

# DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

1 • 2011

Anno X - n. 1 - 2011 - Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, dr Commerciale Business Roma N.11/2006 - www.anaao.it

**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

contiene IP

L'editoriale



## L'ISTANTANEA DEL 2010 SCATTATA DA DM

Avvenimenti,  
iniziative  
e proposte,  
commenti  
e interviste.  
La storia  
di un anno  
in dieci copertine  
di *Dirigenza  
Medica*

alle pagine 12-13

Sommario

### ESODO PENSIONISTICO

La fotografia del progressivo depauperamento del personale medico del Ssn scattata da Palermo e Reginato e le proposte per arginare il fenomeno

alle pagine 2-4

### SPECIALE 2011

La parola ai parlamentari che stilano un bilancio delle iniziative intraprese nel 2010 e raccontano le aspettative per il nuovo anno

alle pagine 6-7

### ELEZIONI ONAOSI

In un'intervista Serafino Zucchelli presenta il programma della lista "Nuova Onaosi".

pagina 16



## L'editoriale

di Costantino Troise

# È necessario cambiare

Il 2 e 3 dicembre la Fnomceo ha chiamato la professione, nelle molteplici forme in cui si rappresenta ed è rappresentata, ad una riflessione comune sul tema della qualità professionale, presupposto ineludibile della qualità delle cure. L'incontro è avvenuto in un momento in cui il Ssn si trova ad un tornante, forse decisivo, della sua storia. Alle prese con ristrettezze economiche, legate più allo stato della finanza pubblica che alla effettiva entità della spesa, se è vero come è vero che la stessa a livello procapite è ancora inferiore del 37% alla media dei paesi Ocse; con una rivoluzione epidemiologica in corso che evidenzia i larghi margini di inappropriata offerta sanitaria, modifiche degli assetti istituzionali e dei criteri di riparto del fondo sanitario nazionale, insufficienze qualitative e quantitative del sistema della formazione del medico. E oggi di fronte ad uno scenario prossimo venturo caratterizzato da rilevanti carenze del numero dei medici, da tempo annunciate e denunciate nella indifferenza di chi poteva e doveva intervenire. Nella fascia di età compresa tra 51 e 59 anni si trovano 115mila medici attualmente in servizio, il cosiddetto picco demografico, che raggiungeranno la età di quiescenza tra il 2016 ed il 2025. Ma se guardiamo al picco previdenziale scopriamo che tra il 2011 ed il 2014 ben 35mila medici dipendenti del Ssn raggiungeranno i requisiti per la pensione. E considerando il combinato disposto introdotto dalla recente manovra governativa rappresentato da peggioramento delle condizioni di lavoro e cancellazione di ogni progressione economica, possiamo stare certi che la maggior parte andrà via. Magari a fare concorrenza al sistema sanitario pubblico rafforzando la sanità privata. A fronte di questo esodo annunciato il sistema formativo mette a disposizione meno di 5mila medici ogni anno per le esigenze dell'intero sistema sanitario. Medici che però alla fine di un percorso di 11-12 anni rappresentano un prodotto ancora grezzo essendo denunciato dagli stessi interessati che gli standards professionali previsti dalla normativa vigente sono lungi dall'essere raggiunti, ancorché certificati al momento dell'esame finale. Oggi un osservatore disinteressato vedrebbe i due sistemi, formativo ed assistenziale, sostanzialmente estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili, in uno stato di conflittualità latente o manifesta che

rende teso il rapporto e difficile la collaborazione. Si pone perciò con urgenza la questione di un forte rinnovamento dei percorsi formativi medici ragionando su di un modello che non può più essere quello della facoltà di medicina, ormai insufficiente per logiche e dimensioni a fare fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico. E nemmeno quello delle Aziende integrate ove il processo di integrazione tra ospedale e facoltà non può dirsi fallito solo perché non è mai iniziato. Una discussione sui futuri luoghi della didattica medica non può non prendere in considerazione (considerazione) nuovi contenitori, ove la preparazione teorica sia embricata nell'attività assistenziale, ove i processi formativi siano radicati in quelli clinici, ove la previsione normativa di dovere rispondere alle esigenze della formazione post laurea nelle strutture del Ssn non sia sostanzialmente disattesa perché gli specializzandi costituiscono una importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza. Occorre passare da un modello chiuso e autoreferenziale ad un modello aperto a rete, in cui la università sia parte, ma non il tutto, in cui venga recuperato il ruolo formativo del Ssn e la formazione non viva separata dalla preparazione lavorativa. Non è più sufficiente limitarsi ad aumentare il numero di accessi al corso di laurea, incrementando tra l'altro a dismisura il rapporto docente discente, e nemmeno limitarsi ad introdurre metodologie andragogiche mutate da altre esperienze. Non è più il tempo della solitudine dei numeri primi, ma quello della condivisione della urgenza e necessità di un cambiamento non gattopardesco. Se non si cambia non ci sarà futuro, né per gli ospedali né per le facoltà, con il rischio che i primi svuotati da risorse e competenze professionali perdano la gara con un sistema privato in espansione e le seconde si trasformino in esamifici ed aree di parcheggio e di sequestro per le giovani generazioni. Se insieme le due istituzioni non assumono la formazione del medico come alto obiettivo professionale capace anche di riscattare l'enfasi sui vincoli di bilancio ponendosi come comunità professionale nello stesso tempo curante ed educante. La sfida è per tutti. Noi intendiamo fare la nostra parte.

## Demografia DEI MEDICI DIPENDENTI DEL Ssn

Siamo oramai nella fase ascendente della "gobba pensionistica". Si stima che tra il 2011 e il 2015 raggiungeranno i criteri minimi per andare in pensione 30.777 i medici, mentre tra il 2016 e il 2020 saranno 31.771. Enrico Reginato e Carlo Palermo analizzano il fenomeno presentando le loro proposte per contrastarlo, a partire dalla necessità di aumentare il numero di iscritti al primo anno di medicina

➤ **Enrico Reginato** - Vicepresidente Fems (Federazione Europea Medici Salariati)

➤ **Carlo Palermo** - Coordinatore della Conferenza permanente dei Segretari Anaa Assomed delle Regioni e delle Province autonome

In un precedente lavoro pubblicato su "Dirigenza Medica" nel 2007 avevamo prospettato il pericolo di un progressivo depauperamento del personale medico operante nel sistema sanitario toscano per il sopraggiungere di una "gobba pensionistica" e il rischio di un decadimento della qualità generale dei servizi per la perdita di operatori esperti ed in possesso di elevate capacità professionali. In seguito all'iniziativa, la valutazione è stata estesa alla situazione nazionale di 123.061 medici dipendenti del Ssn in servizio nel 2009 (Grafico 1), che mostra un andamento analogo. A quasi quattro anni di distanza dal primo lavoro, siamo oramai nella fase ascendente della "gobba pensionistica". Il pericolo di un prossimo esodo dei professionisti su base previdenziale è stato riconosciuto anche dal Ministero della Salute che nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 prospetta una riduzione complessiva di circa 22.000 medici impiegati nei servizi pubblici e privati entro il 2018. Latitano invece concrete iniziative del Governo e delle Regioni per contrastare il fenomeno. Anzi, negli ultimi due anni abbiamo assistito all'emanazione di atti che rischiano di aggravarlo. Ci riferiamo, in partico-

lare, al blocco del turnover che ha colpito i medici dipendenti nelle Regioni sottoposte a piani di rientro e alle recenti iniziative legislative in campo previdenziale che hanno introdotto la possibilità di mettere in trattamento di quiescenza i dirigenti che abbiano raggiunto i quaranta anni di versamenti previdenziali, anche nel caso di un'età inferiore a 65 anni, e previsto, con la Legge 122/2010, un peggioramento delle condizioni previdenziali dal 2011. Per le fasce di età più anziane va considerato che il riscatto previdenziale degli anni di università era possibile con un modesto versamento economico mensile e che queste stesse fasce di età iniziarono la loro carriera in un periodo in cui vi era un'ampia crescita dei posti ospedalieri in organico grazie alla riforma ospedaliera "Mariotti" del 1968; inoltre l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della Laurea in Medicina e chirurgia, dato che non vi era l'obbligo, come attualmente, di avere il titolo di specializzazione per essere assunti nel Ssn. Parliamo quindi di una popolazione medica numerosa, in condizioni di aver maturato gli anni di anzianità pensionistica con ampio anticipo (anche a soli 58 anni di età). Il costo del personale ospedaliero rappresenta una voce molto

# COME RIDURRE GLI EFFETTI NEGATIVI DELL'ESODO PENSIONISTICO



importante del bilancio aziendale e piuttosto semplice da gestire, rispetto ad altre voci, per un banale meccanismo di assunzione/non assunzione o incentivazione al licenziamento spontaneo, contrattualmente prevista. Non a caso il blocco del turnover è sempre il meccanismo di risparmio della spesa cui più frequentemente si ricorre. Il ricorso al lavoro straordinario e la soppressione di alcuni servizi rappresentano il sistema utilizzato per ovviare alle carenze di organico. Un simile meccanismo non è utilizzabile in modo esteso sia per limiti contrattuali, sia per incompressibili esigenze di salute e sicurezza del cittadino utente. Esiste la possibilità dell'assunzione di medici precari, ma se la loro posizione è sicuramente utile per far funzionare alcune strutture, il precariato non è assolutamente auspicabile in un ambiente di lavoro come quello ospedaliero, dove l'apprendimento e lo

sviluppo professionale, soprattutto nella realtà italiana, impongono la permanenza nella struttura scelta per periodi lunghi e stabili. I precari sono in genere destinati a ruoli molto subalterni, con nessuna garanzia di sviluppo professionale. Di conseguenza, a causa dell'intersecarsi di questi diversi aspetti, se non si provvederà in tem-

pi brevissimi a mettere in atto consistenti meccanismi correttivi, temiamo rischi futuri di malfunzionamento del sistema sanitario nazionale, legati alla situazione dei medici dipendenti. In un sistema equilibrato la forma della curva dovrebbe essere più o meno rettangolare, tanti dirigenti escono ed altrettanti entrano, mentre vediamo

che la popolazione dei medici dipendenti ha risentito delle variazioni politiche del nostro Paese: dall'incremento dei posti di lavoro negli ospedali pubblici dopo il varo del Ssn, ad una saturazione dei posti per un periodo abbastanza stabile, ai diversi blocchi di assunzione, legati anche al fatto che, dagli anni '90, è indispensabile aver già conseguito un titolo di specializzazione presso l'Università prima di poter accedere ad un posto nel Ssn.

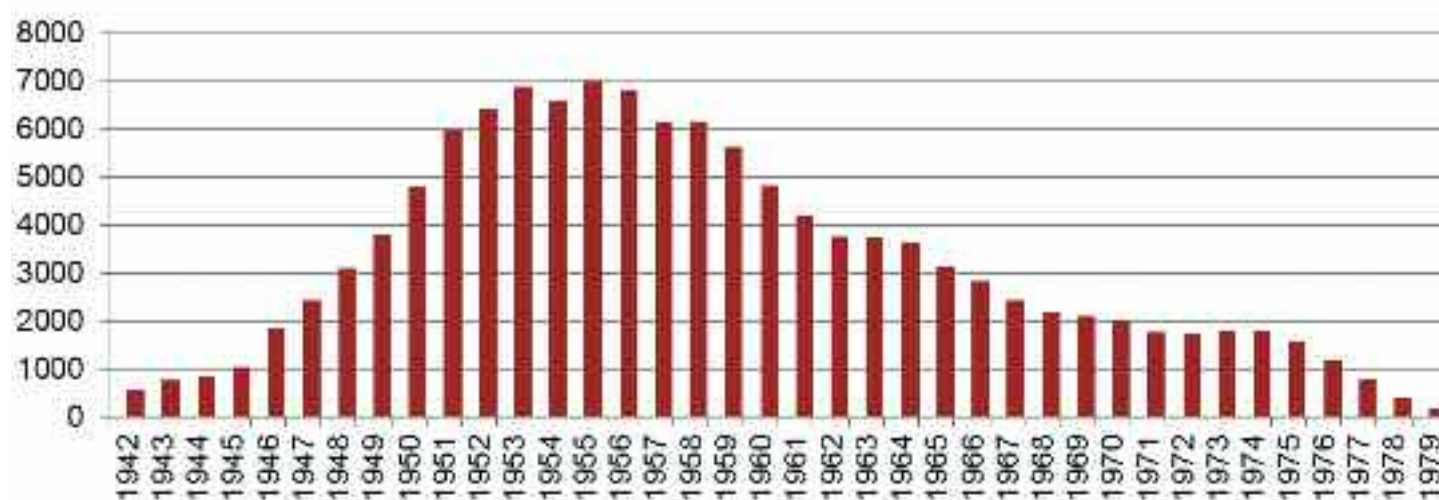
Se valutiamo il grafico in base al criterio minimo per il pensionamento (61 di età + 36 o 37 di contributi, in base ai limiti previsti dalla normativa vigente) vediamo che i nati tra il 1942 e il 1949 hanno già raggiunto i criteri di pensionamento: si tratta di 14.388 medici che potrebbero andare in pensione, se non lo hanno già fatto, entro il 2010. I nati tra il 1950 e il 1954 acquisiranno il criterio minimo dal 2011 al 2015 e i nati tra il 1955 e il 1959 dal 2016 al 2020. Si tratta rispettivamente di 30.777 medici per

il prossimo quinquennio, di 31.771 medici per il quinquennio 2016-2020. Le date di effettivo abbandono del posto di lavoro potrebbero slittare di 12 mesi per la previsione della finestra mobile contenuta nella Legge 122/2010. Solo nel 2028 (nati nel 1967) si tornerà ad un numero di pensionamenti annuali al di sotto di 2500, che rappresenta il numero dei pensionamenti della Cps Inpdap per il 2009 (Tabella 1).

La fuga dei medici dal Ssn e i rischi concreti di un suo decadimento qualitativo appaiono molto probabili, considerato che i pensionamenti potrebbero essere anche più precoci. Infatti, molti medici con il riscatto della laurea e della specializzazione potrebbero raggiungere i 40 anni di contributi anche prima dei 61 anni di età considerati nella proiezione.

D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diven-

**Grafico 1** 123.061 medici dipendenti del Ssn nel 2009, distribuiti per data di nascita



ta direttore di struttura complessa) e la mancata applicazione delle raccomandazioni contrattuali, secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna. È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a fare turni di guardia e una mole elevata di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 61-62 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione.

### LA TENDENZA AL PREPENSIONAMENTO

Questa tendenza è confermata dalla Tabella 1, che mostra i dati Inpdap riguardanti i pensionamenti dei medici dipendenti. Si può notare che fino al 2009 il tasso di pensionamento è pari a circa il 2,5-2,6% della popolazione medica. Questa percentuale, dalle prime proiezioni relative al 2010, sembra essere destinata ad un notevole incremento. Ma il punto rilevante di questa tabella risiede nell'età media dei medici che vanno in pensione, che si attesta sui 61-62 anni, con un'anzianità contributiva di 37-38 anni. In pratica, la maggior parte dei medici ospedalieri lascia il lavoro con 5-7 anni di anticipo rispetto alla normale scadenza del periodo lavorativo (65+2 anni di età o 40 anni di lavoro effettivo, come introdotto con un recentissimo provvedimento legislativo), rinunciando anche al raggiungimento del massimo contributivo, accettando anche un trattamento pensionistico inferiore a quello massimo. Un interessante studio sul disagio lavorativo è stato prodotto dall'Istat (Salute e sicurezza sul lavoro - 29 dicembre 2008). Da esso si rileva che il disagio lavorativo è più significativo nelle regioni centrali d'Italia e presenta valori molto elevati nel campo sanitario e fra i dirigenti, soprattutto nella fascia compresa fra 45 e 54 anni di età. Trattandosi di dati relativi al II° trimestre 2007, possiamo certamente affermare che i dirigenti appartenenti alla fascia di età con il maggior disagio lavorativo abbiano iniziato ad elaborare una "strategia della pensione" che li porta a chiedere il trattamento di quiescenza in antici-

po rispetto al raggiungimento dei 65/67 anni di età e dei 40 anni contributivi, come abbiamo visto nella Tabella 1. Con questa tendenza entro il 2020 potrebbe essere necessario sostituire circa 77mila specialisti: più del 60% dell'attuale forza lavoro medica del Ssn lascerà il posto di lavoro entro il prossimo decennio. Dato che la qualità del servizio sanitario è in buona parte, dipendente dalla qualità professionale di coloro che vi svolgono la loro attività, è indispensabile interrogarsi sulla qualità professionale di coloro che dovranno sostituire i numerosi dirigenti medici in uscita e, di conseguenza, sul loro iter formativo e quindi analizzare i meccanismi di formazione post-laurea. La direttiva europea 2001/19/Ce sostiene che: "...la struttura ed il livello della formazione professionale, l'addestramento professionale o la pratica professionale saranno determinati dalle leggi, regolamenti o provvedimenti amministrativi dello Stato membro interessato, o controllati o approvati dalle Autorità designate a tale scopo." In Italia un medico può diventare specialista solo se riesce ad entrare in una scuola universitaria di specializzazione a numero chiuso, superando un esame di ammissione. Nonostante quanto pubblicato sulla GU.n° 105 del 8 Maggio 2006, che prevede un determinato iter formativo affinché il titolo di specializzazione sia riconosciuto in ambito europeo, è noto che quegli standard non vengono rispettati. Il concetto si ritrova nei documenti ufficiali: "La normativa europea prescrive che, durante i 4 anni della scuola, il Medico Specialista venga assegnato ad un tutor per effettuare, a partire dal 2° anno di attività, attività di emodinamica sia diagnostica che interventistica...accade tuttavia non di rado che il medico specialista in Cardiologia non abbia avuto l'opportunità di effettuare alcuna attività di Emodinamica durante la Scuola di Specializzazione" (Osservatorio per la Qualità: La Cardiologia Invasiva in Toscana - I: coronarografie ed angioplastiche. Documenti dell'Ars Toscana; 7, Luglio 2003:58). Gli ospedali non hanno titolo alla formazione post-laurea, a meno che l'Università non sia disponibile a distribuire gli specializzandi in strutture ospedaliere, ma il controllo della formazione rimane nelle mani dell'Università, con

Tabella 1: Serie storica dei trattamenti pensionistici C.P.S. Inpdap

Anno	Sesso	Numero	Età media alla cessazione	Anzianità media	Importo annuo medio alla cessazione
2005	Maschi	1.213	62,1	38	73.641
	Femmine	195	58,8	36,4	58.748
	<b>Totale</b>	<b>1.408</b>	<b>61,6</b>	<b>37,7</b>	<b>71.560</b>
2006	Maschi	2.033	61,3	38	71.485
	Femmine	404	59,4	36,6	60.795
	<b>Totale</b>	<b>2.437</b>	<b>61</b>	<b>37,8</b>	<b>69.713</b>
2007	Maschi	2.738	61,1	38,2	71.065
	Femmine	617	59,4	36,9	63.511
	<b>Totale</b>	<b>3.355</b>	<b>60,8</b>	<b>37,9</b>	<b>69.676</b>
2008	Maschi	2.207	61,4	38,2	71.529
	Femmine	483	59,4	36,7	62.645
	<b>Totale</b>	<b>2.690</b>	<b>61</b>	<b>37,9</b>	<b>69.934</b>
2009	Maschi	2.114	62,5	38,6	72.579
	Femmine	433	60,8	37,4	64.374
	<b>Totale</b>	<b>2.547</b>	<b>62,2</b>	<b>38,4</b>	<b>71.184</b>

una qualità che gli interessati considerano insufficiente. Solo da specialista, un medico può partecipare a un concorso nel sistema sanitario pubblico, in quella branca specialistica, diventando, ancora, un "medico in formazione" per altri cinque anni, o essere assunto nel privato. Di fronte alla prossima uscita dal mondo della sanità pubblica di un grande numero di specialisti e di fronte alla evidente carenza formativa dei medici specializzandi, urge un riorganizzazione della formazione specialistica. Il punto centrale è quello del rispetto della normativa vigente; normativa che è esplicitamente citata dall'Università nei contratti di formazione sottoposti ai medici che si iscrivono alla scuola di specializzazione, che consente l'utilizzo delle strutture ospedaliere nella formazione specialistica. Se la formazione attuale è qualitativamente insufficiente, la causa, da un lato, risiede nello scarso rispetto della normativa, in assenza di controlli, dall'altro lato, circoscrivendo la presenza degli specializzandi all'interno dei soli reparti universitari, è verosimile che non ci sia casistica sufficiente a raggiungere tali obiettivi. Il numero complessivo degli specializzandi, a livello nazionale, si aggira attorno a 25mila unità, un numero molto grande, pari a circa il 20% del numero dei medici dipendenti italiani, ma comunque insufficiente a colmare le uscite che si prospettano, considerando che solo il 70% di essi sceglie di lavorare nel settore pubblico. La riorganizzazione del sistema formativo è prerogativa dell'Università, pretendere che i futuri specialisti da inserire nel Ssn siano all'al-

tezza del ruolo professionale che li aspetta è compito delle Regioni, che sono responsabili dalla qualità delle cure, e quindi del funzionamento del sistema; ma il futuro del Ssn è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università. Fino a quando la Legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in Ospedale, per formarlo in quella sede, come in tutto il mondo occidentale, il Ssn non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno futuro.

### LE PROPOSTE

Purtroppo, dalle classifiche internazionali, il Ssn italiano, considerato dall'Oms fra i migliori del Mondo, è, nei fatti, subordinato, per molti aspetti ad una Università relegata tra le posizioni di retroguardia. È possibile arrivare a migliori risultati attraverso una collaborazione stretta fra l'Università e gli Ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvi motivi di dotazione di posti letto, non può essere garantita dalla sola Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello

operativo.

La Legge 517/99 prevede l'Osservatorio per la formazione specialistica, con scopi di verifica; è indispensabile che l'Osservatorio svolga al meglio il suo compito. A giudicare dal numero di studenti italiani che restano esclusi dalle selezioni per l'ammissione alla Facoltà di Medicina (solo 1 su 7 ottiene l'iscrizione), sembra che per quanto riguarda il nostro Paese, al contrario di quello che avviene in altri Stati europei, vi sia una vocazione per la professione medica ancora elevata.

Sarebbe quindi il caso di aumentare il numero degli iscritti al 1° anno di Medicina, in modo che, anche in un'ottica europea, i futuri laureati possano contribuire a ridurre i deficit che si prospettano. Dobbiamo, infatti, considerare che persistendo fino al 2028 (vedi Gr 1) un tasso elevato di pensionamenti annuali dei medici dipendenti, in un prossimo futuro anche l'Italia, in assenza di adeguati provvedimenti, si troverà a corto di professionisti. In conclusione, noi riteniamo che da queste proposte si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssn può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

Intramoenia allargata. IL MINISTRO DELLA SALUTE INCONTRA I SINDACATI

## TROISE: "DA FAZIO RISPOSTE SODDISFACENTI"

La proroga dell'intramoenia allargata arriverà. Parola di Ministro della Salute. Nel corso di un incontro con i sindacati, Fazio ha rassicurato i medici: i tempi di scadenza fissati al 31 marzo 2011 saranno procrastinati o in sede di conversione del decreto milleproroghe o con un apposito Dpcm. Non solo, il ministro ha ribadito la sua volontà di prolungare la Lpi al 31 dicembre del 2012 in attesa di una soluzione legislativa che eviti continue proroghe. Affrontato anche il tema delle certificazioni on line sul quale le criticità permangono

**"S**iamo soddisfatti delle assicurazioni che il Ministro della salute Ferruccio Fazio ci ha dato sui tempi e i modi per prorogare l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia allargata o in sede di conversione del decreto milleproroghe o con un apposito Dpcm emanato entro il prossimo 31 marzo".

Per Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anao Assomed il bilancio dell'incontro tra il ministro della Salute Ferruccio Fazio e i sindacati della dirigenza medica del Ssn sull'intramoenia allargata è stato sicuramente positivo. Più in salita, invece, la strada per trovare soluzioni ai problemi posti rispetto alle certificazioni on-



line. Anche se il Ministro ha dichiarato la sua disponibilità a farsi portavoce delle criticità esposte. "Fazio - ha spiegato Troise - ha ribadito la sua volontà di mantenere la promes-

sa fatta ai medici qualche mese fa di prorogare la Lpi allargata al 31 dicembre del 2012 in attesa di una soluzione legislativa che eviti il ricorso ad oltranza al sistema delle proro-

ghe".Purtroppo, ha aggiunto Troise "si sta sottovalutando il fatto che l'obbligo della trasmissione telematica dei certificati di malattia si sta configurando come un problema di sa-

nità pubblica perché soprattutto il pronto soccorso, già al collasso per croniche carenze, non sono in grado di sostenere il peso di ulteriori carichi burocratici, specie in periodi epidemici. Senza contare il rischio che malati, portatori di virus, costretti a soggiornare a lungo in ambienti affollati da una popolazione fragile si trasformino, loro malgrado".Occorrono, ha quindi concluso Troise, soluzioni condivise per prorogare l'esordio del regime sanzionatorio e trasmettere serenità alla categoria già sottoposta a dura prova dalla crescita esponenziale della domanda sanitaria. Per queste problematiche i sindacati chiederanno anche un incontro al Ministro Brunetta".

## COSTI STANDARD. LE NOVITÀ AL VAGLIO DEL PARLAMENTO

### Tre le Regioni benchmark

Queste le principali novità contenute nel nuovo testo del decreto su federalismo fiscale e costi standard sanitari, scaturito dall'intesa Stato Regioni di dicembre, ora al vaglio del Parlamento.

Il 2011 sarà l'anno del federalismo fiscale e dei costi standard sanitari. C'è quindi di grande attesa per l'avvio dell'esame in Commissione bicamerale del decreto (scaturito dall'Intesa Stato Regioni del 16 dicembre che), su temi cruciali per il futuro della sanità italiana, e non solo. Il parere che arriverà dal Parlamento non sarà infatti vincolante, ma considerato il quadro politico e i numeri che vedono Maggioranza e Opposizione in pareggio questo passaggio viene visto tra quelli fondamentali per il desti-

no della legislatura. Comunque, Deputati e Senatori dovranno esaminare un testo diverso rispetto a quello precedentemente emanato dal Governo (il 7 ottobre 2010) in quanto sono state recepite le proposte di modifica chieste da Regioni e Province autonome.

Vediamo quali sono i punti cardine e le novità del Decreto. Una delle modifiche accolte riguarda i livelli essenziali delle prestazioni (sia i Lea che i Lep) per i quali, in attesa della loro determinazione per legge, si è convenuto che siano stabiliti tra-

mite Intesa in sede di Conferenza unificata, con caratteristiche di generalità e permanenza, pur nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Per la sanità in particolare le modifiche principali riguardano gli articoli, dal 20 al 24, del decreto concernenti i costi standard sanitari.

In particolare è stata accolta la richiesta delle Regioni a statuto speciale e delle due Province autonome di essere escluse dal benchmark previsto per la determinazione dei costi standard. Sicilia, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna,

Trento e Bolzano potranno infatti avviare il sistema dei costi standard in autonomia con il solo obbligo di garantire la comunicazione al Governo sugli atti intrapresi.

Altra novità è quella della garanzia che, nell'individuazione delle regioni benchmark, si tenga conto della rappresentatività in termini di appartenenza geografica al Nord, al Centro e al Sud, con almeno una Regione di piccola dimensione geografica. Importante anche l'intesa raggiunta, e recepita dal nuovo testo del decreto, sul fat-

to che a decorrere dal 2013 (quando entreranno in vigore i costi standard) il fabbisogno sanitario nazionale standard, fermo restando il suo aggancio al quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti in sede comunitaria, avvenga "tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei Lea erogati in condizioni di efficienza e appropriatezza". È stata poi abolita, poi, la norma che prevedeva di prendere in esame, ai fini della determinazione dei costi standard, oltre che la popolazione pesata per età, anche indicatori relativi a particolari situazioni territoriali. Ultima modifica quella della garanzia che "eventuali risparmi nella gestione del Ssn effettuati dalle Regioni rimangano nella disponibilità delle Regioni stesse".

SPECIALE 2011. PARLANO I POLITICI

# BILANCI E ASPETTATIVE DELLA SANITÀ

Archiviato un anno giudicato negativo dai più, anche se prodromico di nuove iniziative importanti, si avvia un 2011 altrettanto difficile e laborioso.

Almeno a scorrere le aspettative per il nuovo anno raccolte tra alcuni dei parlamentari impegnati sul fronte della sanità. Oltre alle considerazioni del segretario nazionale Costantino Troise, ospitiamo in questo numero di *Dirigenza Medica* i contributi di Paola Binetti (Udc), Paolo Fontanelli (Pd), Laura Molteni (Lnp), Antonio Palagiano (Idv), e Giuseppe Palumbo (Pdl)

**Costantino Troise**  
segretario generale  
Anao-Assomed

## “LA GRANDE GELATA SULLA SANITÀ”

Sicuramente il 2010 è stato l'anno della grande gelata per la sanità. E mi riferisco al blocco dei contratti, che ha tolto ogni possibilità alle organizzazioni di categoria di contrattare le proprie condizioni di lavoro, alla nuova esplosione dei casi di malpractice e dei contenziosi medici, e all'acuirsi della crisi del welfare che è apparsa evidente in tutta la sua drammaticità soprattutto per le giovani generazioni.

Ma il 2010 è stato anche l'anno della crescita delle disuguaglianze organizzative all'interno delle regioni, disuguaglianze anche sul diritto alla salute che sta diventando sempre di più inesigibile, senza dimenticare come molti sistemi sanitari regionali ormai si reggono sempre di più col lavoro di medici precari, con



contratti al limite della decenza o attraverso discutibili esternalizzazioni di servizi. Aspetti, tra l'altro, i cui risparmi economici sono tutti da dimostrare. E per il 2011 bisognerà affrontare strutturalmente questi problemi, perché non si può continuare a vivacchiare.

Per quanto sia difficile fare previsioni, visto anche l'attuale scenario politico, auspico che il 2011 possa essere l'anno per cominciare seriamente a riflettere sui danni che crea al mondo della sanità l'estrema frammentazione della rappresentanza che si è registrata in questi ultimi anni

che spesso ci ha portati a subire le decisioni della politica. Bisognerà per questo ritrovare una capacità politica della categoria per poter intervenire con più incisività nell'elaborazione delle decisioni.

Ricordo che ci vogliono molti anni per costruire un sistema sanitario efficiente e di qualità come il nostro ma ce ne vogliono pochissimi per distruggerlo, e tornare indietro poi è difficilissimo.

**Paola Binetti**  
membro Commissione  
Affari Sociali - (Udc)

## “GOVERNO CLINICO AL PRIMO POSTO NELLA NOSTRA AGENDA”

Nel 2010 abbiamo approvato una delle leggi più interessanti di questa legislatura: quella sulle cure palliative che considero una buona legge alla quale, per poter funzionare fino in fondo, manca un capitolato di spesa adeguato. Legge passata ad ampia maggioranza, con il consenso di tutti e questo è un elemento di grande soddisfazione perché significa che la Commissione è in grado di porsi dalla parte del malato senza se e senza ma. Invece, al primo posto nell'agenda dei provvedimenti che contiamo di chiudere entro la fine dell'anno c'è il governo clinico. Dopo vicende alterne il disegno di legge è tornato in Commissione dove si è arenato. Una vicenda inaccettabile perché tutto il lavoro svolto per mesi è stato vanificato e si ha quindi la sensazione di girare a vuoto.

Un altro provvedimento di legge su cui stiamo lavorando in comitato ristretto ri-



**Paolo Fontanelli**  
responsabile area sanità  
(Pd)

## “INCOGNITA FEDERALISMO FISCALE E NECESSARIO RIORDINO DEL GOVERNO CLINICO”

guarda le unità di lungo-degenza per i pazienti in stato vegetativo. È un sistema articolato che da un lato vede l'assistenza in realtà dedicate, e dall'altro la possibilità che questi pazienti possano trascorrere una parte del loro tempo in famiglia. Ci stiamo occupando della revisione della legge 180/78. Vogliamo da un lato decomprimere la realtà “manicomiale”, e dall'altro cercare di rispondere alla domanda, una volta che il paziente è fuori, “ora cosa facciamo?”. C'è infine il progetto del “Dopo di noi” per tutelare i disabili gravi rimasti senza famiglia.

È ancora aperta la partita sul testamento biologico. Per quanto riguarda i contenuti ritengo che questa debba essere una legge chiara. Non devono esserci dubbi sul fatto che l'ordinamento legislativo italiano è per il favor vitae, con un contesto di regole che sono tutte dalla parte della vita. Rivendicare in questo momento il principio di autodeterminazione come principio estremo che può portare alla morte mi pare un paradosso estraneo alla nostra cultura, alla nostra tradizione e al nostro ordinamento. Qui lo scontro sarà duro sul piano ideologico, ma la maggioranza da sola questa legge non la porterà mai a casa.

Il 2010 è stato un anno negativo, foriero di molte preoccupazioni per il futuro a cominciare dalle resistenze da parte del Governo nell'attuare il “Patto per la salute” sottoscritto nel 2009. E così dobbiamo registrare che sul versante delle risorse non si è data attuazione a quanto previsto dal Patto, che già prevedeva una riduzione delle risorse rispetto a quanto fatto dal governo precedente, e sul versante dei contenuti i nuovi Lea non sono stati neanche discussi. Soprattutto, lo scorso anno è arrivato il federalismo fiscale che rappresenta una grande incognita che si porta dietro forti incertezze. Credo che il federalismo fiscale sarà il tema centrale per il 2011. A fine 2010 Governo e Regioni hanno trovato un accordo, dopo un lungo braccio di ferro, sul decreto per i costi standard che è stato rivisto. Ora bisognerà ve-



dere se questa nuova intesa si tradurrà davvero in una serie di indicazioni, di norme e di previsioni che vanno nella direzione di una riqualificazione complessiva del Ssn oppure se si andrà, come vorrebbe il Governo, verso una riduzione delle risorse impegnate nel sistema sanitario. Credo che il conflitto sarà su questo, sui costi standard e su come riuscire a ridurre l'enorme divario che c'è oggi, in termini di offerta sanitaria, fra Nord e Sud. Questo gap ogni anno genera l'esodo di milioni di persone che si muovono da una Regione all'altra, perché il sistema così com'è non offre dei servizi equi né dal punto di vista della qualità né dal punto di vista della sicurezza sanitaria. Si tratta insomma di dare seguito a misure annunciate ma debolmente messe in atto per superare questa situazione che crea sprechi, condizionamenti di carattere clientelare e talvolta anche malavitosi, puntando sull'efficienza e appropriatezza dei servizi. Credo inoltre che sia importante creare un sistema di monitoraggio e valutazione che consenta di mettere a confronto, con trasparenza, l'effettiva qualità dei servizi sanitari sia ospedalieri che territoriali. Penso infine sia necessaria la riorganizzazione del "governo clinico". Il provvedimento, allo studio della Camera, seppur con dei limiti si pone l'obiettivo di riorganizzare il governo della sanità attraverso una maggiore collegialità e responsabilizzazione dei medici e degli operatori. Il provvedimento però dall'Aula è tornato in commissione perché la maggioranza nel testo ha inserito impropriamente delle norme che in realtà puntavano a far saltare il sistema dell'intramoenia per tornare a una sorte di liberalizzazione assoluta della professione.

**Laura Molteni**  
membro Commissione  
Affari Sociali (Lnp)

### "OGNI GIORNO AGGIUNGIAMO UN TASSELLO POSITIVO"

In Commissione abbiamo lavorato molto e bene. Ma più che tracciare un bilancio, pre-

ferisco parlare di working in progress. Abbiamo affrontato e stiamo lavorando su provvedimenti di grande significato. Penso in particolare a quello sul testamento biologico sul quale c'è stato un impegno costante e diretto della Lega in tutte le fasi e nell'iter del progetto di legge in Commissione. Un disposto che continuerà a vederci in prima linea nel corso del 2011. Continueremo poi a impegnarci, sulla Ddl del "Dopo di noi" per il quale siamo già alla fase emendativa. L'obiettivo è per dare assistenza alle persone disabili che dopo la morte dei genitori si trovano senza tutela e istituire un fondo ad hoc. Altro importante Ddl è quello sulle disposizioni in materia di sicurezza degli impianti protesici mammari, licenziato dalla Commissione in sede legislativa e ora all'esame del Senato. Prevede l'istituzione di un registro nazionale per disciplinare un delicato settore ancora scarsamente regolamentato.

Inoltre, per il 2011 abbiamo già pronti due nuovi progetti di legge che presenteremo a breve: sull'istituzione e la regolamentazione attuativa dell'indagine sulla farmaco genetica: e su una nuova normativa per favorire la trasparenza e la tracciabilità nell'industria cosmetica. L'obiettivo del primo progetto è arrivare a un provvedimento che regolamenti autonomamente i test di farmacogenetica rispetto a quelli genetici.

Vogliamo valicare nuove frontiere per calibrare i farmaci sulla persona e favorire



una reale personalizzazione della terapia farmacologica, perseguendo anche l'obiettivo di studiare il potenziale ruolo di fattori ereditari nel determinare la risposta indi-

viduale ai farmaci. Con il secondo intendiamo tutelare contemporaneamente la salute dei consumatori e le piccole e medie imprese del settore, proteggendo il made in Italy. Introduciamo un'etichetta obbligatoria, da apporre sui recipienti e sugli imballaggi dei prodotti cosmetici, che riporti il Paese di origine in cui è prodotto il cosmetico, e l'elenco degli ingredienti impiegati per avere indicazioni su effetti indesiderati e dannosi. Soprattutto questo sarà l'anno del federalismo fiscale. Con la definizione dei costi standard stiamo compiendo l'ultimo importante giro di boa che in sanità ci consentirà da un lato di tagliare sprechi e inefficienze, da un altro di ottenere la massima responsabilità da parte degli amministratori. Infatti, chi sarà responsabile di "buchi" di bilancio non potrà più essere candidato negli Enti locali e al Parlamento e neanche accedere ai Consigli di amministrazione di Enti pubblici. È un cambio culturale radicale che rivoluzionerà la gestione della cosa pubblica.

**Antonio Palagiano**  
responsabile nazionale  
Dipartimento Sanità e  
Salute (Idv)

### "SE QUEST'ANNO È STATO DEVASTANTE, IL PROSSIMO RISCHIA DI ESSERE ANCORA MENO ROSEO"

Il bilancio del 2010 è pessimo. I piani di rientro, seppur necessari, hanno portato a tagli orizzontali senza distinzione. Tutti i tagli fatti sono sbagliati e credo, per esempio, che in futuro il blocco del turn over con il personale che va in pensione porterà a liste d'attesa e disservizi a tutto vantaggio del settore privato. Se quest'anno è stato devastante il prossimo rischia di essere ancora meno roseo. In commissione abbiamo lavorato con passione sul provvedimento del "governo clinico" legge che si poneva l'obiettivo la razionalizzazione e la riorganizzazione del Ssn.

Noi dell'Idv volevamo taglia-



re quell'anello maledetto che lega la politica alla sanità e che dà al Direttori generali tutti i poteri dell'azienda. Per fare questo abbiamo proposto un albo unico dei Dg che devono essere persone di comprovata esperienza in campo amministrativo, affermate, per evitare che il riciclato o il trombato di turno diventi un manager. Ma questo progetto è stato bloccato appena approvato in Aula e, ritornato in commissione, è finito su un binario morto e non se ne è più parlato. Credo inoltre che occorra razionalizzare l'erogazione del servizio cambiando le regole per l'assunzione dei Dg e cercando di riaffidare la sanità ai medici togliendola ai politici. Se si mettessero tutte le dirigenze mediche in mano a persone competenti ci sarebbe davvero una rivoluzione.

**Giuseppe Palumbo**  
presidente Commissione  
Affari Sociali (Pdl)

### "GOVERNO CLINICO E BIOTESTAMENTO IN PORTO NEL 2010"

Il 2010 è stato un anno sicuramente importante. La commissione ha approvato a larghissima maggioranza il provvedimento sulle cure palliative e la terapia del dolore che è legge dal marzo scorso. È stata una risposta innovativa e di grande responsabilità che la Commissione ha dato a tutte quelle persone che soffrono. Purtroppo l'Italia, in questi anni, si è caratterizzata sia per il ritardo che per l'arretratezza nell'offrire soluzioni di questo tipo, su queste tematiche. Ora, grazie alla legge e grazie anche al lavoro delle Regioni, che

si stanno organizzando, saremo in grado di offrire sollievo a tutte quelle migliaia di persone che stanno male, che soffrono e che invece possono essere aiutate. Soprattutto, e lo dico prima ancora come medico che come presidente della commissione Affari sociali, ritengo di fondamentale importanza la dimostrazione di come la politica sia in grado di porsi dalla parte del malato.

Per il 2011 i provvedimenti più urgenti sono essenzialmente due: il testamento biologico e il governo clinico. Per quanto riguarda il testamento biologico andremo in Aula nel mese di febbraio e verrà votato dall'Assemblea. Discorso leggermente diverso invece per il governo clinico che dopo un breve passaggio in Aula è stato rimandato in commissione perché ha bisogno di una "limatura". La commissione Affari costituzionali e la commissione bicamerale per gli Affari regionali hanno infatti sollevato alcune osservazioni: essenzialmente secondo loro il provvedimento entrava troppo nel merito e quindi poteva profilarsi un contrasto con le Regioni.

Lavoreremo su questo in commissione per farlo tornare presto in Aula. Quindi se non ci saranno sorprese questi provvedimenti vedranno la luce nel 2011. Ci sono poi



altri progetti di legge su cui stiamo lavorando e che stanno andando avanti in commissione. Penso in particolare alla modifica della legge sulla salute mentale e al provvedimento sulla lungo-degenza per i pazienti in stato vegetativo. Su entrambi stiamo lavorando in comitato ristretto, quindi siamo a un buon punto.

Governo, Parlamento e Regioni. **BILANCIO DI FINE ANNO.**

# I PROVVEDIMENTI APPROVATI NEL 2010 E QUELLI ANCORA IN DISCUSSIONE

Il bilancio del 2010 è nutrito di provvedimenti di legge e intese in Stato-Regioni. Come è nutrita l'agenda delle cose da fare, sempre che la legislatura concluda il suo tempo senza il ricorso ad elezioni anticipate che, al momento, ancora nessuno si sente di escludere a priori.

Per seguire meglio gli avvenimenti che segneranno il corso della sanità nel 2011 proponiamo una sintesi dei provvedimenti approvati e di alcuni di quelli in itinere alla Camera, al Senato e alla Conferenza Stato-Regioni

## LE LEGGI APPROVATE

### Cure palliative e terapie del dolore

Legge 38 del 15 marzo 2010  
Approvata definitivamente il 9 marzo 2010. Tra gli aspetti più rilevanti, l'attivazione di reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, la semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore, la formazione del personale medico e sanitario in materia.

### Manovra economica

Legge 122 del 30 luglio 2010  
La fiducia alla manovra economica è arrivata il 28 luglio alla Camera, dopo il via libera del Senato, con 329 voti favorevoli e 275 contrari. La manovra prevede, per la sanità, fondi alle Regioni per 4 miliardi nel 2011 e 4,5 miliardi nel 2012. I criteri per la ripartizione saranno stabiliti dalla Conferenza Stato-Regioni in base a principi che premiano le Regioni più virtuose.

### Legge di stabilità

Legge 220 del 13 dicembre 2010.

Approvata in via definitiva il 7 dicembre 2010. La legge proroga l'esenzione del ticket sulle visite specialistiche e la diagnostica per il 2011 ma solo per 5 mesi, per un ammontare di 347,5 milioni. Se non ci saranno ulteriori finanziamenti, il ticket verrà reintrodotta a partire da giugno; 1,5 miliardi dei fondi Fas vengono destinati all'edilizia sanitaria pubblica, e andranno per l'85% al Sud e per

il 15% al Centro-Nord.

### Decreto legge "Milleproroghe"

Varato dal Governo il 22 dicembre, contiene la proroga di un anno (fino al 31 gennaio 2012) della scadenza per la realizzazione degli spazi per la libera professione intramuraria.

## IDDL ALL'ESAME DELLA CAMERA

### Farmaci psicotropi

**Disposizioni concernenti l'impiego di farmaci psicotropi per la cura dei bambini e degli adolescenti.**

Atto Camera 126. Presentata il 29 aprile 2008 T.U. con A. C. 1414, 1761, 2125.

L'iniziativa è di Mariella Bocciardo (Pdl), relatore Mariella Bocciardo.

Iter: esame in corso e rinvio.

La Pdl partendo dall'aumento del consumo di psicofarmaci da parte di bambini ed adolescenti, intende dettare alcuni principi relativi all'impiego di tali medicinali per curare determinate patologie dei minori, definendo le competenze dello Stato e delle Regioni, prevedendo adeguate azioni informative, stabilendo limiti e condizioni alla prescrivibilità dei farmaci e contemplando azioni di monitoraggio e sorveglianza della relativa terapia.

### Sangue cordonale

**Disposizioni in materia di raccolta e utilizzo sangue cordonale.**

Atto Camera 361. Presentato il

29 aprile 2008 – abbinato A.C. 548, 961, 1214, 2040, 2859, 3691.

L'iniziativa è di Luca Volontè (Udc), relatore Francesco Stagnò D'Alcontres (Pdl).

Iter: esame in corso e rinvio.

La proposta di legge nei suoi 14 articoli intende regolamentare la donazione e l'utilizzo per fini terapeutici di cellule staminali fetali, da cordone ombelicale e di cellule staminali adulte.

### Ricerca scientifica

**Disposizioni in materia di donazione del corpo post mortem a fini di studio e di ricerca scientifica.**

Atto Camera: 746. Presentato il 6 maggio 2008.

L'iniziativa è di Gero Grassi (Pd), il relatore in Commissione è da assegnare.

Iter: inizierà a febbraio 2011 esame in commissione.

La proposta di legge si propone di estendere il diritto a fare "dono di sé" già sancito dalla legge n. 91 del 1999 sulla donazione degli organi e dei tessuti a fini di trapianto

### Anestesia e rianimazione

**Modifica all'articolo 18 del decreto del PdR 27 marzo 1969, n. 128, in materia di competenze professionali nei servizi ospedalieri di anestesia e rianimazione.**

Atto Camera 797. Presentato il 7 maggio 2008.

L'iniziativa è di Angela Napoli (Pdl), relatore Carla Castellani (Pdl).

Iter: esame in corso e rinvio.

La proposta precisa che in tutte le strutture sanitarie ospeda-

liere pubbliche e private accreditate, ai servizi di anestesia e rianimazione, e comunque ai medici specialisti in tale disciplina, deve essere riconosciuta la competenza professionale in terapia intensiva, in terapia antalgica e in terapia iperbarica. Questo per rendere i servizi ospedalieri di anestesia e rianimazione conforme ai nuovi ordinamenti di medicina e delle scuole di specializzazione in anestesia e rianimazione.

### Governo clinico

**Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e altre disposizioni in materia di organizzazione del Ssn.**

Atto Camera 799. Presentato il 7 maggio 2008 in T.U. con A.C. 278, 977-ter, 1552, 1942, 2146, 2355, 2529, 2693, 2909.

L'iniziativa è di Angela Napoli (Pdl), relatore sia in Commissione che in Aula Domenico Di Virgilio (Pdl).

Il testo unificato, composto di 14 articoli, interviene in vari ambiti dell'organizzazione del Ssn, introducendo alcuni principi volti a migliorare la funzionalità delle aziende sanitarie attraverso un potenziamento del ruolo del medico nelle scelte strategiche e gestionali e attraverso la previsione di una maggiore trasparenza ed equità nel sistema di valutazione e selezione delle risorse umane.

### Assistenza psichiatrica

**Disposizioni in materia di tutela della salute mentale e per la difesa dei diritti dei cittadini con disturbi mentali.**

Atto Camera 919. Presentato l'8 maggio 2008 è stato abbinato ad A. C. 1423, 1984, 2065, 2831, 2927, 3038, 3421.

Iniziativa di Giuseppe Marinello (Pdl), relatore in commissione Carlo Ciccio (Pdl) Iter: esame in corso e rinvio.

La proposta di legge nei suoi 17 articoli, mira a riorganizzare il sistema nazionale per la salute mentale e a garantire il rispetto dei diritti umani degli utenti dei servizi psichiatrici e

dei loro familiari.

### Qualità e sicurezza Ssn

**Interventi per la qualità e la sicurezza del Ssn. Deleghe al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, di riorganizzazione degli enti vigilati, di farmacie e per il coordinamento della disciplina legislativa in materia sanitaria.**

Atto Camera 977 in T.U. con A. C. 278, 799, 1552, 1942, 2146, 2355, 2529, 2693, 2909. L'iniziativa è di Livia Turco (Pd), relatore Domenico Di Virgilio (Pdl).

Iter: esame in corso e rinvio

La proposta di legge, adegua gli strumenti di governo del sistema disegnato dalla riforma del Titolo V. I tasselli di questo modello sono: programmazione nazionale, Lea, confronto permanente Stato-Regioni e Sistema nazionale di valutazione. Stabilisce che il governo clinico è la forma di partecipazione dei professionisti alla direzione delle aziende che mantengono come obiettivo l'impiego efficiente delle risorse oltre alla qualità e sicurezza delle prestazioni.

### Pma

**Disposizioni per consentire l'impianto degli embrioni abbandonati giacenti presso i centri italiani di procreazione medicalmente assistita.**

Atto Camera 2058. Presentato il 12 gennaio 2009.

L'iniziativa è di Antonio Palagiano (Idv), il relatore in Commissione è da assegnare.

Iter: inizierà a marzo 2011 esame in commissione.

La proposta in 4 articoli intende rendere operativa la bio-banca nazionale e dar vita ad una parte di questi embrioni, impedendo la loro involuzione fisiologica individuando quelli che sono gli embrioni in stato di abbandono, prevedendone il trasferimento nella bio-banca nazionale dell'Ospedale Maggiore di Milano e prevedendone la possibilità, per le coppie che



ne facciano richiesta presso il tribunale per i minorenni, di poter "adottare" l'embrione crioconservato.

#### Testamento biologico

**Disposizioni in materia di assistenza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento** (approvata, in un Tu., dal Senato - AS 10).

Atto Camera 2350. Il testo è stato trasmesso dal Senato il 31 marzo 2009 abbinato con A.C. 625, 784, 1280, 1597, 1606, 1764-bis, 1840, 1876, 1968-bis, 2038, 2124, 2595.

Il provvedimento è di iniziativa del Governo, relatore Domenico Di Virgilio (Pdl).

Iter: esame in corso e rinvio. Approvato dal Senato il provvedimento è composto da 9 articoli. Dopo aver sancito i principi della tutela della vita, della salute e del divieto dell'eutanasia e dell'accanimento terapeutico, disciplina il consenso informato, revocabile e preceduto da informazione medica. Delinea le caratteristiche e i principi essenziali della Dat. Sono escluse alimentazione e idratazione, considerate forme di sostegno finalizzate ad alleviare la sofferenza fino alla fine della vita. È stabilita la non obbligatorietà per il medico e la piena revocabilità, rinnovabilità e modificabilità. È affidata alle Regioni (linee guida), l'assistenza domiciliare ai soggetti in stato vegetativo permanente e sono disciplinati il ruolo del fiduciario e del medico. È stabilita l'istituzione di un Registro delle Dat nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico.

#### Protesi mammarie

**Istituzione del registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari, obblighi informativi alle pazienti, nonché divieto di intervento di plastica mammaria alle persone minori.**

Atto Camera 3703. Presentato il 9 settembre 2010 è abbinato ad A.C. 1179 e 670.

Iniziativa del Governo, relato-

re Marinella Boccardo (Pdl) Iter: approvato in sede legislativa, passerà al Senato.

Il testo si compone di 4 articoli ed è diretto ad introdurre disposizioni più severe a garanzia dei requisiti di sicurezza delle protesi mammarie e a tutela del diritto all'informazione delle pazienti.

Sul testo la Conferenza Stato-Regioni ha espresso il proprio parere, dei rilievi espressi in quella sede sono stati riformulati gli articoli 1 e 3.

### IDDL ALL'ESAME DEL SENATO

#### Danni derivanti dal tabacco

**Disposizioni per la tutela della salute e per la prevenzione dei danni derivanti dal consumo dei prodotti del tabacco.**

Atto Senato 8. Presentato il 29 aprile 2008.

L'iniziativa è di Ignazio Marino (Pd), relatore Luigi D'Ambrosio Lettieri (Pdl).

Iter: esame in corso in commissione e rinvio.

Il perseguimento della tutela della salute è al centro del ddl. Introduce una normativa nella disciplina dei prodotti del tabacco, con particolare attenzione alla prevenzione dei danni provocati dal tabagismo. Il provvedimento tiene conto dei recenti risultati conseguiti in materia di studio delle caratteristiche e della dannosità del consumo dei prodotti del tabacco.

#### Endometriosi

**Istituzione del Registro Nazionale dell'endometriosi.**

Atto Senato 15. Presentato il 29 aprile 2008.

Iniziativa di Laura Bianconi (Pdl), relatore la stessa Bianconi insieme a Fiorenza Bassoli (Pd).

Iter: esame in corso in commissione e rinvio.

Prevede l'istituzione del Registro per conoscere la popolazione di donne sottoposte a management per endometrio-

si in un dato tempo e l'incidenza. La conoscenza di questi dati permetterà di svolgere analisi epidemiologiche, cliniche e sociali per migliorare la conoscenza della malattia e la qualità assistenziale.

#### Responsabilità professionale e rischio clinico

**Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.**

Atto Senato 50. Presentato il 27 maggio 2008.

L'iniziativa è di Antonio Tomasini (Pdl), relatore Michele Saccomanno (Pdl).

Iter: esame in corso in commissione e rinvio.

Il contenzioso per lesioni personali od omicidi colposi ascritti al personale sanitario ha subito un notevole incremento negli ultimi anni. Il ddl con i suoi 9 articoli si pone come obiettivi di attenuare la pressione psicologica e l'animo talvolta vendicativo del paziente nei confronti dei sanitari; accelerare la soluzione delle vertenze giudiziarie; garantire, nelle vicende giudiziarie, che gli esperti chiamati ad esprimere un parere in tema di responsabilità medica siano all'altezza.

#### Incentivi alla ricerca e accesso alle terapie nel settore delle malattie rare

**Applicazione dell'articolo 9 del regolamento (Ce) n. 141/2000, del Parlamento europeo e del Consiglio, 16 dicembre 1999.**

Atto Senato 52. Presentato il 29 aprile 2008 abbinato ad AS 7. L'iniziativa è di Antonio Tomasini (Pdl), relatore Laura Bianconi (Pdl).

Iter: esame in corso in commissione e rinvio.

Il Ddl si propone di favorire la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci e terapie da parte delle aziende e centri di ricerca; garantire la disponibilità delle cure e l'immediato accesso ai nuovi farmaci da parte dei cittadini italiani portatori di malattie rare.

#### Medicine non convenzionali Disciplina delle terapie non con-

venzionali e istituzione dei registri degli operatori delle medicine non convenzionali.

Atto Senato 145. Presentato il 29 aprile 2008.

L'iniziativa è di Cesare Corsi (Pdl), relatore Daniele Bosone (Pd).

Iter: esame in corso in commissione e rinvio.

Il Ddl mira a individuare un nucleo organico di norme che assicurino il riconoscimento giuridico delle principali terapie e medicine non convenzionali esercitate da medici e odontoiatri (per la sola parte di specifica competenza): l'agopuntura, la fitoterapia, l'omeopatia, l'omotossicologia.

#### Farmaci biosimilari

**Modifiche al decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, in materia di farmaci biogenerici o biosimilari.**

Atto Senato 1071. Presentato il 2 ottobre 2008 abbinato all'A. S. 1875.

Iter: esame in corso in commissione e rinvio.

Il provvedimento, composto di un solo articolo, intende modificare leggi precedenti (n.347/01 e n. 405/201), prevedendo che le disposizioni in materia di rimborsabilità e di sostituibilità dei farmaci "generici" ed "equivalenti", non si applicano ai farmaci biogenerici o biosimilari.

#### Defibrillatori

**Nuove norme in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici.**

Atto Senato 718. Presentato il 30 maggio 2008.

L'iniziativa è di Antonio Tomasini (Pdl), relatore è Stefano De Lillo (Pdl).

Iter: il provvedimento è confluito nel Ddl "Finanziaria 2010".

Il Ddl si inserisce nel quadro di altri interventi legislativi in materia di utilizzo di defibrillatori in ambiente extraospedaliero, obiettivo è l'introduzione di una disciplina riguardante la formazione del persona-

le addetto all'utilizzo di tali strumenti.

### STATO-REGIONI

#### Provvedimenti approvati

- Ddl Fazio. Riunisce diverse materie dalla ricerca alla riforma degli Ordini.
- il Piano Sanitario nazionale 2011-2013.
- Provvedimento sulla libera professione.
- Piano di governo delle liste d'attesa 2010-2012.
- Tre decreti attuativi sui servizi in farmacia.
- Decreto in materia di fiscalità regionale e costi standard in sanità.
- Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.

#### Provvedimenti ancora all'esame delle Regioni

- Documento sul monitoraggio dell'attuazione del Dpcm aprile 2008 riguardante il trasferimento al Ssn della sanità penitenziaria.
- Interventi in materia di analisi sulle merci di importazione per ragioni di vigilanza sanitaria.
- Contenuti e modalità della formazione dei lavoratori in materia di sicurezza.
- Intesa sulla certificazione dei bilanci di Asl, Ao, Irccs, Aziende ospedaliero-universitarie.
- Accordo su presa in carico di persone affette da malattie neuromuscolari e analoghe (Sla).
- Accordo per la farmacovigilanza, con convenzioni tra Aifa e Regioni.
- Accordo su criteri per l'equivalenza dei titoli pregressi ai diplomi universitari di area sanitaria.
- Accordo sui criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio.

UN anno difficile MA NON PIU' DEGLI ALTRI

# GOVERNO, REGIONI E MEDICI: protagonisti e "vittime" nella sanità

↳ a cura di Eva Antoniotti, Cesare Fassari ed Ester Maragò

## FAZIO, IL "MANUTENTORE" DEL SSN

Esattamente un anno fa, era il 15 dicembre 2009, il presidente della Repubblica testimoniava il giuramento di **Ferruccio Fazio** a Ministro della Salute. Per il già sottosegretario del mega ministero del Welfare, iniziava così una nuova avventura politica in coincidenza con il ripristino dell'autonomia del dicastero di Lungotevere a Ripa. Un'autonomia voluta da tutti e che, anche se non è mai stato detto ufficialmente, interrompeva di fatto, almeno per la sanità, il cammino verso quel Welfare delle opportunità e dell'universalismo selettivo ipotizzato nel Libro Bianco del ministro Sacconi, presentato alla stampa solo pochi mesi prima della ripristinata autosufficienza del ministero della Salute. Infatti, anche se è impossibile trovare dichiarazioni di Fazio contrarie a quell'impostazione, l'approccio che il neo ministro manifesta verso il Ssn appare subito fuori linea rispetto alle visioni social-liberiste di Sacco-



ni permeate di pessimismo profondo verso la possibilità di tenuta degli asset pubblici. Al contrario, per il neo ministro della Salute il Ssn è una certezza e un valore da non mettere in discussione. Intendiamoci, non siamo di fronte a un paladino ideologico della sanità pubblica. Piuttosto la sua visione è quella che accomuna i grandi medici che lavorano in quelle splendide strutture private accreditate lombarde di qualità superiore come il San Raffaele di Don Verzé (dove è di casa il ministro) ma anche l'Istituto europeo di oncologia di Veronesi.

Un privato serio, autorevole che opera con il servizio sanitario pubblico indipendentemente da chi governa in quel momento. Da Milano a Bari. Da Formigoni a Vendola. Nel nome dell'efficienza e del giusto profitto da reinvestire in ricerca e qualità.

In questo contesto Fazio non ha difficoltà ad affermare che la sanità italiana funziona. O a lanciare sul piatto frasi secche di estrema concretezza e spirito pratico, tipo: "Se la sanità è buona non bado alle formule, mi interessano i risultati. Sono l'unica cosa importante". La stessa cultura ed esperienza che gli fa dire che la nostra sanità ha ottimi indici di performance e che è la soluzione migliore per rispondere al dettato costituzionale sul diritto alla salute.

Certo, le cose che non vanno sono molte, ma si tratta di quelle criticità note, già messe in evidenza da tempo e sulle quali possiamo trovare una

sostanziale e maggioritaria condivisione tra gli addetti ai lavori.

In particolare due le storture che Fazio denuncia con più insistenza: le differenze inaccettabili tra Nord e Sud e l'ancora troppo lenta trasformazione dell'impianto ospedalocentrico del sistema, in favore di una affermazione definitiva della medicina territoriale.

Su queste basi l'opera di Fazio ha via via assunto una precisa fisionomia che lui stesso ci aiuta a caratterizzare quando, più volte e in più occasioni, ha dichiarato la necessità di un'opera costante di "manutenzione" per la sanità italiana.

E va dato atto al ministro che nei suoi primi dodici mesi di attività l'opera l'ha senz'altro avviata con molti e specifici provvedimenti, divenuti poi intese Stato Regioni o disegni di legge del Governo, che, pezzo per pezzo, individuano le aree più sensibili al bisogno di ammodernamento del sistema.

Psn, punti nascita, liste d'attesa, libera professione, sperimentazioni cliniche, riordino degli Ordini professionali, farmacie dei servizi, cure palliative, sicurezza delle cure, per citare solo alcuni dei progetti, di cui molti già operativi, messi in campo in questo, tutto sommato, breve arco di tempo. Con un unico neo, individuabile nella scarsa capacità di incidere sulla grande questione della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, soprattutto in questa fase di vigilia del federalismo fiscale. D'altra parte, for-

se anche per il fatto di restare comunque un medico prestato alla politica, Fazio non sembra così addolorato dello "scippo" delle competenze sull'economia sanitaria in favore di Tremonti e, conseguentemente, così interessato al ruolo di negoziatore della partita economica con le rissose regioni italiane. Un ruolo che, ci permettiamo di osservare, il nostro appare quasi sollevato di aver dovuto lasciare nelle mani dell'Economia.

## LA FATICA DI ERRANI

Un anno duro questo 2010 per **Vasco Errani**. E gli si leg-

ge sulla faccia, sempre più scavata, mese dopo mese. Un anno speso quasi interamente in una trattativa estenuante su due temi, risorse economiche e federalismo fiscale. Che detto in altri termini significa: su quali soldi possono contare le Regioni oggi e su quali potranno far conto domani, a federalismo avviato?

E la trattativa, in tutti questi mesi, è stata doppia, prima tra le Regioni, per mantenere una linea comune, e poi tra le Regioni e il Governo, che in questo caso ha voluto dire soprattutto Tremonti.

Riassumendo brevemente. Le Regioni, che lamentavano già





i tagli subiti con la manovra economica dello scorso anno, ricevono con la "finanziaria estiva" una mazzata da circa 4 miliardi, che rischia di vuotare del tutto le loro casse, se si esclude la sanità. Intanto il Governo comincia a lavorare sul primo decreto attuativo "sostanzioso" della legge 42, che mette insieme fiscalità regionale e costi standard in sanità. La linea tenuta da Errani, su entrambi i tavoli della trattativa, è nettissima: manovra e federalismo sono "oggettivamente" intrecciati. Un avverbio ripetuto mille volte, che ha il pregio di presentarsi come una lettura non ideologica, non di parte, non pregiudiziale. Oggettiva. Perché questa è la parte in commedia che il presidente dell'Emilia Romagna ha scelto di

svolgere in questo suo secondo mandato da presidente dei presidenti.

Ben diverso dal primo, quando guidava una Conferenza a netta prevalenza di centro sinistra che, forte anche di questa compattezza, si andava configurando davvero come una terza Camera della Repubblica, "tosta" sia per il governo Berlusconi che per l'"amico" Prodi.

Dopo le regionali del 2009 cambia tutto: la Conferenza è segnata dalla prevalenza del centro destra, con due Regioni "leghiste" particolarmente baldanzose e il governo nazionale saldamente (comunque) in mano a Berlusconi.

Ma Errani accetta di rimanere a guidare il "parlamentino" di via Parigi. Convinto di poter mettere un freno alle derive più ideologiche, difendendo "oggettivamente" gli interessi regionali. Dunque, federalismo sì, ma non a qualsiasi prezzo. E su questa posizione si allineano Formigoni, le Regioni del Sud appena conquistate dal centro destra, le Regioni del Sud di centro sinistra più recalcitranti al federalismo. Cota e Zaia mostrano nervosismo, dichiarano spesso un po' fuori dal coro, ma non rompono, non si sfilano.

E l'anno si chiude con un'intesa, tanto sulle risorse che su fe-

deralismo e costi standard. Risorse poche, pochissime: solo per il trasporto pubblico locale e solo per un anno. Federalismo tracciato a matita, ma tutto da riempire di fatti e cifre, rinviati a successivi decreti. Costi standard che, come hanno ripetuto tanti esperti, somigliano un po' troppo alla spesa storica. Insomma, sembra un'intesa poco "oggettiva" e molto di bandiera. Forse anche per questo Errani sembra così stanco.

### MEDICI CONTRO TUTTI

Vittime di un fuoco incrociato. Volendo tirare le somme di un anno di battaglie, anzi di malumori, sindacali della categoria dei camici bianchi ospedalieri e non, è questo il giudizio che si cattura.

Le pallottole, secondo i medici, arrivano dal Governo attraverso la manovra finanziaria, ratificata poco prima dell'estate, che blocca le retribuzioni, sopprime i contratti di lavoro per tre anni e rafforza, anziché affievolirlo, il potere dei manager di azienda, dalle Regioni che, con l'intesa sul federalismo fiscale fresca di approvazione in sede di Conferenza Stato Regioni, escludono dal blocco del turn over solo quelle non sottoposte a Piani di rientro. Peccato, tuonano i medici, che siano meno della

metà di tutte le realtà locali. Soprattutto, le pallottole arrivano dal loro nemico numero uno Renato Brunetta che con la sua Riforma, sparando nel mucchio del Pubblico impiego, li ha colpiti e centrati in pieno. In particolare, "mette le ganasce" all'attività sindacale relegando la contrattazione collettiva in rigidi paletti previsti dalla legge.

Un pacchetto di più di 270 norme che rimarranno scolpite in maniera indelebile nella storia professionale dei camici bianchi, non solo per gli effetti pratici che queste provocheranno sulla loro vita lavorativa e nella busta paga, ma anche per le dichiarazioni mediche che le hanno precedute. Dichiarazioni, o meglio veri e propri attacchi al vetriolo, che i medici non hanno proprio gradito.

Non si era, infatti, ancora affievolita l'eco di quei "fannulloni" e "macellai" - indirizzati due anni fa dal Ministro ai dipendenti statali in generale e ai medici in particolare con quel terribile "macellai" - che arriva su youtube un video confezionato dalla Cgil Medici. Il protagonista? Brunetta, che in piena campagna pro certificati on line (provvedimento da lui fortemente voluto che obbliga medici di famiglia e ospedalieri ad abbandonare le certificazioni mediche su carta e a utilizzare solo il computer) accusa i camici bianchi di essere afflitti da "digital divide", di essere una "categoria assatanata di denaro" e di "non avere a cuore il bene del Paese e dei pazienti". Parole inequivocabili che hanno gettato benzina sul fuoco, al punto che ad alzare gli scudi contro il Ministro è la Federazione nazionale dei medici. "Queste parole hanno spezzato un rapporto di fiducia e di reciproca affidabilità - ha affermato Amedeo Bianco presidente della Fnomceo - che ci impediscono di proseguire una costruttiva collaborazione con il ministero per la Pubblica amministrazione e l'innovazione".

Insomma, tira una brutta aria. Anche perché tra i medici serpeggia l'idea che l'obiettivo finale, anche se non dichiarato, di tutti i provvedimenti messi in atto dall'Ese-

cutivo sia quello di dare spazio al privato. Tant'è che Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, ha più volte lanciato l'allarme sul rischio di tenuta del servizio sanitario pubblico. "Legare il sistema pubblico attraverso una serie di vincoli e lasciare invece al privato la possibilità di gestire i fattori produttivi come meglio crede - ha sottolineato - significa creare un'asimmetria. Una disparità che prima o poi renderà superfluo e marginale il ruolo del servizio pubblico, il quale diventerà un servizio povero per i poveri. Il resto sarà a pagamento per chi può permetterselo. Già il blocco del turn over - ha aggiunto - sta determinando un peggioramento delle condizioni di lavoro che sta portando le nostre migliori professionalità a una fuga verso il privato. Per cui, i più capaci stanno iniziando a fare concorrenza al servizio pubblico sul piano della qualità e della competenza". Intanto il ministero della Salute, nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 traccia prospettive fosche per il futuro: entro il 2018 si prevede una riduzione complessiva di circa 22mila medici impiegati nei servizi pubblici e privati. Un dimagrimento determinato anche dall'elevato numero di professionisti pronti a fuggire dal Ssn e ad andare in pensione a causa delle avverse condizioni, non compensato dall'entrata nel mondo del lavoro di nuove leve per il blocco del turn over. Per cui, secondo le stime dei sindacati, entro il 2020 potrebbe essere necessario sostituire circa 77mila specialisti. Insomma, più del 60% dell'attuale forza lavoro medica del Ssn lascerà il posto di lavoro entro il prossimo decennio.

A compimento di questo quadro desolante giungono comunque le parole del ministro Ferruccio Fazio che, in un'intervista rilasciata al Sole 24 Ore Sanità in occasione del suo primo anno alla guida del Dicastero, parlando dei medici dice: "Stanno facendo un grande lavoro e gli italiani, parola del Censis, si fidano di loro".



# UN ANNO VISTO DA DIRIGENZA MEDICA

Avenimenti, iniziative e proposte. E ancora, commenti e interviste, studi e indagini. Ecco come Dirigenza Medica ha fotografato i momenti più significativi per la categoria che hanno caratterizzato il 2010

## NUMERO 01 Gennaio

**Vertenza salute.** I medici dicono No alla cattiva politica e agli amministratori incapaci e affaristi che stanno distruggendo la sanità pubblica. E chiedono rispetto per la professione. È partita la Vertenza salute per richiamare l'attenzione delle istituzioni sul sottofinanziamento del Ssn, sugli organici insufficienti, i turni di lavoro fuori da qualsiasi norma di sicurezza europea, le tecnologie obsolete e strutture fatiscenti. Le proteste dei camici bianchi sono iniziate 19 gennaio con assemblee in ogni ospedale – da Nord al Sud Italia – dove i medici si sono confrontati in difesa della sanità pubblica denunciando il profondo stato di malessere della categoria. Solo la prima tappa di un lungo cammino. Sono già state calendarizzate manifestazioni interregionali a Napoli e Milano. L'obiettivo finale è una grande mobilitazione na-

zionale a Roma a marzo, alla soglia delle prossime elezioni regionali.

**Rinnovo contrattuale.** Proseguono le trattative per accelerare la conclusione del rinnovo del II biennio economico 2008-2009. Preso atto della posizione dell'Agenzia negoziale, l'Anaa Assomed ha giudicato del tutto inaccettabili le proposte dell'Aran sulla ripartizione degli incrementi contrattuali e ha rilanciato, anche a nome delle altre organizzazioni sindacali, la proposta di destinare l'intero ammontare dell'incremento retributivo del 3,2% sulle parti stipendiali fisse.

**Indagine specializzandi.** Carichi di lavoro e di responsabilità enormi. È durissima la vita dei giovani camici bianchi. La Federazione dei medici in formazione specialistica presenta un'indagine sondando il parere di 600 "giovani" camici bianchi sull'offerta formativa delle Scuole di specializzazione negli Atenei italiani ritenute dalla maggior parte dei giovani medici insoddisfacenti, tant'è che incassano un voto medio 4,37 in una scala 1-10.

Il 46% passa in corsia tra le 50 e le 70 ore alla settimana, (dovrebbero lavorare in tutto 38 ore tra teoria e pratica). Il 64% svolge servizio di guardia in autonomia, il 65% fornisce prestazioni specialistiche in ambulatorio (dove i pazienti credono di avere di fronte uno strutturato) e quasi uno su due a scegliere se ricoverare o no un utente del pronto soccorso.

## NUMERO 02 Febbraio

**Ccnl dirigenza medica.** Il 10 febbraio dopo quasi tre mesi di confronto, è stata siglata all'Aran la pre-intesa del Ccnl



Il biennio economico 2008/2009 e la sequela contrattuale del quadriennio normativo 2006/2009. Il negoziato è stato condizionato dal decreto Brunetta sul pubblico impiego. Malgrado ciò, i contenuti della pre-intesa siglata sono riusciti a tutelare le esigenze più importanti della categoria.

**Vertenza salute.** Neppure la firma dell'accordo per il biennio 2008-2009 ferma le proteste dei medici. Le manifestazioni pubbliche a Napoli e Milano confermano che i problemi del Ssn devono essere affrontati e risolti in una dimensione nazionale. "La Vertenza Salute va avanti – dice il segretario nazionale Anaa Carlo Lusenti – vogliamo più attenzione ai problemi del si-

stema sanitario pubblico, più rispetto per i professionisti che ci lavorano e meno ingerenze della cattiva politica".

**Le criticità al Nord e al Sud.** I principali sindacati della dirigenza medica e sanitaria stilano due documenti in cui fotografano le criticità della sanità nel Nord e nel Sud del Paese. Alcune, come il problema della rottamazione dei medici e le conseguenze della riforma Brunetta sono comuni su tutto il territorio nazionale altre specifiche delle differenti realtà locali.

## NUMERO 03/4 Marzo/Aprile

**Vertenza salute.** Stabilizzare il precariato, coinvolgere i professionisti nelle scelte, respingere la "rottamazione" e



le "pagelle" volute da Brunetta, scacciare la cattiva politica dalla gestione della sanità. L'Anaa Assomed e gli altri sindacati impegnati nella Vertenza Salute chiedono ai can-

didati governatori alle elezioni regionali un impegno per la sanità pubblica.

**Ccnl dirigenza medica.** Approvato dal Consiglio dei ministri il Ccnl dei medici.

Un via libera accolto con particolare soddisfazione dall'Anaa Assomed anche perché arrivato dopo alcune osservazioni non favorevoli del ministero dell'Economia che avevano suscitato reazioni da parte del sindacato.

**Indagine Agenas intramoenia.** Quasi l'80% dei ricavi di una struttura sanitaria per le prestazioni erogate deriva dall'intramoenia. In cifre 1.258.163.000 euro nell'anno 2008, con una crescita del 79,6% rispetto al 2001. Ma nelle casse delle Aziende sono entrati 148.991.000 di euro di intramoenia. È questo il quadro tracciato dall'Agenas ed emerso dall'analisi degli ultimi dati sull'intramoenia ricavati dal conto economico di Asl e Ao 2001/2009.

**Osservasalute.** La Lombardia emerge per gli screening oncologici, ma ha il tasso più alto di Aids, insieme alla Liguria, dove è elevato anche il ricorso all'aborto. Gli uomini pugliesi sono quelli che muoiono meno di infarto, ma le donne pugliesi sono quelle che meno effettuato la mammografia. La Calabria è la Regione dove si muore meno di tumore, ma quella in cui si consumano più farmaci e si registra la più alta mortalità infantile. Sono alcune delle punte di eccellenza e delle punte di criticità raccontate nell'Atlante regionale del rappor-



to Osservasalute 2009

## NUMERO5

### Maggio

**Da Genova a Silvi Marina.** Quattro anni di vita della sanità italiana. Una sintesi degli eventi più significativi dell'attività del sindacato e ricordare le molte iniziative intraprese dal 20° Congresso nazionale Anao Assomed di Genova a quello di Silvi Marina.

**Ricoveri.** Otto ricoveri su dieci sono nelle strutture pubbliche. Quelli nel privato non sono distribuiti uniformemente né per tipologia e intensità, né per aree geografiche, con Lombardia e Lazio ai primi posti. Un'analisi dell'Agens illustra in maniera dettagliata l'attività ospedaliera e propone un parametro di misurazione che tiene conto di costi e performance: Uao,



segretario dell'Anao Assomed, Costantino Troise. In una lunga intervista indica le strategie future del sindacato. **Nasce Anao Giovani.** Dare voce alle nuove generazioni di medici per favorire il ruolo, la presenza e l'attività degli iscritti più giovani all'interno dell'Anao. Con questo obiettivo il sindacato affida ai camici bianchi under 40 un settore dell'Associazione.

**Le realtà regionali Anao Assomed.** I segretari regionali del sindacato neo eletti e riconfermati scattano una fotografia della sanità in ogni singola realtà locale scattata presentando anche le proposte per migliorare le politiche locali e le urgenze da affrontare.

## NUMERO7

### Luglio

**L'Anao che vogliamo.** Il futuro del sindacato in una riflessione a tutto tondo per riallineare l'organizzazione alle nuove forme di aggregazione professionale e sociale, ritrovando la capacità di farsi carico delle idee che animano la categoria. A partire dai giovani e dalle donne.

**Manovra economica.** Il de-

creto Tremonti è stato approvato in via definitiva. L'Anao Assomed commenta tutte le misure introdotte che si riverberano direttamente o indirettamente sulla sanità e sul pubblico impiego.

**L'Aquila.** A 15 mesi dal sisma un'inchiesta fotografa lo stato della sanità nel capoluogo abruzzese. Molti problemi ancora aperti. Infatti, nonostante si sia fatto tanto, all'ospedale San Salvatore la normalità è ancora lontana.

## NUMERO8/9

### Settembre Ottobre

**Federalismo.** Il Governo vara il decreto sul federalismo voluto dalla Lega, che prevede solo tre regioni a fare da modello per il finanziamento della sanità. Ma il Sud, e non solo, si ribella.

**Intramoenia.** Fazio presenta



al Parlamento la relazione sull'attività libero professionale intramuraria che fotografa, Regione per Regione, lo stato di applicazione delle nuove norme stabilite dalla legge 2007. Solo nove realtà locali hanno raggiunto gli obiettivi richiesti.

## NUMERO10

### Novembre

**Anao giovani.** Formazione inadeguata, eterno precariato, carriera come percorso a ostacoli e a comandare sono sempre i soliti. In un editoriale dal titolo "Non è un paese per giovani" Costantino Troise mette in luce le difficoltà dei neo medici e spiega ecco



perché è nata Anao giovani **Liste d'attesa.** Parte il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2010-2012. Prevede regole stringenti per abbattere 58 prestazioni "critiche" e non solo. Intramoenia aziendale per abbreviare i tempi. Ma per Costantino Troise il nuovo provvedimento non risolve in pieno le criticità. Meglio sarebbe stato "avviare un'analisi, delle reali determinanti che influiscono sulla domanda e delle ragioni strutturali che non mettono gli ospedali pubblici nelle condizioni di soddisfarla".

## NUMERO11

### Dicembre

**Speciale Cosmed.** I sindacati della dirigenza del Pubblico impiego denunciano la controriforma voluta dal ministro Brunetta. Raccolti tutti gli atti del seminario Cosmed "Il pubblico impiego sotto scacco: pregiudizi, controriforme, tagli veri", che con i circa 30mila iscritti rappresenta la principale Confederazione della dirigenza del pubblico impiego.



unità di attività ospedaliera. **Intervista a Fazio.** In una lunga intervista il ministro della Salute afferma che dovendo scegliere tra pubblico e privato "se la sanità è buona non bado alle formule. Ma nessuno mette in discussione la governance pubblica del Ssn". Mentre sul federalismo fiscale, sottolinea che il Sud non sarà penalizzato perché "l'ammontare delle risorse non sarà toccato".

## NUMERO6

### Giugno

**Troise è il nuovo segretario.** È stato eletto all'unanimità dal 21° Congresso nazionale dell'Associazione il neo



## CAMPANIA

# PROROGATI I contratti dei precari

**U**na buona notizia per oltre mille professionisti precari, tra medici e personale sanitario della Campania. Grazie ad un accordo siglato con il Governatore Stefano Caldoro e le parti sociali, i contratti a tempo determinato della dirigenza medica e del comparto sanità saranno prorogati di 6 mesi, ma potranno diventare anche 24 con ulteriore proroghe che saranno decise di sei mesi in sei mesi e autorizzate dal commissario ad acta, cioè dallo stesso presidente della Regione, Stefano Caldoro.

Una grande vittoria per l'Anaao Assomed. "I precari – ha commentato il segretario regionale Anaao Assomed, Bruno Zuccarelli – sono la risorsa del servizio sanitario regionale campano e vanno salvaguardati nella loro professionalità. L'Accordo sottoscritto è quindi un atto di grande attenzione della parte pubblica e delle forze sociali in quanto si muove in un'ottica di mantenimento dei livelli essenziali di assistenza e si ferma l'emorragia dei colleghi giovani che altrimenti sarebbero dovessero emigrare verso altre Regione. Da qui deve partire il processo di stabilità che deve vedere la volontà del Governo centrale e di quello regionale. Non si può essere precari a vita come ha dichiarato il Governatore della Banca d'Italia Draghi, ma le risorse umane migliori vanno tesoroizzate".

Non solo, per Zuccarelli la sottoscrizione dell'Intesa assume una valenza maggiore in quanto

è stata siglata in una Regione che ogni giorno si deve confrontare con una quadro difficile sia dal punto di vista politico sia sociale. "La nostra è una Regione commissariata

Arriva una boccata d'ossigeno per i precari della Campania. I loro contratti saranno prolungati fino al 30 giugno 2011, ma potranno essere decise ulteriore proroghe, di sei mesi in sei mesi. È quanto previsto dall'accordo siglato dai sindacati con il presidente della Regione, Stefano Caldoro. Una grande vittoria per l'Anaao Assomed, ha spiegato Bruno Zuccarelli, segretario regionale Anaao Assomed

quindi sottoposta a blocco delle assunzioni – ha spiegato Zuccarelli – soprattutto è una realtà che, da diversi anni, non ha più un futuro in quanto sta perdendo tutti giovani professionisti. Nuove forze costretti a migrare fuori regione in quanto l'offerta di lavoro è in continuo e inesorabile decremento".

Un trend negativo che riguarda non solo medici, ma tutti i colletti bianchi campani. "Un dato significativo per quanto riguarda la nostra categoria – ha ricordato il segretario regionale Anaao Assomed – è quello che arriva da una verifica random effettuata dall'Or-

dine dei medici di Napoli sulle richieste di trasferimento: ha chiesto il nulla osta a trasferirsi in altre Regioni ben l'80% dei camici bianchi, quindi solo uno sparuto 20% ha optato per la Campania". E la Campania sta anticipando un evento sociale: da qui a breve si assisterà ad un esodo verso i Paesi extra-confine. "Questo avverrà – ha aggiunto Zuccarelli – perché in Italia non si sta facendo un'adeguata programmazione per sostituire i circa 40 mila medici che nei prossimi cinque anni andranno in pensione. Siamo ancora ancorati al numero programmato su vecchi

dati, ad una programmazione per specialità che si basa su vecchie logiche. Non solo, nelle corsie ospedaliere l'età media dei professionisti si aggira intorno ai 57-58 anni. Tradotto, nei prossimi anni assisteremo ad uno svuotamento degli ospedali".

Ecco perché alla luce di queste riflessioni l'accordo assume un grande peso. "Il collega precario dopo aver investito per anni nel proprio lavoro se non avesse ricevuto la proroga, sarebbe stato costretto a migrare fuori regione. Quindi a esportare la propria professionalità e il suo background fuori

Regione".

Ma un motivo di grande soddisfazione, per l'Anaao è dovuto anche dal fatto che l'accordo è arrivato sul filo di lana. "Al 29 dicembre avevamo ricevuto da parte della Regione segnali negativi, in quanto chiedevano una copertura del Governo centrale. Dalla sinergia tra Regione, ministero della Salute e dell'Economia è scaturita poi questa intesa forte tra regione parti sociali direttori generali e commissari straordinari. ora abbiamo sollecitato l'apertura di un tavolo, anche se le nuove dimissioni del sub commissario alla sanità, Giuseppe Zuccatelli, con qual avevamo condotto un lavoro estremamente proficuo, creeranno dei rallentamenti".

Con questo accordo non solo si offre una nuova chance ai colleghi, ma si offre soprattutto alla popolazione la garanzia mantenere un minimo di standard di sicurezza ai pazienti. "A conferma di ciò - ha concluso - basta considerare che proprio in queste settimane nei nosocomi campani è aumentato in maniera vertiginosa il numero di barrelle, soprattutto al Cardarelli. Una situazione determinata all'aumento del picco influenzale. Quindi pensiamo a cosa sarebbe successo se fossero stati mandati via dal Cardarelli quei 40 colleghi precari.

Un vuoto che si sarebbe tradotto in turni più massacranti per i colleghi che non potevano ricevere una sostituzione quindi una minor sicurezza dei pazienti".

Inoltre, la proroga dei contratti di sei mesi in sei mesi, fino ad un totale di 24 mesi, consentirà di poter fare un ragionamento molto più strutturale e sereno per la programmazione regionale.



## SENTENZA CORTE DI GIUSTIZIA EUROPEA

# ORARIO DI LAVORO sotto la lente

↳ **Sergio Costantino**, Segretario Anaa Assomed Azienda Policlinico, Milano  
**Carlo Palermo**, Coordinatore della Conferenza Permanente dei Segretari Regionali Anaa Assomed

Come interpretare in maniera corretta la sentenza della Corte di Giustizia Europea del 14 Ottobre 2010, riportata in un articolo del "Sole 24 Ore", che entra nel merito delle direttive europee sull'orario di lavoro del personale medico dipendente

Lo scalpore suscitato dalla sentenza C243-09 della Corte di Giustizia Europea del 14 Ottobre 2010, riportata con grande risalto dal Sole 24 Ore di lunedì 25 ottobre 2010, è in qualche modo ingiustificato e ribadisce quanto da noi già espresso ben tre anni orsono nel numero monotematico di "Iniziativa Ospedaliera" 2/2007. In tale pubblicazione venivano affrontate sia le tematiche degli effetti diretti di alcune direttive europee, dotate di criteri autoapplicativi quali sono quelle sull'orario di lavoro (la definizione non è soggettiva ma è parte fondamentale di precedenti pronunce della Corte di Giustizia della Comunità), sia la obbligatorietà dell'applicazione in tutti gli ordini di istituzioni pubbliche, come bene aveva a suo tempo sottolineato nel suo contributo l'avvocato Ambrosini. Se è pacifica l'applicabilità della Direttiva al personale medico dipendente, la possibilità di deroghe non è, come viene spesso riportato, senza contropartita. Infatti, è specificata la possibilità di deroga solo in presenza di un immediato riposo compensativo in modo tale da non compromettere, né a breve né a lungo termine, la salute dei lavoratori nonché la sicurezza delle cure. Salute già in gioco semplicemente per l'effettuazione di lavoro a turni notturni, come abbiamo evidenziato con la raccolta di casistica scientifica internazionale nell'articolo apparso sul "Sole 24Ore Sanità" e su "Dirigenza Medica" nel luglio 2009.

Al momento dell'uscita della pubblicazione sulle Direttive europee relative all'orario di lavoro (2007) era stato individuato, ed era nelle nostre mani un formidabile strumento di difesa dei diritti in materia di organizzazione del lavoro, purtroppo scarsamente utilizzato fino ad allora. Nelle more di un possibile utilizzo, si è aperto un varco per il Governo impegnato a ostacolare con provvedimenti vari, più o meno formalmente sostenibili, e rappezzare gli effetti delle Direttive sull'orario di lavoro attuando un piano a discapito dei lavoratori del settore sanitario. Ovviamente la controparte non

è fatta di sprovveduti e quindi ha cercato di depotenziare progressivamente gli effetti delle stesse Direttive senza che alcuna parte politica cercasse, almeno formalmente, di opporsi. L'ultima alzata di scudi, promossa dall'Anaa Assomed, è del gennaio 2008 contro l'emendamento Tomassini (PdL) infilato subdolamente nella finanziaria, rinviato di un anno con il Milleproroghe (grazie all'emendamento Costantini, deputato dell'Idv), e che senza i nostri occhi attenti sarebbe passato sotto silenzio. Dimentichi i parlamentari che, privati delle garanzie precedenti (Legge Treu) e della parte pregnante sull'orario, la Direttiva così modificata avrebbe rappresentato un vero capestro con la cancellazione della classica tripartizione della giornata lavorativa (8 ore di lavoro+8 ore di vita sociale e familiare +8 ore di riposo) a favore di una definizione secca lavoro/riposo, dilatando quindi di fatto le ore lavorative lecitamente imponibili ed allo stesso tempo condizionando, in peggio, le restanti ore da dedicare alla famiglia e alla vita sociale. Esattamente il contrario di quanto espresso dalla Direttiva europea che voleva tali norme a tutela della salute, nell'accezione più larga possibile quindi anche salute di vita di relazione, dei lavoratori dipendenti.

Da allora una serie di azioni peggiorative con il Dl 112/2008 e la successiva Legge 133/2008, che hanno depotenziato le san-

zioni previste dal D.lgs 213/2004, la vera arma persuasiva, (vedi "Dirigenza Medica": Le direttive europee al palo), arrivando per assurdo a rinviare al livello locale, sin anche aziendale, l'applicazione dell'orario massimo di lavoro giornaliero previsto per uniformare il modello lavorativo e le garanzie sulla salute dei lavoratori in tutta Europa (orario massimo secondo la Direttiva Ce 88/2003 previsto in 13 ore, con almeno 30' di pausa, nell'arco delle 24 ore a partire dall'inizio del turno e senza frazionamenti nella giornata: il che significa 11 ore minimo di riposo tra un qualsiasi turno e quello successivo).

Con il Ccnl 2006/2009 dell'Area Medica (art. 7) si è cercato di limitare al massimo i danni derivanti dalle disposizioni di legge, ribadendo il diritto al riposo notturno e stabilendo i principi generali a cui

attenersi per il riposo giornaliero: obbligatorietà del riposo giornaliero dopo guardie o turni di servizio notturno che dovrà iniziare subito dopo, essere continuativo e sufficientemente lungo da garantire un recupero psicofisico ed una reale interruzione tra prestazioni lavorative consecutive.

Un indubbio risultato politico è stato quello di aver collegato i riposi con la riduzione del rischio clinico e con la salvaguardia della salute degli operatori. Ciò ha fatto assumere a tale argomento un'importanza strategica che va ben oltre il mero ambito contrattuale o l'interesse particolare di una categoria professionale.

Purtroppo, ed era prevedibile, la delega alla contrattazione decentrata ha prodotto in ambito regionale molti accordi buoni e sostanzialmente aderenti alla normativa europea (Piemonte, Toscana, Puglia ...), ma anche criticabili in altre Regioni, venendo così eluso

quell'obbligo di "risultato" (tutela della salute dei lavoratori) previsto dalla Direttiva stessa che viene ben ricordato dall'articolo del "Sole 24 Ore".

In definitiva l'articolo del "Sole 24 Ore" pone in risalto elementi giuridici già noti, ed oltre a quelli già citati, la diretta applicabilità anche in assenza di normativa nazionale specifica sull'argomento. Ricordiamo peraltro che nella sentenza il giudizio verteva sulle ore di lavoro settimanali (48) e non su quelle giornaliere massime. Nella normativa italiana è specificato il limite di 48 ore come media. Su questo argomento si sono scatenate mille interpretazioni, la più gettonata, ma non la nostra reputando che la media debba essere calcolata su base mensile, è quella che vuole la media nell'ambito di 4 mesi. Nella definizione poi della multiperiodalità la media potrebbe essere addirittura sull'intera annualità. L'articolo in questione invece ben sottolinea la non necessità di un danno sussistente per agire in giudizio e l'obbligo di risultato, rispetto agli intenti della Direttiva, che spesso è dimenticato nei provvedimenti nazionali e regionali ostativi.

In ultimo ma non per ultimo, l'articolo del "Sole 24 Ore" riporta un errore fondamentale, infatti il D.lgs 66 emanato nell'aprile 2003 "non" rappresenta il recepimento della Direttiva 88 Ce, emanata nel novembre 2003. Apparentemente questa sembra una sottigliezza, ma così non è: infatti, non essendo stata ancora recepita la Direttiva Ce 88/2003 manteniamo il diritto di chiederne l'applicazione diretta sul territorio nazionale indipendentemente dal castello demolitivo costruito intorno al D.lgs 66/2003.



Intervista a Serafino Zucchelli

# “PER UNA NUOVA ONAOSI sempre più trasparente e attenta ai bisogni dei contribuenti”

↳ a cura di Luciano Fassari

Il progetto che ha in mente la Lista “Per una nuova Onaosi” guidata da Serafino Zucchelli in vista delle prossime elezioni del Comitato di Indirizzo dell’Ente (le prime con le regole del nuovo Statuto) punta proprio a iniettare nuova linfa alla Fondazione. Per Zucchelli i paradigmi da seguire sono quelli della “trasparenza e dell’allargamento dei servizi di assistenza e supporto” utilizzando in modo efficiente le disponibilità dell’Ente.

Dottor Zucchelli perché avete scelto di chiamare la vostra lista “Per una nuova Onaosi”? Innanzitutto la scelta del nome non dev’essere vista in contrapposizione alla gestione precedente che già si era incamminata sulla strada del rinnovamento.

La ragione di questa opzione risiede nel fatto che, viste le nuove disposizioni di legge per la cui emanazione si sono spese le organizzazioni sindacali che si sono associate nella lista, abbiamo ora l’opportunità di iniziare un nuovo percorso. Sia a livello gestionale-organizzativo, sia per realizzare nuove forme di aiuto e sostegno, tenendo conto dei mutamenti demografico-sociali intercorsi in questi anni. Tra le novità più rilevanti vi è quella dell’elezione diretta degli organi direttivi.

L’Onaosi è il primo Ente previdenziale per cui è prevista l’elezione diretta. Le nuove procedure ci forniscono regole chiare e trasparenti, testimoniate anche dal fatto che vi saranno tre liste in competizione. È un aspetto molto importante e ciò m’inorgogliesce perché inserisce nella vita della Fondazione una procedura di rappresentanza limpida e democratica. Certo, far votare circa 160 mila persone non sarà agevole, ma è una scommessa sulla partecipazio-

ne democratica. Anche per questo tra le nostre priorità vi sarà quella di rafforzare l’informazione della Fondazione attraverso il potenziamento del sito internet e con l’introduzione di una newsletter che possa informare regolarmente i contribuenti in merito alle attività e i servizi offerti dall’ente.

**Nel vostro programma parlate di realizzare nuovi servizi. A cosa vi riferite?**

I mutamenti demografici hanno visto innalzarsi il numero degli anziani e ci dicono al contempo che il numero degli orfani è destinato a diminuire. Ma la novità non è solo la crescita della curva di vecchiaia, ma è anche il fatto che in una platea così ampia come il mondo medico, esistono varie tipologie di fragilità che possono intercorrere nei vari percorsi della vita e, proprio come prescrive la nuova legge, la fondazione deve pensare di predisporre soluzioni assistenziali e di sostegno diverse, fermo restando che la priorità è sempre legata agli orfani.

**Tra le vostre proposte c’è l’istituzione di una commissione statutaria. Perché?**

Intanto lo Statuto ha esteso a quattro/quinti il numero dei componenti che vengono eletti direttamente, mentre il restante è ancora nominato dagli Ordini di appartenenza (medici e odontoiatri, farmacisti, veterinari). Noi consideriamo che questo cambiamento di regole elettorali possa non essere definitivo e che la prospettiva sia quella di estendere ulteriormente la quota degli eletti direttamente dagli iscritti. Inoltre la vita di ogni ente è in divenire e la nostra proposta di istituire una commissione sullo Statuto va quindi letta come una volontà da parte dell’Ente di vigilare su



se stesso per essere reattivo ai cambiamenti e alle novità, sì da essere sempre più adeguato alle esigenze che via via si porranno.

**Il vostro manifesto elettorale parla anche di una redistribuzione geografica della struttu-**

**razione dei servizi. Cosa avete in mente?**

La Fondazione possiede due collegi storici a Perugia e centri formativi a Perugia, Torino, Bologna, Pavia, Padova, Messina. Già negli ultimi trent’anni il numero degli orfani che risiede a Perugia è molto ridotto perché quasi sempre l’assistenza si effettua in famiglia attraverso varie altre tipologie di intervento. I centri formativi che, voglio ricordare, forniscono agli studenti universitari un’assistenza di alto livello a un costo calmierato, non sono diffusi su tutto il territorio nazionale. Da qui la nostra proposta di estendere geograficamente l’offerta, segnatamente alle Regioni del

centro-sud dove esiste un bisogno maggiore. Certo, compatibilmente con le risorse a disposizione.

**Altro aspetto decisivo, appunto, è quello legato alle risorse.**

La nostra lista è espressione di un accordo tra tutti i sindacati che oggi si ripromettono di servire la professione anche in campo assistenziale.

L’impegno che assumo a nome di tutta la lista è di utilizzare nel modo più efficiente ogni risorsa derivante dai contribuenti per il potenziamento dei servizi e di ridurre i costi di gestione delle strutture dell’ente e in particolare degli organismi collegiali al minimo indispensabile.

## Per la prima volta decidi tu

Con le prossime elezioni per il rinnovo del Comitato di indirizzo dell’Onaosi, saranno tutti gli iscritti a decidere il governo dell’Ente

Per questo il tuo voto è importante.

FONDAZIONE ONAOSI

**Elezioni 2011 per il rinnovo del Comitato di indirizzo**



**Per la prima volta decidi tu.**

*vota lista n. 1\**

**Per una nuova Onaosi**

[www.perunanuovaonaosi.it](http://www.perunanuovaonaosi.it)

### IL NOSTRO PROGRAMMA

- Più servizi
- più opportunità
- più attenzione alle esigenze degli iscritti.

Tre obiettivi per una Onaosi ancora più presente e radicata nel Paese al servizio dei sanitari italiani e delle loro famiglie.

**La nostra lista** raccoglie i più autorevoli esponenti della dirigenza medica del Ssn. Con esperienze consolidate nell’attività sindacale, associativa e ordinistica. **Votare la lista n. 1, vuol dire scegliere l’esperienza e la certezza dei fatti.**