

d!

d!rigenza medica

1 Editoriale
Sciopero:
le ragioni di una scelta

7 Manovra economica
Anaa e Cimo Fesmed
proclamano lo sciopero
di 24 ore per il 5 dicembre

12 Dirigenza Sanitaria
La Dirigenza Sanitaria
non è più un fantasma

15 Anaa Lazio
Il paziente Ssr è morto

Il mensile dell'Anaa Assomed



CCNL
DIRIGENZA
MEDICA
E SANITARIA
2019-2021

Tutte le novità

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2023

Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED

SCOPRI TUTTI I SERVIZI
GRATUITI
DEL PACCHETTO SICUREZZA
ANAAO ASSOMED



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
SICS S.r.l.
Società Italiana di Comunicazione
Scientifica e Sanitaria
Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma
Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Ufficio Commerciale
SICS - info@sicseditore.it
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002. Anno XXI

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 novembre 2023

Sciopero dei medici e dirigenti sanitari: le ragioni di una scelta

Alla fine si arriverà allo sciopero.

Dopo anni di sacrifici, promesse (non mantenute), confronti e discussioni, in questa finanziaria, come peraltro in quelle degli ultimi anni, per la sanità e per i suoi professionisti c'è poco.

Quale è, allora, la differenza con il passato?

Non è il colore del governo, sarebbe semplicistico e non veritiero affermarlo.

Di diverso c'è la condizione del Servizio sanitario nazionale che, a causa dei continui e lineari disinvestimenti operati negli anni, oggi è in stato terminale, anche perché il Covid ha accelerato il processo mettendo a nudo tutte le sue pecche.

Di diverso c'è la condizione dei medici e dei dirigenti sanitari, provati non solo dai mesi della sindemia (limitarsi a questo sarebbe sbagliato), ma da una condizione che attiene al loro ruolo sociale, forse ancor prima che professionale, che con il tempo è andato peggiorando fino alla consunzione.

Arriviamo alla legge finanziaria dopo la firma della preintesa di un contratto che, se migliora le condizioni di lavoro, si rivela avaro dal punto di vista economico, essendo state stanziati, solo due anni fa, risorse insufficienti a valorizzare il lavoro all'interno della sanità pubblica, diventate poi irrисorie a causa dell'inflazione e dell'appartenenza alla pubblica amministrazione che ci impedisce di avere aumenti superiori a quelli concessi ad altri dipendenti. E meno male che durante il Covid è arrivato, in un sussulto di responsabilità politica e riconoscenza, l'aumento del 27% della indennità di esclusività direttamente in busta paga. Il miglioramento prima del decesso?

Alla finanziaria attuale chiedevamo un chiaro segnale economico, quale l'aumento o la detassazione di parte di una retribuzione che è fanalino di coda in Europa, gravata da una pressione fiscale che dà allo Stato il 50% del nostro stipendio prima ancora che arrivi nei conti correnti. Chiedevamo la possibilità di avere, finalmente, risorse congrue per il rinnovo di un contratto che segnasse un reale progresso delle retribuzioni e potesse discutersi non in ritardo di tre anni, dopo la scadenza, come avvenuto fino ad oggi.

Il risultato è stato nel complesso deludente. Sarà anche vero che i problemi della sanità non si risolvono solo con i fondi, ma è certo che senza finanziamenti congrui è impossibile farlo. L'incremento del FSN di 3,3 mld non tiene conto nemmeno del tasso inflattivo e va, in massima parte, al rinnovo del Ccnl 2022-2024, per il quale sono stati stanziati 2,3 miliardi. Con i quali occorre finanziare, in percentuali ancora da definire, non solo il contratto della dirigenza medica e sanitaria, ma anche quelli sacrosanti dell'intero comparto sanità, a cominciare dagli infermieri, dei medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali. Il che rende lo stanziamento per i medici e dirigenti sanitari di poco superiore a quello del contratto appena concluso e molto al di sotto (10%) del tasso inflattivo.

E, malgrado le promesse dello stesso Presidente del Consiglio, nessuna detassazione, né di voci stipendiali, come avviene nella sanità privata, né del lavoro notturno e festivo, come concesso ad altri settori, tantomeno di quelle prestazioni

Segue a pagina 16



PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale
Anaa Assomed

Il seguente elaborato esplicita in modo sintetico le innovazioni normative più importanti ottenute nella contrattazione nazionale rispetto al testo contrattuale vigente. Gli articoli contrattuali non esplicitati e non disdetti non presentano modifiche normative degne di nota e sono ancora vigenti.

Un'innovazione normativa particolare ottenuta merita una menzione speciale: nel testo contrattuale sono stati eliminati tutti i "di norma" al fine di migliorare l'esigibilità delle disposizioni del Ccnl

CCNL DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA 2019-2021

Le innovazioni normative ottenute

RELAZIONI SINDACALI

ARTICOLO 4

Obiettivi e strumenti (commi 2 e 4)

Aggiungere agli obiettivi importanti da raggiungere mediante il sistema delle relazioni sindacali anche la sicurezza e il miglioramento delle condizioni di lavoro.

ARTICOLO 5

Informazione (commi 3 e 4)

Esplicitare in modo chiaro ed analitico gli atti che devono essere oggetto al livello aziendale di informazione alle OO. SS. firmatarie del CCNL e fra questi quelli che devono essere oggetto di informazione preventiva.

ARTICOLO 6

Confronto aziendale (commi 3 e 4)

■ Implementare le materie oggetto di Confronto Aziendale con le OO. SS. firmatarie del CCNL, fra cui in particolare:

- linee generali di indirizzo per l'adozione delle misure concernenti la salute e sicurezza sul lavoro anche con riferimento alle aggressioni sul lavoro;
- criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile e lavoro da remoto nonché i criteri di priorità per l'accesso agli stessi;
- criteri generali per la definizione delle azioni finalizzate alla prevenzione e riduzione del rischio clinico della legge 24/2017;
- criteri generali per la definizione delle politiche e dei piani di formazione manageriale e formazione continua;
- criteri generali sulla programmazione dei servizi di pronta disponibilità e di guardia, fermo restando l'onere a carico del relativo fondo;

- con cadenza semestrale, gli andamenti occupazionali, i dati sui contratti a tempo determinato, i dati sulle assenze di personale di cui all'art. 93 bis.

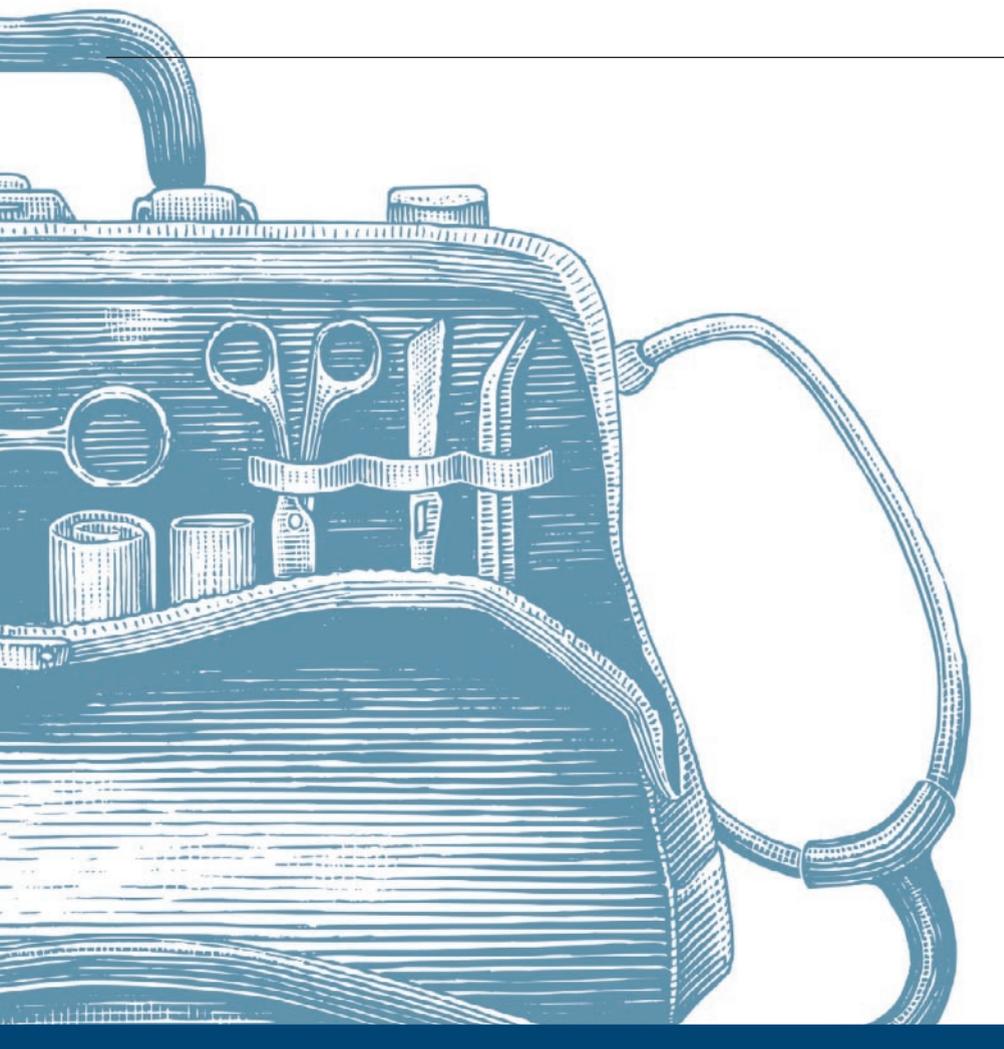
■ Dare il potere alle OO. SS. aziendali firmatarie del CCNL di attivare il Confronto Aziendale.

ARTICOLO 7

Confronto regionale (commi 1, 2 e 6)

■ Implementare le materie oggetto di Confronto Regionale con le OO. SS. firmatarie del CCNL, fra cui in particolare:

- piano di ripartizione tra le aziende e gli enti del territorio regionale delle risorse di cui all'art. 1, co. 293 della legge 30/10/2011, n. 234 e s. m. i.;
- i criteri generali sulla programmazione dei servizi emergenza e, in particolare, di pronta disponibilità e di guardia;
- criteri di scorporo o aggregazione dei fondi nei casi di modifica degli ambiti aziendali;
- criteri generali relativi ai processi



di mobilità e riassegnazione del personale.

Nb: in sede di Confronto regionale fra i criteri generali di programmazione delle guardie dovranno essere decisi:

- il n. massimo di posti letto per ogni punto guardia divisionale o interdivisionale;
- i criteri a base della scelta dei reparti che dovranno essere serviti da quest'ultima.

Fra i criteri di programmazione delle Pronte disponibilità dovranno essere decise le condizioni:

- a base dell'allocazione della Pronta Disponibilità integrativa o sostitutiva;
 - di superamento della Pronta Disponibilità sostitutiva della guardia nei reparti con posti letto digenza.
- Introdurre l'obbligo di far diventare le materie di Confronto Regionale oggetto di Confronto Aziendale in assenza dell'attivazione del Confronto Regionale entro 90 gg. dall'entrata in vigore del CCNL.

ARTICOLO 8

Organismo paritetico per l'innovazione (comma 2)

- Implementare gli argomenti oggetto di relazioni aperte e collaborative, fra cui in particolare:
- progetti di organizzazione e innovazioni, anche tecnologiche;
 - misure di prevenzione dello stress lavoro-correlato e di fenomeni di burn-out;

- eventuali protocolli sulla gestione delle assenze improvvise;
- eventuale esonerabilità dai turni notturni di pronta disponibilità e di guardia notturna del personale che abbia superato la soglia di 62 anni di età anagrafica.

ARTICOLO 9

Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie (comma 5)

- Implementare le materie oggetto di Contrattazione integrativa aziendale, fra cui in particolare:
- l'eventuale integrazione del numero degli RLS, fino ad ulteriori due componenti, oltre il numero minimo indicato dal decreto legislativo 81/2008;
 - l'eventuale elevazione dell'indennità di P. S., con onere a carico del Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro.



RAPPORTO DI LAVORO

ARTICOLO 15

Il contratto individuale di lavoro (commi 1 e 2)

- Precisazione che l'assunzione degli Specializzandi:
- rientra nel rapporto di lavoro a tempo determinato;
 - deve essere sottoscritto un contratto individuale.
- Deve essere espressamente precisato nel Contratti individuale il profilo professionale di appartenenza ed indicata l'Unità Operativa di assegnazione e Presidio Ospedaliero o Struttura Territoriale sede dell'ordinaria attività lavorativa.

ARTICOLO 16

Periodo di prova (commi 9 e 11)

- Introdotti i principi che il dirigente, in alcuni casi particolari espressi nel comma durante il periodo di prova ha diritto:
- alla conservazione del posto e, in caso di mancato superamento dello stesso;
 - in caso di recesso, al reintegro, a domanda, nella U. O. di assegnazione e Presidio Ospedaliero o Struttura Territoriale sede dell'ordinaria attività lavorativa, disciplina, incarico e fascia di esclusività di provenienza.
- Previsione dell'esonero dal periodo di prova per scelta del Dirigente nei seguenti casi:
- vincitore di concorso pubblico nella medesima qualifica e disciplina presso altre Aziende o Enti del comparto, che abbia già superato il periodo di prova;
 - abbia svolto periodi di rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato, con o senza soluzione di continuità, almeno superiori a 12 mesi nella medesima qualifica e disciplina, presso la medesima Azienda o presso Aziende del Comparto o presso altra amministrazione pubblica;
 - già assunti ai sensi dell'art. 86 e che abbiano svolto periodi di lavoro subordinato a tempo determinato con o senza soluzione di continuità almeno superiori a 12 mesi, nella medesima qualifica e disciplina.
- Conseguenza dell'esonero sarà la cessazione del rapporto di lavoro originario senza l'osservanza dei termini di preavviso qualora l'Azienda lo consenta, ai sensi dei termini di preavviso.

IL SISTEMA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

ARTICOLO 22

Tipologie d'incarico (commi 2 e 4)

- Affermazione che a tutti i dirigenti, anche neo-assunti durante il periodo di prova deve essere conferito un incarico dirigenziale.
- Previsione di una tempistica ben precisa per iniziare e concludere il procedimento di valutazione e per il conferimento del nuovo incarico.
- Incremento degli incarichi di Altissima Professionalità a valenza dipartimentale dal 3% al 5% e degli incarichi di Altissima Professionalità articolazione di struttura complessa o semplice dipartimentale o distrettuale dal 7% al 10% degli incarichi di natura professionale.
- Introduzione del principio che il numero complessivo degli incarichi di altissima professionalità devono essere distribuite fra le varie UU. OO. e Servizi in modo proporzionale all'organico necessario all'attività.

ARTICOLO 23

Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali diversi dalla direzione di struttura complessa - criteri e procedure (commi 1 e 2)

- Affermazione dei seguenti principi:
 - A tutti i dirigenti deve essere attribuito un incarico.
 - La graduazione delle posizioni deve essere finalizzata al pieno utilizzo del fondo degli incarichi;
 - Il fondo per gli incarichi deve essere utilizzato per le finalità per cui è stato costituito;
 - A tutti i dirigenti deve essere attribuita una retribuzione variabile aziendale, se vi è la disponibilità del fondo.

ARTICOLO 25

Sostituzioni (commi 3, 4 e 5)

- Introduzione dei seguenti principi:
 - La sostituzione di un Direttore di U.O.C. può essere affidata ad un sostituto, individuato all'interno dell'Azienda con procedura selettiva, per 9 mesi prorogabili per altri 6 mesi. Dopo tale periodo, se l'assenza perdura, la sostituzione non può essere affidata al sostituto scaduto ma deve essere rifatta la procedura selettiva.
 - In assenza di candidati idonei, la sostituzione può essere affidata ad altro Direttore di U. O. C. di specialità equipollente o affine per 9 mesi, rinnovabile per altri 9 mesi.

CCNL DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA 2019-2021

- L'indennità di sostituzione deve essere pari al 50% della retribuzione di posizione del dirigente sostituito ed a carico del fondo di posizione.
- L'indennità di sostituzione del Direttore di Dipartimento è pari al 50% della retribuzione di posizione del dirigente sostituito ed è a carico del bilancio aziendale.

ORARIO E ORGANIZZAZIONE DELLA PRESTAZIONE DI LAVORO

ARTICOLO 27

Orario di lavoro dei dirigenti (commi 1, 2, 3, 4 e 8)

- Affermazione dei seguenti principi:
 - L'orario contrattuale è flessibile e funzionale al raggiungimento degli obiettivi di budget.
 - Gli obiettivi di budget devono essere correlati alle risorse umane e strumentali presenti.
 - Tra gli obiettivi di budget ci sono anche quelli per la retribuzione di risultato che definiscono i volumi prestazionali richiesti e i relativi tempi di attesa.
- Definizione chiara delle seguenti tipologie di eccedenze oraria all'orario contrattuale, della loro remunerazione e/o della possibilità di recupero:
 - Eventuale eccedenza oraria in conseguenza di obiettivi di risultato che è remunerata dal premio di risultato. Questa eventuale eccedenza si può evidenziare durante il percorso per la realizzazione di obiettivi, ha comunque un limite di ore previsto dal CCNL e non è recuperabile.

- Eventuale eccedenza oraria da urgenze cliniche. Questa a discrezione del dirigente è recuperabile o retribuibile come lavoro straordinario.
- Eventuale eccedenza oraria da piani di lavoro. Queste devono essere recuperate nell'anno di riferimento ovvero entro i primi sei mesi dell'anno successivo, compatibilmente alle condizioni servizio. Qualora superato tale periodo restassero ancora ore, il recupero deve essere effettuato entro e non oltre i successivi 6 mesi, indipendentemente dalle esigenze di servizio.
- Impegno orario aggiuntivo a quello effettuabile per gli obiettivi di risultato, remunerabile in Libera Professione a favore dell'Azienda. Questo prevede la volontarietà ed è possibile solamente dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati.
- Introduzione dell'obbligo per il Responsabile dell'Uoc o del Servizio di predisporre con periodicità mensile un piano di lavoro che schematizza le attività calendarizzate per il raggiungimento degli obiettivi e/o programmi da realizzare in conformità all'orario di lavoro settimanale.

ARTICOLO 29

Servizio di guardia (commi 1, 2, 6)

- L'organizzazione del servizio di guardia deve rispondere ai seguenti principi:
 - è organizzato normalmente su turni di 12 ore;
 - turni di durata minore, comunque non inferiore a 6 ore, sono organizzabili nella fascia oraria diurna
 - può essere istituito per aree funzionali omogenee che insistono nello stesso presidio;
 - devono riferirsi ad Unità operative/Servizi appartenenti ad aree

con particolari affinità cliniche, tenendo conto delle omogenee competenze;

- nella loro previsione devono tener conto delle tipologie assistenziali minime esplicitate dall'allegato 1 al CCNL;
- il dirigente non può essere preposto a più servizi di guardia contemporaneamente;
- sono programmabili per il singolo dirigente non più di 5 turni di guardia notturni, calcolati come media nei 4 mesi.

ARTICOLO 30

Servizio di pronta disponibilità (commi 3 e 6)

- L'organizzazione del servizio di pronta disponibilità deve rispondere ai seguenti principi:
 - La pronta disponibilità ha durata di dodici ore; essa può essere articolata in orari di minore durata, comunque non inferiori a quattro ore.
 - Tendere alla garanzia di idonee condizioni di lavoro per i dirigenti organizzati su turni, anche attraverso un percorso di graduale superamento del servizio di pronta disponibilità sostitutiva,
 - Nei servizi di anestesia e nelle U.O. di rianimazione e terapia intensiva è prevista esclusivamente la pronta disponibilità integrativa.
 - Il servizio di pronta disponibilità è assicurato utilizzando solo i Dirigenti della stessa U. O. per la quale il servizio è istituito, garantendo le necessarie competenze specialistiche.
 - Nei servizi ospedalieri il Dirigente non può essere posto in pronta disponibilità su più sedi della stessa unità operativa.
 - Il dirigente non può essere preposto a più servizi di pronta disponibilità su più presidi ospedalieri contemporaneamente.
- Possono essere emanate linee di indirizzo regionale che individuino le modalità per il graduale superamento della pronta disponibilità sostitutiva, allo scopo di garantire mediante turni di guardia una più ampia tutela assistenziale nelle aree di competenza.
- Sono stati introdotti inoltre i seguenti limiti invalicabili:
 - Sono programmabili per il singolo dirigente non più di 10 turni di pronta disponibilità notturna, calcolati come media mensile nel quadrimestre.
 - Sono programmabili, nel bimestre, non più di 12 servizi medi mensili

complessivi intesi come somma dei servizi di guardia e servizi di pronta disponibilità e comunque nel rispetto delle disposizioni di cui al D. Lgs 66/2003.

ARTICOLO 31

Lavoro straordinario (commi 1 e 3)

- Viene sancito che le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite solamente nei seguenti casi:
 - per fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali, importanti, urgenti e non differibili (urgenze cliniche);
 - in seguito a chiamata in servizio in pronta disponibilità.
- Vengono esplicitati i nuovi valori economici delle diverse tipologie di ore straordinarie.

ARTICOLO 32

Ferie e recupero festività sopresse (commi 4 e 6)

- Si sanciscono i seguenti principi:
 - si considerano nel computo dei periodi di servizio per il calcolo delle ferie i periodi lavorati presso una qualsiasi pubblica amministrazione, anche in qualifiche non dirigenziali, con o senza soluzione di continuità, anche a tempo determinato;
 - le giornate di riposo non fruite non sono monetizzabili.

ARTICOLO 35

Assenze previste da particolari disposizioni di legge (commi 4 e 6)

- Si prevede la possibilità di usufruire dei 3 giorni di assenza previsti dall'art. 33 della Legge 104/92 anche a ore per un totale di 18 ore mensili.

ARTICOLO 36

Congedi per donne vittime di violenza (commi 7 e 9)

- Si prevede che la dirigente vittima di violenza di genere:
 - Possa presentare domanda di trasferimento ad altra Unità Operativa/Servizio/Struttura della stessa Azienda o ad altra amministrazione pubblica ubicata in una località diversa da quella in cui si è subito la violenza, previa comunicazione all'Azienda.
 - Possa, al termine del percorso di protezione e dopo il rientro al lavoro, chiedere di essere esonerata dai turni disagiati, per un periodo di un anno e/o rientrare nell'Azienda o Ente dove prestava originariamente la propria attività o all'Unità Operativa/Servizio/Struttura di provenienza.

FORMAZIONE

ARTICOLO 43

Principi generali e finalità della formazione (commi 2, 3 e 4)

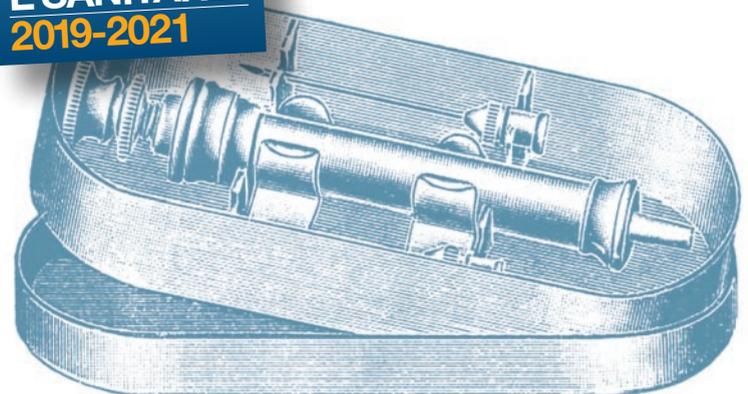
- Si sanciscono i seguenti principi per la formazione del dirigente:
 - Svolge un ruolo primario nelle strategie di cambiamento dirette a conseguire una maggiore qualità ed efficacia dell'attività delle Aziende.
 - Deve essere inserita al centro dei processi di pianificazione e programmazione delle aziende sanitarie e deve essere coordinata e integrata con gli obiettivi programmatici e strategici di performance dell'Azienda.
 - Deve diventare la leva strategica per l'evoluzione professionale e per l'acquisizione e la condivisione degli obiettivi prioritari della modernizzazione e del cambiamento organizzativo.
- Vengono esplicitati gli obiettivi delle attività di formazione.

ARTICOLO 44

Pianificazione strategica di conoscenze e saperi (comma 2)

- Le Aziende favoriscono la formazione finalizzata alla conoscenza dei:
 - Rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere se stessi ed i colleghi da atti di violenza.
 - Rischio clinico e della sicurezza delle cure.
- Le Aziende pianificano programmi finalizzati:
 - All'adozione di nuove competenze per i dirigenti nell'ambito della disciplina di inquadramento al fine di incoraggiare i processi di sviluppo e trasformazione della Pubblica Amministrazione;
 - Alla conoscenza del rischio lavorativo e delle misure da adottare per aumentare le condizioni di sicurezza.

CCNL
DIRIGENZA
MEDICA
E SANITARIA
2019-2021



ISTITUTI NORMO ECONOMICI

ARTICOLO 56

Patrocinio legale (comma 2)

- Vengono esplicitate meglio le spese legali rimborsate dall'Azienda, sostenute dal Dirigente per la difesa con un legale da lui scelto ed approvato dalla stessa.

ARTICOLO 57

Welfare integrativo (comma 1)

- Implementazione dei seguenti benefici di natura assistenziale e sociale che l'Azienda può concedere ai dipendenti in sede di contrattazione integrativa aziendale:
 - iniziative di sostegno al reddito della famiglia (sussidi e rimborsi) ivi compresa l'eventuale contribuzione delle spese per l'attivazione di convenzioni per asili nido, ove non presenti in azienda;
 - altre categorie di beni e servizi che, in base alle vigenti norme fiscali, non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente.

TRATTAMENTO ECONOMICO

ARTICOLO 59

Retribuzione e sue definizioni (comma 2)

- Vengono esplicitate le definizioni e gli addendi delle seguenti tipologie di retribuzione:
 - retribuzione base mensile;
 - retribuzione individuale mensile;
 - retribuzione individuale mensile per particolari istituti;
 - retribuzione globale di fatto annuale.

ARTICOLO 60

Struttura della retribuzione (comma 1)

Introdotta nel trattamento fondamentale l'indennità di specificità sanitaria.

ARTICOLO 66

Indennità di specificità sanitaria (comma 1)

- Viene istituita una specifica indennità fissa e ricorrente, da corrispondersi per tredici mensilità al fine del riconoscimento e della valorizzazione delle competenze e delle specifiche attività svolte dalla dirigenza inquadrata nei profili del ruolo sanitario diversi dai profili di dirigente medico e veterinario.
- Viene esplicitato il suo importo annuale

FONDI AZIENDALI

ARTICOLO 72

Fondo per la retribuzione degli incarichi (comma 1)

- Si sancisce che tale fondo dovrà essere utilizzato per finanziare anche le indennità di sostituzione.

ARTICOLO 74

Fondo per la retribuzione di risultato (comma 5)

- Viene introdotto il principio che la destinazione nel medesimo anno contabile delle eventuali risorse che annualmente a consuntivo risultassero ancora disponibili nel presente fondo, deve essere stabilita in sede di contrattazione integrativa.

ARTICOLO 75

Risorse previste da specifiche disposizioni di legge (commi 1, 2, 3 e 4)

- Viene stabilito che:
 - Le risorse previste da specifiche disposizioni di legge dovranno essere ripartite fra le Regioni in base ai rispettivi coefficienti percentuali di cui all'allegata tab. A.
 - L'incremento della retribuzione accessoria a partire dal 1 gennaio 2022 (0,22% della massa salariale aziendale), previsto dall'art. 1 del comma 604 della Legge 124/2001, deve essere ripartito al livello aziendale fra il fondo per particolari condizioni di lavoro e il fondo di risultato, garantendo al primo almeno una quota del 50%.

ARTICOLO 79

Indennità di Pronto soccorso (comma 1)

- Viene istituita una indennità di Pronto Soccorso per i dirigenti medici operanti in tali Servizi di un valore pari a 12 Euro per ogni turno di 12 ore di effettiva presenza in servizio.
- Viene sancito che tale importo può essere incrementato in sede di contrattazione integrativa aziendale.

PARTICOLARI TIPOLOGIE DI RAPPORTO DI LAVORO

ARTICOLO 86

Assunzioni a tempo determinato ai sensi della Legge 145/2018

- In tale articolo vengono normate contrattualmente le assunzioni a tempo determinato ed a orario di lavoro ridotto (32 ore settimanali) di medici specializzanti.
- Viene sancito anche che:

- Le aziende sanitarie presso le quali gli specializzandi sono assunti ne garantiscono il tutoraggio, ai sensi del D. Lgs. 368/1999 e s.m.i. svolto rispettivamente dai dirigenti medici, medici veterinari e sanitari della struttura nominati dalla scuola, nelle forme indicate dall'Università d'intesa con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture stesse.

- Il rapporto di lavoro di questi dirigenti è di tipo esclusivo:

- Gli stessi non possono esercitare la libera professione intramuraria ad eccezione dell'acquisto di prestazioni di cui all'art. 89, commi da 2 a 6 (Tipologie di attività libero professionale intramuraria).
- Gli stessi possono ricoprire, su base volontaria e al di fuori dall'orario dedicato al lavoro e alla formazione, incarichi libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nei limiti di quanto previsto dall'art. 12 del D.L. 34/2023.

LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA

ARTICOLO 88

Attività libero-professionale intramuraria dei dirigenti (comma 5)

- Viene ridefinito il limite alla attività di libera professione intramuraria che non può pertanto superare in alcun caso i volumi di attività istituzionale e l'esercizio della stessa è modulato in conformità alle linee d'indirizzo regionale elaborate dal Confronto regionale.

ARTICOLO 89

Tipologie di attività libero professionale intramuraria (commi 3 e 6)

- Viene ridefinito:
 - il limite minimo e massimo della tariffa oraria della Libera Professione in favore dell'Azienda.
 - La tariffa per ogni turno notturno di guardia in Libera Professione Aziendale.

ALLEGATI

Servizi di guardia

- È stata introdotta una revisione dell'Allegato 2 del CCNL 1998-2001 in merito al Servizio di Guardia al fine di adeguare gli indirizzi in esso contenuti alle disposizioni presenti nel D. M. 70/2015 e contribuire così al processo di omogenizzazione dei requisiti minimi di assistenza sanitaria e di sicurezza clinica.



I medici rompono gli indugi e alzano il livello della protesta

Anaao e Cimo Fesmed proclamano lo sciopero di 24 ore per il 5 dicembre

Di Silverio e Quici: “Misureremo nei prossimi giorni la reale disponibilità del Governo, non solo a parole, pronti a mitigare o inasprire la protesta anche con altre eventuali giornate di sciopero da proclamare nel rispetto della normativa vigente”

È finito il tempo degli indugi. “Da anni dimostriamo senso di responsabilità ma, ancora una volta, subiamo una manovra finanziaria che penalizza chi lavora nel Servizio sanitario nazionale” hanno dichiarato Anaao Assomed e Cimo-Fesmed proclamando una prima giornata di sciopero nazionale martedì 5 dicembre.

“Le misure contenute nella legge di bilancio in discussione al Senato – spiegano Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaao Assomed, e Guido Quici, Presidente Cimo-Fesmed – non sono in grado né di risollevare il Servizio sanitario nazionale dalla grave crisi in cui si trova né di soddisfare le richieste della categoria che rappresentiamo. Dalla manovra ci saremmo aspettati un intervento sull’indennità di specificità medica e sanitaria per garantire un aumento degli stipendi di tutti i dirigenti e frenare dunque la fuga dei professionisti verso l’estero e il privato, e invece si è deciso di aumentare le retribuzioni delle prestazioni aggiuntive per abbattere le liste d’attesa, misura che è destinata a non produrre risultati concreti. Ci saremmo aspettati uno sblocco, anche parziale, del tetto alla spesa per il personale sanitario e un piano straordinario di assunzioni, e invece nessuno ne fa nemmeno cenno. Ci saremmo aspettati risorse adeguate per il rinnovo dei contratti, e invece scopriamo che i 2,3 miliardi previsti sono messi a disposizione per l’intero comparto sanità, quindi briciole per tutti”.

“Dopo tante parole e belle intenzioni – proseguono i leader sindacali – ci saremmo dunque aspettati un vero cambio di rotta che mettesse al centro il Servizio sanitario nazionale, e invece siamo stati bersagliati dal taglio dell’assegno previdenziale compreso tra il 5% e il 25% all’anno, una stangata che

colpisce circa 50mila dipendenti. E non ci tranquillizzano le dichiarazioni rilasciate negli ultimi giorni da esponenti del Governo in merito a possibili modifiche parziali del provvedimento, e non alla sua completa eliminazione”. Infine, come se non bastasse, non si hanno più notizie dei lavori della Commissione del Ministro Nordio sulla depenalizzazione dell’atto medico: “Per

noi questo è un aspetto fondamentale che rivendichiamo con forza perché abbiamo bisogno di restituire maggiore serenità ai medici e ridurre il ricorso alla medicina difensiva” sottolineano Di Silverio e Quici.

“Al Governo chiediamo un segnale di coraggio – concludono i leader sindacali – per dare il giusto riconoscimento ai medici e dirigenti del Ssn. E per evitare il collasso della sanità che deve rimanere pubblica per garantire a tutti il diritto alla tutela della salute. Misureremo nei prossimi giorni la reale disponibilità del Governo, non solo a parole, pronti a mitigare o inasprire la protesta anche con altre eventuali giornate di sciopero da proclamare nel rispetto della normativa vigente”.

Da anni dimostriamo senso di responsabilità ma, ancora una volta, subiamo una manovra finanziaria che penalizza chi lavora nel Servizio sanitario nazionale

Martedì
5 dicembre
2023

Sciopero nazionale di 24 ore dei medici e dirigenti sanitari del Ssn

Chiediamo

Assunzioni: la carenza di medici e dirigenti sanitari mette a rischio la tenuta del sistema.

Detassazione di una parte della retribuzione: il 50% del nostro stipendio va allo Stato.

Risorse congrue per il rinnovo del contratto di lavoro: le risorse stanziate sono insufficienti perché servono a finanziare i contratti dell’intero comparto sanità dalla dipendenza pubblica alla medicina convenzionata.

Cancelare i tagli alle pensioni: rifiutiamo una stangata che colpisce circa 50.000 dipendenti con un taglio dell’assegno previdenziale compreso tra il 5% e il 25% all’anno.

Depenalizzazione dell’atto medico: vogliamo restituire maggiore serenità ai medici e ridurre il ricorso alla medicina difensiva.

Scioperiamo

Per chiedere rispetto per categorie professionali che tengono in piedi il sistema sanitario pubblico.

Perché è il momento di rispondere con durezza. Perché il senso di rabbia prevale. Perché il tradimento che leggiamo nell’attacco alle nostre pensioni ci indigna.

Perché non è servito morire di lavoro, ammalarsi di lavoro, cedere tempo di vita per il lavoro se la sanità è solo un costo su cui risparmiare.

Partecipa anche tu allo sciopero nazionale!

#cambiamolamanovra24

ANA AO ASSOMED

FEDERAZIONE CIMO FESMED ANPO-ASCOTI CIPRO CIPROF FESMED

PUBBLICO/

QUALCOSA SI MUOVE!

La notizia pubblicata il 28 settembre scorso dal *Corriere della Sera/Brescia* dell'accordo tra ospedali pubblici e privati della provincia di Brescia "insieme per cercare delle soluzioni alla crisi del pronto soccorso" potrebbe rappresentare una svolta di grande importanza



FABIO FLORIANELLO
Responsabile
Sanità Privata
Accreditata
Anaa Assomed

ROSSANA CARON
Consigliere
Nazionale Anaa
Assomed

L'inaugurazione di un rapporto tra strutture pubbliche e private accreditate ad iniziare dalla rete ospedaliera di Emergenza/Urgenza può infatti avere un impatto rilevante per il destino del nostro San del quale fanno parte le strutture pubbliche e private accreditate.

L'accordo siglato a Brescia, con la regia della Direzione Generale di Ats/Brescia, ha coinvolto tre Asst della stessa provincia, Asst Brescia, Asst Garda e Asst Franciacorta e quattro ospedali privati accreditati, l'Istituto Clinico Città di Brescia, l'Istituto Clinico S. Anna, l'Istituto Clinico S. Rocco, tutte del Gruppo San Donato e la Fondazione Poliambulanza ospedale no profit della Congregazione delle Suore Ancelle con il concorso dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, della Diocesi di Brescia e dell'Opera Don Calabria.

La provincia di Brescia con 1 mln. 260mila abitanti è la più estesa della Lombardia con una densità abitativa di circa 264 abitanti per km², 205 comuni, 107mila imprese: alimentari, meccani-

che, della carta, estrattive, chimiche, tessili, edilizie, dei trasporti, ecc. con 402mila occupati e la presenza di 194,7 ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani (Istat 2022). Diffusa e trafficata la rete stradale e autostradale con incidenti automobilistici che ne fanno la seconda in Regione per mortalità.

Dunque una composizione della popolazione e delle attività che necessita di una efficace protezione sanitaria.

Il sistema ospedaliero bresciano (con esclusione della Valcamonica che non rientra nell'accordo siglato) comprende 12 presidi pubblici per acuti di cui 9 dotati di servizi di Dea/PS e 9 presidi privati accreditati per acuti di cui 4 con servizi di Dea/PS. I posti letto /acuti totali sono 4.816 di cui 4.555 dotati di Dea/PS suddivisi in 3.232 pubblici e 1.323 privati. Gli accessi in Dea/PS erano oltre 500.000 nel 2019 e sono diminuiti a meno di 300mila nel 2020 (ultimi dati pubblicati) rappresentando comunque il 15% degli accessi

PRIVATO

TABELLA I

Gli Ospedali della Provincia di Brescia dotati di servizi DEA/PS



Anno	Descrizione Regione	Denominazione struttura	Comune	Sigla provincia	Livello Emergenza	Pronto Soccorso Pediatrico
2021	LOMBARDIA	ISTITUTO CLINICO S. ANNA - BRESCIA	BRESCIA	BS	PS	
2021	LOMBARDIA	IST. CLIN. CITTA' DI BRESCIA - BRESCIA	BRESCIA	BS	PS	
2021	LOMBARDIA	ISTITUTO CLINICO S. ROCCO S.P.A. - OME	OME	BS	DEA1	
2021	LOMBARDIA	FONDAZIONE POLIAMBULANZA - BRESCIA	BRESCIA	BS	DEA2	
2021	LOMBARDIA	PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONTICHIARI	MONTICHIARI	BS	PS	
2021	LOMBARDIA	PRESIDIO OSPEDALIERO GARDONE V.T.	GARDONE VAL TROMPIA	BS	PS	
2021	LOMBARDIA	OSPEDALE DEI BAMBINI - BRESCIA	BRESCIA	BS	DEA2	X
2021	LOMBARDIA	PRES. OSPEDAL. SPEDALI CIVILI BRESCIA	BRESCIA	BS	DEA2	
2021	LOMBARDIA	PRESIDIO OSPEDALIERO DI CHIARI	CHIARI	BS	DEA1	
2021	LOMBARDIA	PRESIDIO OSPEDALIERO DI ISEO	ISEO	BS	PS	
2021	LOMBARDIA	OSPEDALE DI DESENZANO	DESENZANO DEL GARDA	BS	DEA1	
2021	LOMBARDIA	OSPEDALE CIVILE LA MEMORIA DI GAVARDO	GAVARDO	BS	PS	
2021	LOMBARDIA	OSPEDALE DI MANERBIO	MANERBIO	BS	DEA1	

Strutture Private Accreditate
Fonte: AGENAS

dell'intera Regione.

I numeri in questione avvalorano ulteriormente l'importanza dell'accordo siglato.

Nelle dichiarazioni rilasciate dai vertici istituzionali si legge che "il sistema pur essendo dislocato su più sedi può operare in modo univoco" e che "la rete di collegamento tra ospedali è già ben organizzata quando si tratta di pazienti che arrivano in ambulanza, più difficile è la gestione di quel 60% in autopresentazione e che di solito sono codici bianchi o verdi".

Tuttavia la "rete" permetterà un minore ricorso alle cooperative e al Personale gettonista, un miglioramento del sistema di accoglienza con diminuzione dell'affollamento dei locali di pronto soccorso. In particolare la diminuzione del fenomeno del boarding (pazienti già valutati e in attesa di ricovero) per il maggior numero di posti letto a disposizione dei medici urgentisti che non fanno più riferimento ad un solo presidio ma a tutti i presidi che compongono la "rete".

A proposito di Personale occorre ricordare che tutte le prestazioni sono garantite dal Ssn sotto il profilo della qualità, appropriatezza, sicurezza, responsabilità pur appartenendo a diversi sistemi, pubblico e privato accreditato.

Ed è lo stesso Personale a permettere l'accREDITAMENTO delle prestazioni nelle strutture dove opera nel rispetto dei *requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie* (DPR 14 gennaio 1997), vale a dire analoga dotazione qualitativa e quantitativa, analoga selezione, formazione e omogenea retribuzione tabellare (voci stipendiali fisse) dato che il Ssn paga le prestazioni assistenziali con le stesse modalità, sia al pubblico che al privato. Il quale, tuttavia, ha fin qui applicato nei

Contratti una sorta di retribuzioni low cost (vedi articolo pubblicato su *Quotidiano Sanità* "Sanità privata accreditata: il caos nei contratti di lavoro") in contrasto con l'art. 36 della Costituzione: *La retribuzione costituisce il corrispettivo della prestazione fornita dal lavoratore che ha diritto ad un compenso proporzionato alla quantità e qualità del suo lavoro* e in contrasto inoltre con la sentenza n. 103/1989 della Corte Costituzionale che ha richiamato l'attenzione sulla *proporzionalità tra retribuzione e quantità e qualità di lavoro ... e, in via più specifica, la pari dignità sociale anche dei lavoratori*. Per non parlare dei rilievi della Commissione Europea Affari Sociali (relatore Guillaume Balas) che ha puntato il dito sullo sviluppo di concorrenza sleale quando si pratici una riduzione illegittima dei costi operativi e di manodopera per analoghe attività lavorative.

Non va dimenticato infatti che il Ssn non è libero mercato ma servizio pubblico al quale il privato ha liberamente aderito.

In ogni caso l'accordo siglato a Brescia riveste un valore di grande rilevanza per il Ssn pur non avendo avuto, stranamente, quella diffusione che avrebbe meritato. Accordo che va nella direzione che, come Anaa Assomed, abbiamo da tempo auspicato e più volte proposto anche recentemente dalle colonne di *Quotidiano Sanità* ("Il sovrappollamento dei pronto soccorso: analisi e prospettive della rete pubblico/privato") a comporre quella "rete di Emergenza/Urgenza" prevista dalla norma vigente (DM 70/2015) e non applicata, ma soprattutto decisiva se si vogliono gestire efficacemente il pronto soccorso. E dare un contributo fondamentale a mantenere in vita il nostro insostituibile Ssn.

IL SISTEMA OSPEDALIERO BRESCIANO

Presidi pubblici per acuti

12

di cui 9 dotati di servizi di Dea/PS

3.232

I posti letto

Presidi privati accreditati per acuti

9

di cui 4 dotati di servizi di Dea/PS

1.323

I posti letto

Rispetto della normativa vigente in tema di salute e sicurezza negli ambienti sanitari

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Da ormai troppi anni gli ambienti di lavoro ospedalieri sono diventati spesso luoghi dove, molte norme sulla sicurezza, non hanno trovato una giusta “salubrità” a tutela dei lavoratori lasciando il passo alle necessità sempre più pretenziose da parte dello Stato con minor numero di personale.

Basti pensare ad uno dei rischi che in questi ultimi tempi la fa da padrone in molteplici attività lavorative soprattutto nell’ambito sanitario ovvero lo stress lavoro correlato che, non a caso, è presente nei Piani Nazionali di Prevenzione proprio in riferimento ai luoghi di lavoro della Sanità

RAFFAELE ALOI
Coordinatore
Commissione
Anaa Assomed
Sicurezza
sul Lavoro

Proprio per non venir meno a quanto stabilito dal T.U. sulla sicurezza e le sue successive modifiche, è doveroso che l’Anaa tuteli i propri iscritti dai carichi di lavoro eccessivi, dalle giornate di ferie non godute, dai turni sempre più massacranti a causa di una costante perdita di personale per i grandi numeri di questi anni di pensionamenti e di dimissioni volontarie oltre che ad una fisiologica disaffezione nei confronti del Ssn da parte dei neo medici.

Tutto questo, unito ad un aumento del rischio clinico, alle sempre più reiterate violenze sui lavoratori ed all’aumentare della conflittualità tra colleghi, fa sì che sia doveroso mettere in atto delle procedure capaci, su tutto il territorio Nazionale, di dirimere e migliorare uno stato dell’arte che attualmente ci vede in gravi difficoltà lavorative con un tasso di Burn Out in costante aumento.

La procedura è stata studiata nel solco delle norme attuali, delle buone prassi e di quanto necessario Non Fare prima di intraprendere un’azione legale. Troppo spesso per vizi di forma, impetuosità, e scarsa conoscenza delle procedure da mettersi in atto per tutelare i nostri lavoratori, si rischia di vedersi vanificare ogni sforzo in sede di Tribunale.



Per tale motivo si è deciso di dare un metodo chiaro e che non bypassi tutte quelle fasi di “denuncia” che, se non condivise e messe in atto, fanno sì che un eventuale passaggio per la Magistratura porterebbero ad un nulla di fatto e ad una frustrazione da parte di chi si è preso a cuore una condizione di lavoro non adeguata e delle mancate risposte da parte dei Datori di Lavoro.

Voglio ricordare che tutti i lavoratori, indipendentemente dai titoli, ruoli e mansioni hanno addirittura l’obbligo di segnalare eventuali situazioni di rischio

e pericolo sulla salute di tutta la platea lavorativa della propria Azienda in virtù dell’Art. 20 Comma 2 Lettera e) del D.L 81/2008 pertanto, alla base di tutta la procedura vi è proprio questa norma che dà a tutti noi adito di svolgere una segnalazione anche a tutela della Asl/Ospedale per i quali prestiamo servizio quindi, semmai, si esegue una metodologia Aziendalistica e non Anti Aziendalistica come molti Datori di Lavoro potrebbero “funzionalmente” mal interpretare.



È tempo di far riconoscere il diritto che ogni lavoratore ha di poter lavorare in sicurezza, di non essere tacciati per Anti Aziendalisti laddove mettessimo in luce le criticità del nostro SSN e soprattutto far capire che se non si siedono ad un tavolo di confronto in materia dimostrando che prendono decisioni oggettivamente, saremo pronti ad intraprendere tutte le azioni legali necessarie per il raggiungimento di una serenità e rispetto del nostro lavoro ormai divenuti desueti e parte integrante del nostro lavoro.

PROCEDURA PER I MANCATI ADEMPIMENTI SULLA SICUREZZA E SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

- 1 Il lavoratore**, indipendentemente dai propri ruoli e mansioni, laddove ravvedesse situazioni di rischio, pericolo o stati di malessere lavorativo si attiverà nei seguenti modi così da non attuare metodologie errate in termini di normativa e comunicazione/ informazione degli stessi:
 - A** Chiede un confronto verbale con il proprio Direttore di S.C./S.S./S.S.D. in via informale e non per iscritto, col fine di informarlo nel merito della problematica lavoro/salute correlata.
 - B** Laddove, dopo il confronto verbale, non vi fossero state adeguate risposte né operazioni di miglioramento, il Lavoratore invierà una mail al proprio Direttore di S.C./S.S./S.S.D. chiedendo un incontro formale quale “segnalazione immediata... di qualsiasi eventuale condizione di pericolo sulla base dell’Art.20 comma 2 Lettera e) del D. Lgs 81/2008 dandone notizia ai Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza così come previsto dal medesimo D.L. all’Art.20 Comma 2 Lettera f) (specificare che tali comunicazioni mandate a mezzo posta elettronica aziendale è stata fatta col fine di “eliminare o ridurre le situazioni di pericolo”. Tale istanza è valida sia per i comuni rischi sanitari quali il Biologico, lavoro notturno, Radiazioni etc. che per il Rischio da Stress Lavoro Correlato a causa di mancati recuperi e/o eccessivi turni di reperibilità, ferie non godute, ore in esubero a causa della carenza di personale.
 - C** Se anche tale istanza non dovesse trovare risposte e conseguenti migliorie si provvederà ad inviare una ennesima email riproponendo la problematica, gli articoli di legge menzionati al punto b sottolineando che in data si è tentato di approcciare il problema per vie ufficiose e verbalmente, in seguito era stata inviata email al Direttore di S.C./S.S./S.S.D. ed RLS ma, visti gli esiti negativi si è stati costretti, per il bene dell’Azienda, dei Lavoratori e nel rispetto delle norme, di procedere all’invio al Direttore Generale, R.S.P.P. agli RLS e p.c. al Direttore della S.C./S.S./S.S.D ed al Direttore Sanitario.
 - D** Infine, alla totale assenza di prese di posizione e misure attuative volte alla soluzione del problema oggetto delle precedenti comunicazioni, si procede con un esposto alla Procura della Repubblica dove si evidenzieranno tutti i passaggi a), b) e c), con rispettive date e copia delle email.
- 2 Il lavoratore** che, a causa delle condizioni di lavoro, in una fase di mancati recuperi, mancato godimento delle giornate di ferie in quanto costretto a compensare la carenza di personale: Richiede una visita al Medico Competente ai sensi dell’Art. 41 Comma 1 Lettera b del D.L. 81/2008 col fine di poter ricevere una corretta Idoneità Lavorativa e facendo inserire dal M.C. nella propria Cartella Sanitaria di Rischio le proprie difficoltà e/o patologie e/o malessere lavorativo. Laddove il Giudizio di Idoneità non sia sufficientemente tutelante il Lavoratore può procedere, entro 30 gg. dal ricevimento dello stesso, a “fare ricorsoall’Organo di Vigilanza Territorialmente competente (SPISAL/PSAL/SPRESAL etc.) che disporrà un nuovo G.I. super partes che sarà inviato al Datore di lavoro, al Lavoratore ed al Medico Competente che lo dovrà fare proprio.
- 3 Qualunque Lavoratore**, laddove dovesse accusare sintomi/ patologie correlabili ai rischi cui è stato esposto per eseguire le proprie mansioni, può richiedere una visita dal Medico Competente, da un Medico del Patronato, dal Proprio medico Curante e/o dallo Specialista che è in dovere, qualora vi fosse anche solo il ragionevole dubbio che la patologia possa essere stata cagionata dall’attività lavorativa, di eseguire la Denuncia/Referto all’ Inail per le misure del caso ai sensi dell’ART. 139 DPR 1124/1965 ed Art. 10 del D.Lgs 38/2000.

Il Servizio sanitario nazionale si basa su una complessa rete multidisciplinare

La Dirigenza Sanitaria non è più un fantasma

Perché scrivere un articolo sulla Dirigenza Sanitaria del nostro Servizio sanitario nazionale in questo momento storico?

Neanche durante il periodo della pandemia dove il nostro contributo è stato essenziale, si è parlato di noi!

Ma oggi, post pandemia emerge sempre con più forza l'idea che per far funzionare il Ssn bisogna ragionare non più in termini di singole ed isolate professionalità, bensì in termini di integrazione e costruzione di una rete multidisciplinare tra le diverse figure professionali della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria

MARINA TARSITANO
Responsabile Regionale
Dirigenza Sanitaria
Campania

L'avanzamento delle conoscenze scientifiche e tecnologiche insieme allo sviluppo dell'intelligenza artificiale sono e saranno in futuro un supporto essenziale per tutti i professionisti che operano nella pratica clinica e trasformeranno il modo in cui verrà offerta assistenza al paziente.

L'assistenza sanitaria per essere efficiente, accessibile ed incentrata sul paziente non potrà più prescindere dalla presenza di tutte le figure professionali che compongono la Dirigenza Sanitaria: Biologi, Chimici, Fisici, Farmacisti, Psicologi. Questi professionisti per poter essere assunti nel nostro Ssn, al pari dei loro colleghi Medici e Veterinari, devono necessariamente conseguire dopo la laurea magistrale un titolo di specializzazione che gli permetterà di esercitare la professione in specifiche discipline come ad esempio la biochimica clinica, la patologia clinica, la genetica, la microbiologia, la virologia, la fisica medica, la chimica analitica ecc...

I Dirigenti Sanitari operano all'interno di Aziende Sanitarie, Ospedaliere e Universitarie pubbliche, Irccs Fondazioni di ricerca e di cura, Istituti Zooprofilattici e Arpa contribuendo ognuno con le proprie competenze alla salvaguardia e tutela della salute pubblica. I ruoli dei Dirigenti Sanitari sono molteplici e tutti hanno un impatto significativo sulla gestione del paziente. I Dirigenti Biologi, professionisti altamente specializzati, svolgono le attività

di assistenza diagnostica, prognostica, terapeutica e di ricerca in laboratorio analizzando al microscopio cellule, tessuti e campioni di materiali biologici, svolgendo analisi molecolari, microbiologiche, biochimiche, analisi genomiche, trascrittomiche e proteomiche. Dopo la richiesta da parte di un clinico di un determinato tipo di analisi, i Dirigenti Biologi devono essere in grado di supervisionare l'esecuzione dei test eseguiti o in alcuni casi eseguirli, e di fornire dei risultati utili per la rilevazione, diagnosi, monitoraggio e trattamento di una malattia. Inoltre, hanno anche il compito di assicurare e controllare l'adesione ai rigidi protocolli del sistema di gestione della qualità.

La medicina personalizzata, che negli ultimi anni è diventata la protagonista nel sistema di cura del paziente, ha messo in evidenza come non si può fare a meno di **Dirigenti Biologi** in grado di indicare al medico quale sia il trattamento più adatto ad un determinato paziente. In commercio vi sono più di 200 farmaci che contengono nella loro scheda tecnica specifiche indicazioni di farmacogenomica e circa un terzo di queste riguardano farmaci oncologici. Dunque, il Ssn dovrà incrementare fin da ora il numero di Dirigenti Biologi, gli unici in grado di identificare soggetti con diverso grado di risposta ai trattamenti farmacologici, riducendo l'incidenza di effetti collaterali anche gravissimi ed ottimizzando il dosaggio dei farmaci (non solo oncologici).



I Dirigenti Fisici sono impegnati in attività in diversi settori: clinico assistenziali con la Fisica medica applicata alla Radioterapia, alla Medicina Nucleare, alla Radiologia e Diagnostica per immagini; prevenzione e sicurezza nell'ambito della protezione dalle radiazioni; tecnologico con la valutazione e gestione delle tecnologie; informatico con lo sviluppo software per la soluzione di problemi di fisica applicata alla medicina. È dunque necessario per lo svolgimento delle attività relative ai settori sopracitati adottare un modello dove, nelle Aziende e Presidi di media-



alta complessità, sia prevista l'organizzazione dei dirigenti sanitari Fisici in una struttura complessa, mentre nelle Aziende e/o Presidi di media-bassa complessità nel cui ambito le attività svolte riconducibili alla fisica medica richiedono la presenza di due o più fisici devono essere comunque previste Strutture Semplici di Fisica medica in staff alla Direzione Generale o alla Direzione Sanitaria o inserite a livello dipartimentale.

I Dirigenti Farmacisti del Ssn sono coinvolti nella corretta ricognizione/ri-conciliazione delle terapie, in collaborazione con le altre figure professionali, per migliorare l'appropriatezza di cura. Il decreto 77/2022 fornisce un prezioso suggerimento poiché indica, tra i diversi obiettivi, la promozione della salute attraverso l'identificazione dei bisogni di salute del cittadino, basata sull'uso dei dati, e la stratificazione della popolazione per profili di rischio grazie all'impiego di algoritmi predittivi per identificare il rischio e gestire la presa in carico. Il Dirigente Farmacista deve occuparsi della gestione dei dati, della logistica e degli aspetti legislativi del farmaco. Il Dirigente Farmacista ospedaliero e territoriale dovrà acquisire sempre più competenze "multi-ruolo", al fine di garantire la sostenibilità del sistema, grazie all'acquisizione di conoscenze più approfondite sull'innovazione terapeutica e alla partecipazione a gruppi di lavoro multidisciplinari che mirano a garantire cure efficaci e sicure con costi adeguati. Il Dirigente Farmacista dovrà gestire i "big data" e dovrà valutarli in maniera integrata e trasversale alle diverse aree terapeutiche. I Dirigenti Chimici sono professionisti che operano in laboratorio nei settori di ricerca ed attività diagnostiche. Una figura che si integra sia con i Dirigenti Biologi, con i Dirigenti Medici e Veterinari.

In questi ultimi anni si è affermata nel nostro Ssn un'altra figura professionale fondamentale per l'assistenza del paziente: i **Dirigenti Psicologi**.

La salute non può prescindere dal benessere psicologico, oltre che da quello fisico e da questo principio partono i Dirigenti Psicologi occupandosi di salute psicologica e sociale, lavorando in modo coordinato con l'equipe medico-sanitaria nei Servizi per le dipendenze patologiche, nei reparti di Neuropsichiatria infantile ed in molti altri reparti ospedalieri. Oggi le attività psicologi-

“

L'unica a sollevare la voce su queste questioni è stata l'Anaao Assomed sostenendo che "È l'ora di cambiare registro e dare dignità alla Dirigenza Sanitaria" dialogando con la politica e sperando che tutte le proposte possano trasformarsi in atti concreti

che e psicoterapiche non devono più essere trattate come un bene di lusso e non essenziale. In Italia per mancanza di una programmazione nazionale, fino ad ora abbiamo assistito alla presenza di una dispersione delle risorse e ad una frammentazione delle risposte attraverso la presenza sporadica di psicologi, raramente strutturati e più frequentemente con forme di contratto precarie su singoli progetti presso i Servizi/ Unità operative. Nel documento di cui all'art.20-bis legge 176/2020 per l'implementazione dei Lea nel Pnrr sono state date delle indicazioni sull'organizzazione dell'attività degli psicologi del Ssn, dipendenti e convenzionati, in un'unica funzione aziendale, considerando che la componente psicologica è presente nella prevenzione, nella promozione della salute, nella cura, nella riabilitazione, nell'assistenza alla cronicità, nelle attività di supporto al personale e all'organizzazione, compresi i problemi legati allo stress ed al "burnout" degli altri operatori sanitari. Ogni condizione di salute ha un importante risvolto psicologico, è necessario dunque valorizzare il ruolo della Psicologia per un approccio integrato (multidisciplinare e multiprofessionale) alla persona e come ponte tra gli aspetti sanitari e sociali, anche per generare risparmi e attraverso interventi più appropriati e costo efficaci.

La salute è un diritto fondamentale come sancito nell'art. 32 della Costituzione italiana; dunque, il Ssn dovrà assicurare ad ogni cittadino il diritto alla salute. Per far sì che ciò si realizzi deve essere fatta una corretta valutazione dei fabbisogni del personale ed una giusta valorizzazione di tutte le figure dirigenziali.

Questo è un obiettivo che sta perseguendo l'Anaao Assomed stimolando la politica affinché si possano superare

molteplici criticità e disparità di trattamento sociale ed economico nei confronti della Dirigenza Sanitaria.

Bisognerà, prima di tutto, garantire a tutti i biologi, farmacisti, fisici, chimici, psicologi che si iscrivono alle scuole di specializzazione, un contratto formazione/lavoro, come accade per la Dirigenza Medica, visto che gli specializzandi nei policlinici universitari, negli istituti di ricerca e negli ospedali, fanno attività diagnostiche e si assumono responsabilità. Le Scuole di specializzazione non devono più essere un lusso, il cui peso economico è scaricato sulle spalle delle famiglie.

Bisognerà incrementare il fabbisogno del personale della Dirigenza Sanitaria, dato che sono aumentati il numero dei settori di competenza attivati ed il livello di complessità organizzativa sia a livello territoriale che a livello Aziendale, per garantire un servizio di alta qualità e migliorare costantemente le cure ed il benessere dei pazienti.

Dall'anno 2009 si è registrata una progressiva riduzione dei Dirigenti Sanitari assunti a tempo indeterminato per effetto delle politiche di contenimento della spesa per il personale nel settore pubblico e, soprattutto, dell'applicazione in alcune regioni dei piani di rientro della spesa sanitaria. Bisognerà assicurare l'assunzione dei Dirigenti Sanitari nei loro ruoli specifici a tempo indeterminato e non con contratti atipici!

Bisognerà inoltre vigilare affinché i Dirigenti Sanitari accedano a tutte le tipologie di incarichi compresi quelli di direzione di struttura semplice o direzione di struttura complessa, assumendo ruoli gestionali all'interno del Ssn al fine di valorizzare le risorse umane e professionali.

Bisognerà riconoscere un'indennità di specificità alla Dirigenza Sanitaria per uniformare le voci stipendiali di tutte le figure dirigenziali.

Bisognerà dunque partire da questi punti per eliminare le disparità sociali ed economiche tra le varie figure dirigenziali del Ssn e solo così si potrà costruire un sistema integrato e multidisciplinare necessario per garantire la salute pubblica.

L'unica a sollevare la voce su queste questioni è stata l'Anaao Assomed sostenendo che "È l'ora di cambiare registro e dare dignità alla Dirigenza Sanitaria" dialogando con la politica e sperando che tutte le proposte possano trasformarsi in atti concreti.

Attività libero-professionale
nelle aziende sanitarie:
la quota del 5% del “decreto
Balduzzi” non può essere trattenuta
sul compenso del medico

L'Anaaio Lombardia vince in cassazione

La vicenda dell'ASST Fatebenefratelli-Sacco una delle aziende più importanti di Milano, con quattro presidi ospedalieri e una parte del territorio metropolitano, nasce nel 2016. Le relazioni sindacali erano talmente inesistenti che ANAAO vinse un procedimento ex articolo 28 L 300/70 per condotta antisindacale, legata al mancato avvio della contrattazione sul tema dei criteri di prelievo del 5% della Balduzzi. Successivamente alcuni medici impugnarono il recupero coatto delle somme che l'azienda aveva fatto in mancanza di qualsiasi accordo, in modo retroattivo. Il percorso è durato sette anni e si è appena concluso con le

sentenze della cassazione che hanno dato ragione ad ANAAO-ASSOMED Lombardia e ai medici che, coraggiosamente, non si sono arresi a un'azienda che tuttora resta assai problematica per le relazioni sindacali. Un nostro personale ringraziamento va a Salvatore Santandrea, tenace segretario aziendale in quegli anni, ai nostri colleghi, per non aver avuto paura di reagire, e agli avvocati Franco Scarpelli e Francesca Fiore del network Legalilavoro di Milano per la tenacia e la competenza.

Dott. Silverio Selvetti
Dott. Stefano Magnone

A cura
degli avvocati
**FRANCESCA
FIORE
e FRANCO
SCARPELLI**
e della Segreteria
Regionale
Anaaio-Assomed
Lombardia

La Cassazione si pronuncia sull'attività libero-professionale nelle aziende sanitarie: la quota del 5% del “decreto Balduzzi” non può essere trattenuta sul compenso del medico. Si è conclusa con successo una lunga battaglia compiuta da un gruppo di dirigenti medici del servizio sanitario lombardo, su ricorso patrocinato da ANAAO-ASSOMED Lombardia, assistita da Legalilavoro Milano, per affermare che la quota del 5% introdotta dal DL 13 settembre 2012, n. 158, c.d. “decreto Balduzzi”, deve pesare sull'intera tariffa all'utente, e non sul compenso del medico. In breve il tema era questo: la tariffa che l'utente paga per le prestazioni (visite o altro) degli ospedali pubblici, in regime di solvenza, si compone di diverse quote (compenso del medico, compenso a personale di supporto, spese di struttura ecc.); la legge del 2012 ha voluto introdurre una quota aggiuntiva destinata a costituire fondi per finanziare iniziative dirette a ridurre le liste di attesa per le prestazioni in regime di SSN. La disciplina dice che la quota del 5% si calcola sul compenso del medico, senza altro aggiungere. Ebbene, un grande ospedale milanese non aveva provveduto tempestivamente ad avviare l'iter per ristrutturare le tariffe e inserirvi la nuova quota (iter com-

prendivo di una trattativa con le rappresentanze sindacali dei medici): muovendosi con alcuni anni di ritardo, l'ospedale pretendeva di effettuare retroattivamente la trattenuta recuperandola forzatamente dai compensi percepiti dai medici per l'attività svolta (ed effettuando addebiti unilaterali sulla retribuzione). I medici sono stati dunque costretti a ingaggiare un complesso contenzioso legale, che ha visto un primo esito negativo in Tribunale, ribaltato poi avanti la Corte d'Appello di Milano. Ora, la Corte di cassazione ha dato definitivamente ragione ai medici, confermando la condanna dell'azienda sanitaria a restituire quanto trattenuto (per alcuni medici si trattava di migliaia di euro).

Questa la sintesi della questione; una questione non semplice da dirimere, poggiando sull'interpretazione di una disposizione che certo non brillava per chiarezza. La Cassazione ha affermato che «deve escludersi che l'Azienda Sanitaria possa applicare la trattenuta di cui all'art. 1, comma 4, lett. c), secondo periodo dell'al. n. 120 del 2007, come modificato dal d.l. n. 158 del 2012, in difetto di previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale e di intesa con i dirigenti interessati intervenuto in epoca successiva alla disposi-

zione, siccome modificata; la trattenuta va applicata una volta intervenuto l'accordo successivamente all'entrata in vigore della norma, ancorché, nella determinazione della tariffa, la stessa non sia stata espressamente indicata; fermi gli specifici obblighi normativamente previsti a carico delle aziende sanitarie, è configurabile un dovere di buona fede e correttezza in capo alle parti nella sollecita definizione degli accordi successivi all'entrata in vigore della norma per consentire la piena operatività della trattenuta e la realizzazione delle finalità pubbliche cui è destinata». Questi principi sono stati affermati nelle quattro sentenze ottenute nei ricorsi patrocinati (Cass. nn. 27883/2023, 28088/2023, 28973/2023, 28975/2023). La disciplina discussa (ed erroneamente interpretata dall'Ospedale) si trova nell'art. 1, comma 4, lett. c) della l.n. 120/2007, come modificato dall'art. 2, comma 1, del d.l. n. 158/2012. La disposizione, come anticipato, stabilisce le modalità con cui devono essere determinate le tariffe applicate agli assistiti che intendono usufruire, non delle prestazioni in servizio sanitario, ma di prestazioni a pagamento nell'ambito della c.d. ALPI, specificando al contempo tutte le voci di costo che le tariffe stesse sono destinate a coprire, in ottemperanza al criterio di neutralità economica. Secondo la tesi sostenuta dall'Azienda Ospedaliera, la quota del 5%, da vincolare a interventi volti alla riduzione delle liste d'attesa, doveva essere trattenuta direttamente dagli importi percepiti dai medici (il c.d. “compenso”), non rappresentando invece un ulteriore costo che l'azienda deve calcolare nel definire le somme da erogare da parte dei pazienti (la c.d. “tariffa”). La Cassazione invece ha stabilito che: - la quota del 5% introdotta dal d.l. n. 158 del 2012 è una delle voci di costo che compone la tariffa da applicare all'utenza e non un importo da ricavare dal compenso del professionista, il quale ultimo costituisce semplicemente il parametro per calcolare tale ulteriore voce della tariffa; - le Aziende Ospedaliere non possono applicare la trattenuta del 5% in assenza di accordi collettivi aziendali di rideterminazione delle tariffe ALPI, sottoscritti in epoca successiva all'entrata in vigore della norma. I medici che, anche in altre realtà, volessero recuperare eventuali trattenute subite sulla base di interpretazioni scorrette della norma potranno dunque invocare il chiaro principio stabilito dalla Corte e, se l'Azienda ospedaliera datrice di lavoro non si adegua, proporre un'azione in giudizio per tutti i crediti (stando attenti ad agire prima della eventuale prescrizione del diritto).

Ancora una volta, alle molteplici richieste di confronto con gli operatori sanitari, la risposta è un silenzio assordante che dura dall'inizio della nuova legislatura, brevemente interrotta da un accordo inapplicato.

Dopo una campagna elettorale nella quale si è parlato del pronto soccorso allo stremo e medicina territoriale inesistente, la scelta politica si è basata sulla revisione delle "casse regionali", per la quale l'unico argomento in discussione è il personale che costa troppo. Il grande paradosso che stiamo vivendo, è vedere trasmissioni e giornali che pubblicano interviste con dati che sottolineano l'insostenibilità del sistema a causa della grave carenza di personale (100mila medici e 250mila infermieri su scala nazionale), ma gli unici rimedi messi in campo per sostenere i servizi al collasso sono finanziamenti a privati e blocco delle assunzioni.

Altro paradosso, è rappresentato da una determina che dal mese di aprile, a fronte della necessità di nuovi modelli organizzativi, blocca l'assegnazione degli incarichi professionali la cui assegnazione, per quanto palliativa, potrebbe rappresentare una risorsa "tampone" in questa fase emergenziale. Qual è la motivazione per tutto questo? "Soldi"! Sempre e solo una questione di soldi.

La passività dei bilanci, ormai sprofondati in una voragine senza fine (30 miliardi di euro), bloccano qualsiasi iniziativa di riorganizzazione della Sanità Pubblica, con la scelta di affidare i servizi ai privati ritenuti più efficienti a prescindere dalle reali necessità dei territori e senza avere in testa una visione organizzativa.

L'unico reale interesse è rappresentato dai "conti" che devono essere tenuti in ordine. Non a caso il ritornello che ci è stato riproposto fin dall'inizio della legislatura sono i conti in rosso delle aziende sanitarie e il debito della Regione ereditato dal precedente Governo. Ergo, quale rimedio? Certamente non quello di mettere un assessore per una buona politica né affidare la Direzione Salute della Regione a un "Sanitario" per la riorganizzazione del sistema, con proposte di nuovi modelli organizzativi in linea con i problemi dei territori, ma affidare il compito a un economista che realizzasse ancora una volta "la pronta cassa" per il controllo della spesa.

REGIONE
LAZIO

IL PAZIENTE SSR È MORTO

In una condizione agli sgoccioli del Servizio Sanitari pubblico, ancora una volta la risposta è stata la scelta di tagliare sul personale. **È evidente** che il Covid-19 non ha insegnato nulla e tutto è stato dimenticato: buoni propositi, annunci di non ripetere errori fatti nel passato. Nulla è cambiato.

Otto mesi sono passati dall'insediamento della nuova Giunta della Regione Lazio

ALDO DI BLASI
Segretario
Anaao Assomed
Regione Lazio

**PIERINO
DI SILVERIO**
Segretario
Nazionale Anaao
Assomed

Caro Presidente, l'intervento è quasi riuscito (forse il bilancio a breve sarà in ordine). Il 1° gennaio 2024 sancirà il passaggio al nuovo ordine, ma nel frattempo il paziente (Ssr del Lazio) è morto. Definitivamente affossato non solo dal debito che, nonostante i tagli, continua a essere l'oggetto preferito delle campagne elettorali di qualsiasi colore e che non viene in alcun modo sanato, ma dalla miopia di una politica che continua a non capire che lasciando ospedali e ambulatori alla stregua di scatole semi-vuote, occupate da operatori logori, i servizi saranno sempre più inefficienti, con passività annuali crescenti e senza futuro. Ma quando mai si è visto una impresa, ammesso che si voglia considerare il Ssr alla stregua di un'azienda, affidare il proprio "core business" a società esterne? Cooperative nei Pronto Soccorso, società che occupano le sale operatorie degli ospedali pubblici: quale altra idea bislacca verrà posta in essere piuttosto che preparare, programmare e assumere personale che renda i servizi al passo con le necessità attuali, compresi i bilanci delle aziende.

Tutto questo equivale a dire: vogliamo chiudere gli ospedali pubblici!

Tantomeno l'affidamento dei servizi ai privati accreditati, senza una programmazione basata sui bisogni della popolazione, non abbatte le liste di attesa né il debito, ma solo la speranza dei cittadini di avere un Sistema realmente funzionante, effettivamente rispondente ai bisogni della popolazione.

L'Anaao Assomed è stanca di aspettare che il Governo tenda la mano. Reclama un confronto di diritto per la sostenibilità dei servizi in considerazione dei sacrifici fatti dai Medici e da tutti gli operatori sanitari che negli ultimi 20 anni sono stati lo strumento per la tenuta dei conti pubblici, gli eroi durante la Pandemia e il capro espiatorio per la violenza che ogni giorno subiscono da parte dell'utenza esasperata da una politica incapace di dare una svolta a una situazione che, con questo andazzo, ha l'aria di essere una strada senza ritorno.

Sciopero dei medici e dirigenti sanitari: le ragioni di una scelta

Segue da pagina 1

aggiuntive necessarie al recupero delle liste di attesa per il quale si chiede ai medici, che già oggi lavorano più di 60 ore settimanali, ulteriore impegno orario, retribuito come previsto dal CCNL appena siglato.

Niente per le assunzioni, visto che il tetto di spesa rimane inchiodato al 2004. In compenso, si foraggia la sanità privata con incrementi pluriennali in percentuale rispetto al PIL, rinforzando il ruolo dello Stato come suo miglior cliente.

In questo contesto già critico, mentre era ancora aperto un confronto con la politica per cercare risorse e sintesi, arriva il colpo di mannaia. Si cambiano in corso d'opera le regole pensionistiche, cosa che la vituperata Fornero non aveva fatto per il fondato sospetto di incostituzionalità, solo per una parte del pubblico impiego, tra cui medici e dirigenti sanitari. Una stangata che colpisce circa 50.000 di loro con un taglio dell'assegno previdenziale compreso tra il 5% e il 25% all'anno, da moltiplicare per l'aspettativa di vita. Colpevoli, forse, di avere scelto di restare, nonostante tutto, in un servizio sanitario nazionale che sembra non volerli più.

Una disposizione che finirà, ovviamente, per ripercuotersi sulle piante organiche alimentando la fuga, entro la fine dell'anno, di chi ha già maturato il diritto alla pensione, rendendo più drammatica la gravissima carenza di specialisti alla base della lunghezza di liste di attesa che, a parole, si dice di volere ridurre.

Mentre cresce la crisi vocazionale per la mancanza di appetibilità del sistema di cure pubblico, con moltissimi posti lasciati deserti nelle scuole di specializzazione, specie di alcune, mentre esplose il fenomeno dei gettonisti, allargatosi dai PS alle sale operatorie, mentre cresce la marea di medici che in età non pensionabile fuggono dal sistema (4000 solo nel 2023), si colpiscono i medici e i dirigenti sanitari che nel sistema ci sono ancora e vorrebbero rimanere. Chi si è vantato di avere fermato l'esproprio dei conti correnti dei possibili evasori ha permesso l'esproprio delle pensioni dei professionisti della sanità pubblica.

È una questione certo economica, ma anche di rispetto per categorie professionali che tengono in piedi un sistema sanitario pubblico che sembra vivere solo nelle parole, accolte da ipocriti applausi, del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella.

Sciopereremo perché è il momento di rispondere con durezza, perché il senso di rabbia prevale, perché il tradimento che leggiamo nell'attacco alle nostre pensioni ci indigna. Perché non è servito morire di lavoro, ammalarsi di lavoro, cedere tempo di vita per il lavoro se, anche per questo Governo, la sanità è solo un costo su cui risparmiare.

Andremo avanti per ottenere più investimenti nella sanità pubblica, un maggiore finanziamento del nostro contratto di lavoro, il ritiro della norma anti-pensioni.

Confidiamo nella massima partecipazione dei professionisti e nella solidarietà dei cittadini, perché questa non è una guerra tra categorie, non è una guerra partitica, né tantomeno uno scontro generazionale, come strumentalmente qualcuno vorrebbe far credere, ma l'apertura di una vertenza per salvare il sistema sanitario pubblico e i suoi professionisti, o quel che ne resta.

SEGUI IN TEMPO REALE LE ATTIVITÀ DELLA TUA ASSOCIAZIONE

WWW.ANAAO.IT



www.anaao.it

RASSEGNA STAMPA QUOTIDIANA

NEWS

SERVIZI

ASSISTENZA LEGALE

POLIZZE ASSICURATIVE

COMUNICATI

CONTRATTO

EVENTI

DALLE REGIONI

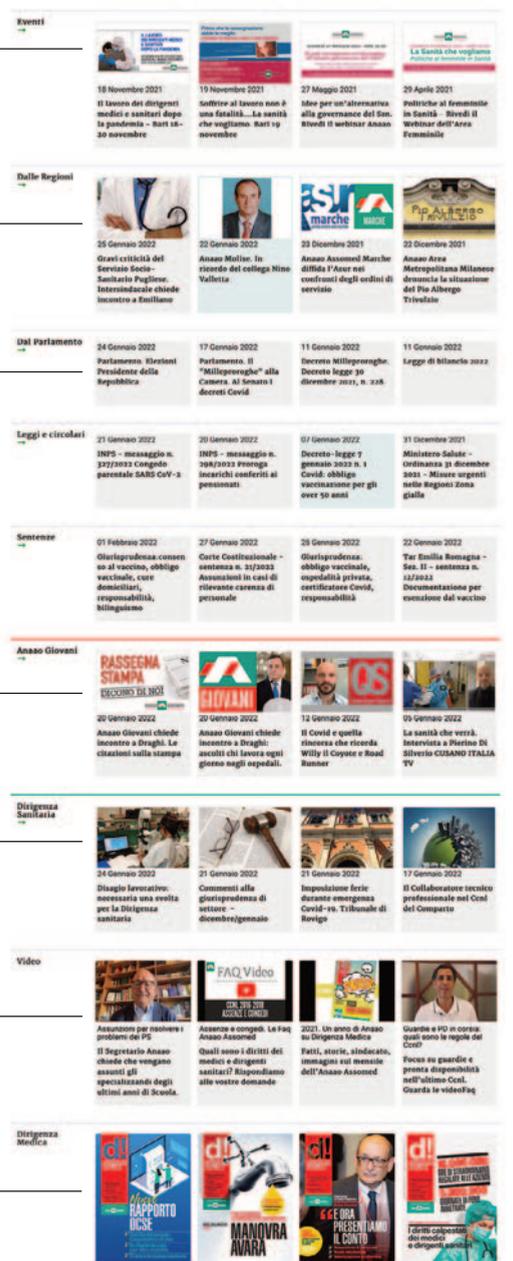
ATTIVITÀ PARLAMENTARE

ANAAO GIOVANI

DIRIGENZA SANITARIA

VIDEO

PUBBLICAZIONI





Fai la cosa giusta!

ISCRIVITI ALL'ANAAO ASSOMED.

GIOCA D'ANTICIPO
CON TUTTI I SERVIZI **GRATIS**
DEL PACCHETTO SICUREZZA

POLIZZA RC
COLPA GRAVE

POLIZZA
TUTELA LEGALE

ASSILEGAL

UFFICIO
LEGALE

CYBERSECURITY

TUTELA DALLE
AGGRESSIONI

POLIZZE PER
SPECIALIZZANDI

CORSI ECM



Scopri tutti
i servizi



www.anaao.it
f @ x t v