitario, sottolineando come molte delle criticità attuali, dalla carenza di professionisti alle difficoltà organizzative, richiedano una visione di lungo periodo e una pianificazione più efficace delle risorse umane, econo-

miche e strutturali. Il Presidente del Comitato di Settore Regioni Sanità **Marco Alparone** ha spostato l'attenzione dalla produzione normativa alla capacità di realizzare concretamente i cambiamenti necessari. Ha sottolineato come il riallineamento delle tornate contrattuali abbia rappresentato un passaggio fondamentale per restituire stabilità e prospettive ai professionisti del Ssn, e ha indicato nel contratto uno strumento centrale per valorizzare il lavoro, migliorare l'organizzazione e accompagnare l'evoluzione delle professioni sanitarie. Un invito, infine, a lavorare in modo pragmatico e concreto per tradurre le idee in soluzioni capaci di rafforzare il sistema.

Il Presidente Enpam **Alberto Oliveti** ha richiamato la necessità di coniugare visione strategica e capacità di intervento tempestivo, sottolineando come solo attraverso un confronto continuo con la politica e una capacità condivisa di anticipare i cambiamenti sarà possibile costruire risposte efficaci alle sfide demografiche, organizzative e professionali che attendono la sanità italiana.

Il Presidente Fnomceo **Filippo Anelli** ha chiuso il giro di interventi con un richiamo netto e diretto: "Senza risorse non si fanno le riforme". Innovazione organizzativa, valorizzazione dei professionisti e potenziamento dei servizi non possono prescindere da un finanziamento adeguato. Il dibattito sulle trasformazioni del Ssn, ha concluso, deve necessariamente confrontarsi con il tema delle risorse disponibili e richiedere scelte politiche coerenti con gli obiettivi di sviluppo e rafforzamento del sistema sanitario pubblico.

I SEGRETARI ELETTI

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



I contributi dal Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Molise, Puglia, Veneto.

I nuovi vertici regionali Anaao Assomed

PIEMONTE

Valorizzare la dirigenza sanitaria tra Università, territorio e contratti

Valerio Tomaselli

L'attuale Segreteria Regionale Piemonte, nel solco della tradizione, è a supporto dei Segretari Aziendali per facilitare soluzioni condivise con le Direzioni Aziendali, e sempre in prima linea per rafforzare le tutele; ne è la prova l'incremento degli iscritti negli ultimi quattro anni che sono passati da 2.265 a 3.180. Questo nonostante la diffusa carenza di organico nell'area sanitaria, specie in provincia, in parte mitigata da assunzioni extra turnover ottenute con finanziamenti Regionali dedicati, e costantemente monitorate da apposito Osservatorio Regionale in cui i Sindacati sono parte attiva.

Negli ultimi anni è tornata in auge anche in Piemonte una vecchia questione: la pervasività dell'Università nell'area ospedaliera che mina le legittime aspirazioni di carriera dei dirigenti sanitari nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie/Aziende Ospedaliere Integrate; problematiche e criticità più volte sollevate da Anaao quali, mancata verifica delle competenze gestionali dei docenti nominati a dirigere strutture del Ssn. di scordanza tra assunzioni Universitarie e fabbisogni Regionali (spesso influen-

zate dall'apertura di nuove Scuole di Specializzazione più che dalle necessità assistenziali), automatico conferimento di incarichi apicali ai professori senza concorso pubblico, senza parlare dei tutor ospedalieri che fanno le veci dell'Università senza nessun tipo di riconoscimento; bisogna applicare correttamente il D.lgs 517 del 1999, o meglio sarebbe adeguarlo alla realtà odierna e ridefinire i Protocolli d'Intesa; La carriera medica/sanitaria ospedaliera deve essere autonoma, valorizzata e non subordinata alle logiche universitarie, gli Ospedali non Universitari inseriti nella rete formativa sono un palestra più che adeguata ed insostituibile per formare le future generazioni di medici. Faticosamente è in fieri il tanto atteso potenziamento del territorio; la completa applicazione del Dm 77 rimane tuttavia ancora un'incognita; Anaao è disponibile al dialogo e si impegna a

collaborare per quanto di competenza per la piena attuazione; solo intercettando e governando le richieste del territorio sul territorio si potrà dare sollievo alla rete ospedaliera che potrà occuparsi completamente alle acuzie o situazioni particolari; la messa a regime appare però ancora lontana con buona pace dei PS sovraffollati e del boarding, in PS e nei reparti che non trovano sbocco territoriale alla conclusione del percorso ospedaliero; vigileremo affinché non si scarichino le altrettante carenze del personale convenzionato sulla dirigenza sanitaria, impiegandola in modo surrettizio per compiti e ruoli non previsti dal Dm 77 e dal Ccnl.

Altro tema riguarda la formazione; la recente survey Anaao Piemonte del marzo 2026 ha impietosamente evidenziato come circa i 2/3 degli intervistati non usi le 4 ore settimanali contrattualmente previste per la formazione, ma per attività assistenziale; sempre per i 2/3, gli intervistati dichiarano scarso o assente supporto economico per la formazione obbligatoria, spesso l'entità del fondo appositamente destinato è notevolmente inferiore alle indicazioni ministeriali quantificate in "almeno" 1% della massa salariale. La formazione, in tutti gli ambiti, dovrebbe essere considerata strategica, garantita e fruibile; la formazione è uno dei pilastri che garantisce l'erogazione di cure sicure ed adeguate.

Serve aumentare il potere contrattuale a livello Regionale, per concordare tra sindacati e parte pubblica linee di indi-



rizzo vincolanti per un'applicazione contrattuale decentrata omogenea; applicazione decentrata troppo spesso piegata e distorta ad uso e consumo di disinvolti Direttori Generali, con inevitabile ricorso alle aule di tribunale.

Per rendere attrattivo il lavoro nel Ssn servono strumenti nuovi; aumentare il welfare con incentivi veri e non riciclati attingendo dal fondo di risultato, asili nido aziendali, mobilità, lavoro flessibile e tutto ciò che possa essere di aiuto; serve migliorare l'ambiente di lavoro, con personale adeguato numericamente, motivato, costantemente formato e coinvolto nella gestione organizzativa, solo chi fa sa cosa è realmente utile o necessario; serve rinnovare il patto sanitario con i cittadini all'insegna del nostro slogan "io ti curo curami anche tu" per restaurare il ruolo sociale della classe medica e di tutte le professioni sanitarie in generale, per porre fine alle vili aggressioni a cui siamo quotidianamente esposti; anche gli operatori della sanità sono parte lesa.

TRENTINO

Dall'emergenza-urgenza al tavolo del Ccpl le priorità della nuova Segretaria

Mjriam Sanò

Dirigente Medico presso l'Unità Operativa di Medicina d'Urgenza e Accettazione dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, è stata eletta Segretaria provinciale di Anaa Assomed Provincia Autonoma di Trento, assumendo il primo mandato dopo un passaggio di consegne in una fase particolarmente delicata per la dirigenza medica e sanitaria, segnata dal complesso percorso di costruzione del Contratto Collettivo Provinciale di Lavoro della dirigenza medica e sanitaria (Ccpl).

Originaria di Messina, lavora da sedici anni a Trento nell'ambito dell'emergenza-urgenza, occupandosi della gestione del paziente acuto e delle dinamiche organizzative dell'area critica. Nel corso della sua attività ha maturato una consolidata esperienza clinica e organizzativa, con particolare attenzione alla presa in carico del paziente complesso in Pronto Soccorso.

Accanto all'attività assistenziale, ha sviluppato un forte impegno nella formazione e nella crescita professionale dei dirigenti medici, contribuendo alla definizione di percorsi strutturati di sviluppo di carriera e alla valorizzazione delle competenze in un contesto ospe-

daliero in continua evoluzione. Ha inoltre maturato competenze nella costruzione e implementazione di Pdta (Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali), con particolare riferimento ai percorsi integrati ospedale-territorio.

Un ulteriore ambito di attività riguarda la gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici acuti che afferiscono al Pronto Soccorso, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale, appropriatezza delle cure e integrazione multidisciplinare.

Il suo impegno sindacale si è sviluppato progressivamente all'interno di Anaa Assomed Trentino, dove ha partecipato ai tavoli di contrattazione del Ccpl della dirigenza medica e sanitaria come componente della delegazione trattante e successivamente come vicesegretaria, fino alla recente elezione a Segretaria provinciale.

È inoltre componente della Commissione Emergenza-Urgenza di Anaa Assomed, contribuendo al lavoro sui principali temi dell'area critica e al confronto sui modelli organizzativi dell'emergenza ospedaliera a livello nazionale.

Il Ccpl della dirigenza medica e sanitaria rappresenta un asse centrale del suo impegno. Nel contesto della Provincia autonoma di Trento, dotata di competenze legislative e organizzative proprie in materia sanitaria, la contrattazione richiede una declinazione specifica rispetto al Ccnl nazionale. Il confronto tra amministrazione e parti sindacali riguarda infatti non solo aspetti economici e giuridici, ma anche organizzazione del lavoro, valorizzazione professionale e sistema delle indennità, con l'obiettivo di mantenere equilibrio tra sostenibilità del sistema e tutela dei professionisti. In questa prospettiva, Sanò pone particolare attenzione alla valorizzazione della dirigenza medica e sanitaria e alla crescita dei giovani medici, promuovendo percorsi di sviluppo delle competenze, miglioramento delle condizioni lavorative e definizione di prospettive di carriera chiare e sostenibili. La sua azione sindacale si fonda su una



“

Nel contesto della Provincia autonoma di Trento, dotata di competenze legislative e organizzative proprie in materia sanitaria, la contrattazione richiede una declinazione specifica rispetto al Ccnl nazionale

visione chiara: rafforzare il ruolo della dirigenza medica e sanitaria, tutelare la qualità del lavoro e contribuire a un Servizio Sanitario pubblico capace di coniugare qualità delle cure, valorizzazione professionale e sostenibilità organizzativa.

“Continuerò a impegnarmi per la sanità pubblica e per la tutela della dirigenza medica e sanitaria, nella convinzione che il nostro ruolo sia centrale e imprescindibile. La sanità deve garantire non solo cure efficaci e percorsi di carriera adeguati, ma anche sicurezza per i pazienti, principio sancito dall'articolo 32 della Costituzione, che tutela la salute come diritto fondamentale e interesse della collettività”.

MOLISE

Difendere il lavoro, rilanciare la sanità pubblica

Andrea Morello

Assumere la guida di Anaa Assomed Molise per il quadriennio 2026-2030 rappresenta per me un grande onore, ma soprattutto una responsabilità verso tutti i dirigenti medici e sanitari che ogni giorno garantiscono il diritto alla salute dei cittadini in un contesto spesso complesso e difficile.

Il Molise presenta caratteristiche peculiari che rendono particolarmente impegnativa la programmazione sanitaria. Da una parte una popolazione dispersa su un territorio prevalentemente montano e caratterizzato da aree interne; dall'altra una progressiva riduzione delle risorse professionali disponibili, ag-



gravata dalle difficoltà di reclutamento e dalla crescente mobilità verso regioni più attrattive.

Le criticità che affrontiamo quotidianamente sono note: carenza di personale, aumento dell'età media dei professionisti, difficoltà nel garantire la copertura dei servizi, crescente pressione assistenziale e persistente squilibrio tra bisogni di salute e risorse disponibili. A ciò si aggiunge il rischio di una progressiva perdita di attrattività del servizio sanitario pubblico, che rende sempre più difficile trattenere e valorizzare le competenze. Nell'immediato, la nostra azione sindacale sarà orientata alla tutela delle condizioni di lavoro dei dirigenti medici e sanitari. È necessario garantire organici adeguati, una corretta applicazione del contratto nazionale, il riconoscimento degli incarichi professionali e gestionali e una distribuzione equa dei carichi di lavoro. Non possiamo continuare a chiedere ai professionisti di compensare con il sacrificio personale le carenze strutturali del sistema. Particolare attenzione sarà dedicata alla valorizzazione di tutte le professionalità della dirigenza sanitaria. Medici, biologi, farmacisti, chimici, fisici e psicologi rappresentano un patrimonio essenziale per il funzionamento del Servizio sanitario regionale e devono essere pienamente coinvolti nei processi decisionali e organizzativi.

Nel medio e lungo periodo sarà fondamentale lavorare per rendere il sistema sanitario molisano più attrattivo per i giovani professionisti. Dobbiamo creare condizioni di lavoro che consentano crescita professionale, formazione continua, valorizzazione del merito e possibilità di carriera. Senza un investimento sulle persone, nessuna riforma organizzativa sarà realmente efficace.

Sarà inoltre necessario rafforzare il ruolo della sanità pubblica come presidio di equità e coesione sociale. In una regione piccola come il Molise, il mantenimento di una rete assistenziale efficiente e capillare rappresenta una scelta strategica non solo sanitaria, ma anche sociale e territoriale.

Come Anaao Assomed continueremo a promuovere un confronto costruttivo con le istituzioni regionali e aziendali, mantenendo al tempo stesso la necessaria autonomia e determinazione nella

difesa dei diritti dei professionisti e della qualità delle cure. Il nostro obiettivo non è soltanto affrontare le emergenze del presente, ma contribuire a costruire una prospettiva di futuro per la sanità molisana. Un futuro nel quale i professionisti possano lavorare con dignità, competenza e motivazione, e nel quale i cittadini possano continuare a trovare nel Servizio sanitario pubblico una risposta efficace ai propri bisogni di salute. Questo sarà l'impegno che guiderà il nostro mandato nei prossimi quattro anni.

PUGLIA

Sicurezza, merito e riorganizzazione le sfide del nuovo mandato

Emiliano Altavilla

“

La Puglia dispone di professionisti di altissimo livello. Il nostro compito sarà quello di creare le condizioni affinché possano lavorare nelle migliori condizioni possibili, offrendo ai cittadini un servizio sanitario pubblico sempre più qualificato, sicuro e vicino ai loro bisogni

Il 22 maggio, a Bari, il Congresso regionale mi ha eletto segretario regionale della Puglia. Ho accolto questo incarico con entusiasmo e con il senso di responsabilità che deriva dalla fiducia accordatami dai colleghi. Una fiducia che rappresenta per me uno stimolo a lavorare con impegno, nella consapevolezza di poter contare sull'esperienza, sulla competenza e sul contributo di tutta la nostra organizzazione sindacale. Il mio mandato prende avvio in una fase particolarmente delicata per la sanità pugliese. Il nuovo Governatore, eletto solo qualche mese fa, si è trovato ad affrontare un significativo disequilibrio dei conti della sanità, che ha reso necessario il ricorso alla leva fiscale. Scelta che grava inevitabilmente sui cittadini, già messi a dura prova dall'aumento del costo della vita e dalle persistenti incertezze del quadro economico internazionale. In un contesto sociale così complesso cresce inevitabilmente il livello di tensione nei confronti del sistema sanitario. Carenza di personale, turni sempre più gravosi, liste d'attesa e tempi di permanenza nei Pronto Soccorso alimentano il malcontento dell'utenza e, troppo spesso, sfociano in episodi di aggressione ai danni di medici, infermieri e operatori sanitari. Chi lavora negli ospedali si trova quotidianamente a gestire criticità che non dipendono dalla propria professionalità ma da problemi organizzativi ormai strutturati. Il personale sanitario diventa così il bersaglio di una rabbia che nasce da inefficienze del sistema e non certo dalla qualità dell'assistenza prestata. Il Pronto Soccorso continua a rappresentare il primo presidio della sanità pubblica ma, nella

maggior parte delle realtà, è costretto a farsi carico di una quota molto elevata di accessi impropri, stimata intorno al 70%. Il sovraffollamento determina un inevitabile aumento dei tempi di attesa e rende ancora più difficile garantire condizioni di lavoro sicure agli operatori e un'assistenza adeguata ai pazienti. A questo si aggiunge la cronica carenza di specialisti, in particolare nella medicina d'emergenza-urgenza. I concorsi continuano ad andare deserti o non riescono a coprire il fabbisogno reale delle aziende sanitarie. È quindi indispensabile rendere finalmente concreta l'integrazione tra ospedale e territorio, rafforzando la medicina territoriale e garantendo una presa in carico più appropriata dei pazienti. Altro tema centrale è il riordino della rete ospedaliera: le risorse disponibili devono essere concentrate e valorizzate, evitando inutili frammentazioni. I piani di riorganizzazione approvati negli anni devono trovare finalmente piena attuazione. Mantenere strutture periferiche prive delle necessarie professionalità specialistiche, soprattutto nelle ore notturne, significa aumentare il rischio clinico per i cittadini. È il caso, ad esempio, dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno, dove spesso non sono presenti tutte le figure indispensabili per affrontare eventuali emergenze ostetriche e neonatali. La sicurezza delle madri e dei neonati deve rappresentare un criterio prioritario nelle scelte di programmazione sanitaria. Le istituzioni devono assumere l'impegno di una valida centralizzazione con una rete organizzativa solida. Come ricordato dal nostro Segretario nazionale, bisogna ricercare il luogo di cura giusto per il giusto paziente, nei tempi giusti e con il giusto professionista. L'insediamento dei nuovi Direttori Generali dovrà imprimere una svolta alla governance: evitando lungaggini, lentezza burocratica, snellendo le procedure. Il confronto tra istituzioni, professionisti e organizzazioni sindacali dovrà diventare stabile e costruttivo, soprattutto



“

È necessario un intervento sindacale deciso, capace di riportare al centro la tutela dell'integrità psico-fisica dei lavoratori e di riaffermare la sicurezza come parametro non negoziabile dell'organizzazione sanitaria

per sostenere le nuove generazioni di medici. L'ospedale deve tornare a essere attrattivo: l'integrazione con l'Università sarà opportunità purché sia fondata sulla collaborazione e non finisca per alterare la missione assistenziale delle strutture ospedaliere. Tra le priorità, il pieno sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico: dovrà diventare strumento realmente efficace e integrato nella pratica clinica quotidiana, migliorando la continuità assistenziale e semplificando il lavoro degli operatori. Anche l'intelligenza artificiale rappresenta una straordinaria opportunità per la medicina. Potrà supportare diagnosi, ricerca e organizzazione dei servizi, ma non potrà mai sostituire la capacità di ascolto e la responsabilità professionale del medico. Infine, il merito deve tornare a essere il criterio guida nella valorizzazione delle professionalità. Competenze, esperienza e risultati devono prevalere su qualsiasi logica di appartenenza politica e non. Solo premiando chi dimostra capacità e responsabilità sarà possibile costruire una sanità più efficiente, moderna e credibile. La Puglia dispone di professionisti di altissimo livello. Il nostro compito sarà quello di creare le condizioni affinché possano lavorare nelle migliori condizioni possibili, offrendo ai cittadini un servizio sanitario pubblico sempre più qualificato, sicuro e vicino ai loro bisogni.

VENETO

Sicurezza sul lavoro e clima organizzativo, la sfida sindacale del prossimo mandato

Luca Barutta

Le prospettive e le strategie sindacali non possono prescindere dal contesto storico, organizzativo, tecnico e politico che ha caratterizzato l'attività sindacale dell'Anaao Assomed nella regione Veneto negli ultimi dieci anni. Una svolta cruciale è stata rappresentata dall'accorpamento e dalla riduzione numerica delle Aziende sanitarie locali, dinamica che ha migliorato l'interazione della segreteria regionale con le segreterie aziendali. Anche i rapporti con la Regione Veneto sono notevolmente migliorati, in virtù di una ritrovata competenza tecnico-contrattuale e di una politica sindacale coerente e assertiva. L'attuale segreteria regionale, in linea con i precedenti orientamenti, ha perseguito l'obiettivo di «non lasciare mai

solo il segretario aziendale» nelle trattative più complesse, affiancandolo di volta in volta con un componente della segreteria regionale e favorendo tra i referenti aziendali lo scambio di informazioni, iniziative e azioni sindacali. L'esito di questa strategia è una crescita del riconoscimento dell'attività sindacale nelle articolazioni aziendali, che si riflette positivamente a livello regionale. Da qui deriva l'importanza assoluta della formazione continua e della competenza dei quadri aziendali. Si tratta di un interesse molto sentito in Veneto, tanto che gli stessi segretari aziendali hanno richiesto seminari di formazione e corsi pratici di contrattazione. Non minore è stata l'attenzione posta ai temi della Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, incoraggiando i segretari aziendali a candidarsi come Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), figure che fungono da intermediari naturali tra il lavoratore e il datore di lavoro.

È con queste premesse che la segreteria regionale del Veneto intende, nel prossimo mandato, affrontare i problemi legati al clima organizzativo delle aziende sanitarie venete e alla sicurezza lavorativa.

Nel clima (dis)organizzativo si celano spesso applicazioni distorsive delle disposizioni contrattuali, eccessivi carichi di lavoro e un aumento del disagio professionale. Condizioni, queste, che allontanano la fidelizzazione al servizio sanitario pubblico e accelerano, per converso, le dimissioni precoci. Nella recente indagine sul clima organizzativo voluta dalla Regione Veneto, emergono dati preoccupanti: la percezione di una stagnazione della crescita professionale e di carriera riguarda oltre il 50% degli intervistati, mentre il 35% esprime il desiderio di cambiare lavoro. Di conseguenza, nel tentativo di garantire l'erogazione dei servizi di fronte a una così bassa attrattività aziendale, l'equazione si traduce inevitabilmente in un incremento del carico di lavoro sulla dotazione di personale superstita.



Si tratta di una deriva pericolosa che, dal punto di vista sindacale, andrà affrontata prima che le conseguenze diventino irreversibili. È proprio sotto la lente della sicurezza sul lavoro che queste condizioni devono essere esaminate, al fine di tutelare l'integrità psico-fisica del lavoratore.

Il legame tra diritto sindacale e sicurezza rappresenta una relazione di complementarità funzionale. È attraverso il diritto sindacale che la sicurezza sul lavoro assurge a livello di rappresentanza, mentre attraverso la tutela della sicurezza il sindacato acquisisce il valore primario della salvaguardia della persona. Il connubio tra diritto sindacale e sicurezza sul lavoro rappresenta una significativa evoluzione dello stesso diritto del lavoro.

Risulta, quindi, imprescindibile affermare che l'Anaao Assomed Veneto debba proseguire con determinazione lungo il percorso intrapreso: rafforzare la presenza sindacale nelle aziende, consolidare la formazione dei quadri e intervenire con tempestività sulle criticità del clima organizzativo. Le condizioni di stagnazione professionale, l'aumento dei carichi di lavoro e la crescente propensione alle dimissioni non possono essere tollerate né considerate fenomeni fisiologici: rappresentano segnali chiari di un sistema che rischia di compromettere la qualità delle cure e la sicurezza dei professionisti.

È dunque necessario un intervento sindacale deciso, capace di riportare al centro la tutela dell'integrità psico-fisica dei lavoratori e di riaffermare la sicurezza come parametro non negoziabile dell'organizzazione sanitaria. In questo scenario, il connubio tra diritto sindacale e sicurezza sul lavoro non è solo un principio teorico, ma una direttrice operativa che deve guidare l'azione del prossimo mandato: solo attraverso una rappresentanza forte, competente e presente sarà possibile invertire la rotta e garantire condizioni di lavoro sostenibili, attrattive e rispettose della dignità professionale.

ANAAO GIOVANI

Direttivo nazionale
Responsabile Nazionale

Gallo Giovanni

Vicario

Petrianni Gian Marco

Componenti

Carai Marina

Cucinella Antonio

De Tomaso Silvia

Indrigo Elia

Manzo Kevin Andrea

Sangiovanni Maria Cristina

Responsabili regionali

Abruzzo Greco Stefano

Basilicata Vitullo Antonio

Calabria Fazio Federica

Campania Valletta Luigi Junior

Emilia-Romagna
Miceli Rinaldo Stefano

Fvg Santagiuliana Mario

Lombardia Sibilla Matteo

Marche Lunetti Stefano

Molise De Vivo Rosamaria

Pa Bolzano Lorenzon Antonio

Pa Trento Possanzini Francesco

Piemonte Masi Orazio Vito

Puglia De Tomaso Silvia

Sardegna Mattu Fabrizio

Sicilia Leonforte Francesco

Toscana Cipriani Federico

Umbria Civitelli Cesare Maria

Valle D'Aosta Diotalle Margherita

Veneto Giuliano Maria Alberton

Le squadre dei settori Anaao per il quadriennio 2026-2030

Le nuove squadre
di Anaao Giovani
e Anaao Dirigenza
Sanitaria sono
ufficialmente pronte
a insediarsi.

I membri neoeletti del Direttivo e i referenti regionali hanno davanti a sé un quadriennio strategico per ridefinire la formazione e tutelare i diritti dei giovani camici bianchi e dei dirigenti sanitari.

DIRIGENZA SANITARIA

Direttivo nazionale
Responsabile Nazionale

Spanò Alberto

Vicario

Tarsitano Marina

Responsabile Amministrativo

Tenuta Robert

Componenti

Biasin Raffaella

Clerici Pierangelo

Cosimato Vincenzo

Di Sarra Francesca

Ubiali Alessandro

Responsabili regionali

Abruzzo Mazzocco Barbara

Basilicata Traficante Antonio

Calabria Tenuta Robert

Campania Petruccio Luciana

Emilia-Romagna
Ubiali Alessandro

Fvg Severini Giovanni Maria

Lazio Aragno Danilo

Liguria Lanza Lorella

Lombardia Guarneri Davide

Marche D'Anzeo Marco

Molise Niro Giovanna

Pa Bolzano Fracchetti Alessandro

Pa Trento Gualdi Paola

Piemonte Rovella Domenico

Puglia Marangi Maria Cristina

Sardegna Civolani Patrizia

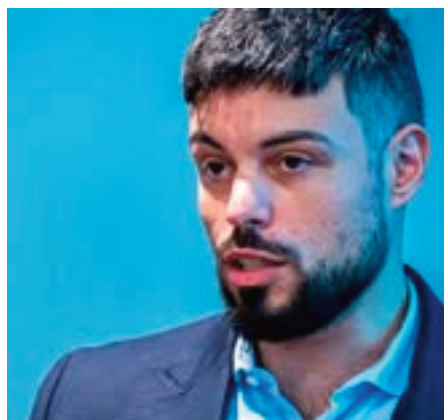
Sicilia Parrinello Giuseppina

Toscana Rapi Stefano

Umbria Passamonti Basilio

Valle D'Aosta Petracca Arianna

Veneto Biasin Maria Raffaella



Giovanni Gallo



Alberto Spanò

TESI CONGRESSUALI

LEGGILE
IN PDF



4 ANNI
DI VITA SINDACALE
IL VIDEO



Da Napoli 2022
a Roma 2026

2022



2023



2024



2025



2026

