

# DIRIGENZA MEDICA

*Il mensile dell'Anaao Assomed*

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 ANCONA N.11/2006

## Editoriale

### È IL MOMENTO DI SALUTARCI

*Cari amici e colleghi, dopo due mesi di annunci e dopo una falsa partenza, è ora giunto veramente il momento di salutarci.*

*La coalizione che ha vinto, seppure di una incollatura, le elezioni politiche mi ha chiesto di entrare nel Governo come Sottosegretario del ministero della Salute guidato dalla senatrice Livia Turco. Io ho accettato e giovedì 18 maggio ho giurato alla presenza del presidente del Consiglio dei ministri, Romano Prodi.*

*I sentimenti che in me in questi giorni si agitano sono molteplici. sento, però, prevalere sull'orgoglio di essere stato chiamato a portare al Governo la nostra cultura, la malinconia per il distacco dall'ambiente in cui ho vissuto le mie passioni professionali e civili e la preoccupazione sulle mie capacità di far fronte alla gravità dei problemi.*

*La malinconia è comprensibile: ho militato in questa Associazione per 38 anni. Nel 1975 fui eletto per la prima volta al Consiglio nazionale nel Congresso di Trieste. Sono stato nella Segreteria nazionale per più di 20 anni e Segretario nazionale dal 2000. Sono stati gli anni della mia vita professionale e associativa tra loro intrecciati e terminati insieme in questi mesi. Quanto alla preoccupazione per le nuove responsabilità, mi consola la certezza che non dovrò mutare la mia cultura e le mie opinioni e che l'Associazione c'è, rimane e mi sarà vicina con i suoi uomini e le sue intelligenze.*

*In questi ultimi mesi ed anni il cambiamento di incarico e di funzioni, oltre alla mia persona, ha interessato parecchi altri colleghi del gruppo dirigente: alcuni chiamati alla direzione generale, altri alla direzione sanitaria di importanti aziende (tutti comunque subito autosospesi dalla Segreteria nazionale). Amedeo Bianco, poi, è stato eletto alla presidenza della Fnom e Aristide Paci è stato riconfermato alla presidenza dell'Onaosi. Chi non ci conosce bene, e soprattutto non conosce lo spirito della nostra vita associativa, ragionando secondo schemi di angustia intellettuale e di miseria etica, può pensare che questi colleghi abbiano usato scientemente il sindacato come strumento per raggiungere altri obiettivi. Non è così. La verità è un'altra e le vicende non sono accadute per caso: la partecipazione attiva alla vita sindacale nella nostra Associazione ci ha educati ad un metodo e a una cultura della responsabilità professionale, organizzativa e civile che ha reso molti adatti anche ad altre funzioni. In altre parole la nostra Associazione è stata ed è luogo di formazione di una classe dirigente, merito non secondario, in un Paese in cui se ne lamenta la scarsità per la carenza di sedi formative. E tutto questo è accaduto nel normale svolgimento*

*segue a pag. 6*

## SEMPRE CON TE A Genova il 20° Congresso Nazionale Anaao Assomed

Un grande appuntamento per confrontarci, dibattere ed eleggere la Segreteria che guiderà il sindacato nei prossimi quattro anni. Questo numero della rivista è interamente dedicato all'appuntamento congressuale con una sintesi dei quattro anni appena trascorsi, le schede di tutti i Congressi regionali e le interviste al presidente di Farmindustria, Sergio Dompé, e al coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Enrico Rossi, tra i protagonisti delle tavole rotonde organizzate a Genova



**AL VIA IL GOVERNO GUIDATO DA ROMANO PRODI**

## Livia Turco è ministra della Salute Serafino Zucchelli è sottosegretario

Il 18 maggio scorso il nuovo Governo guidato da Romano Prodi ha giurato al Quirinale. Al dicastero della Salute ci sarà Livia Turco, affiancata da tre sottosegretari, Serafino Zucchelli, Gian Paolo Patta, in precedenza segretario generale della Cgil per i settori pubblici, e Antonio Gaglione, medico cardiologo, professore associato di Cardiologia e chirurgia all'Università di Foggia.

La nomina di Zucchelli a sottosegretario al ministero della Salute onora l'intera Associazione, a dimostrazione di come la strategia del nostro sindacato non abbia privilegiato negli anni solo ed esclusivamente gli interessi della categoria, ma abbia voluto coniugare questi con l'interesse comune a tutela e difesa dei principi capisaldi della salute pubblica.

“È con grande gioia e soddisfazione – come abbiamo scritto nel comunicato stampa diffuso subito dopo aver appreso la notizia – che riceviamo questo

riconoscimento, cedendo il nostro Segretario nazionale al nuovo Governo, certi che la sua esperienza e le sue capacità, umane e professionali, saranno in grado di offrire un grande contributo per il raggiungimento di importanti risultati nell'interesse del bene comune”.

La neoministra Livia Turco ha dichiarato di voler svolgere il proprio mandato “nel solco di Rosy Bindi”, avviando subito un fitto calendario di incontri, a cominciare da quello già avuto con i rappresentanti delle Regioni. Mettere il cittadino al centro del sistema, rilanciare la sanità pubblica, cancellare sprechi e inefficienze: sono queste le parole d'ordine della ministra, che ha annunciato l'intenzione di portare in Consiglio dei Ministri la proposta per abrogare la norma che prevede la possibilità per parlamentari e consiglieri regionali in carica per 5 anni di essere equiparati ai manager nella scelta dei direttori generali delle Asl.

FATTI, INTERVENTI, INIZIATIVE SINDACALI NEL QUADRIENNIO DI SEGRETERIA GUIDATA DA SERAFINO ZUCHELLI

# Da Matera a Genova: quattro anni di vita della sanità italiana

**Giugno 2002**

**Congresso di Matera**

Dal 12 al 15 giugno si svolge a Matera il 19° Congresso nazionale dell'Anaa-Assomed. Il segretario nazionale Serafino Zucchelli si dice subito preoccupato per le misure contenute nel Dpfe e in particolare "per una possibile diminuzione di risorse per la sanità". Zucchelli, che a Matera verrà riconfermato nell'incarico di segretario nazionale, chiede con forza il "rilancio del sistema sanitario nazionale con adeguati stanziamenti finanziari, la correzione del decreto legislativo sul federalismo fiscale e la revisione dell'assetto istituzionale delle aziende sanitarie".

**Luglio 2002**

**Code contrattuali: si torna a trattare**

I sindacati vengono convocati all'Aran per "fornire informazioni relative allo stato della trattativa". Viene sottoscritta l'ipotesi di Ccnl sull'interpretazione autentica dell'articolo 55, comma 3 del Ccnl 5 dicembre 1996 relativo alla retribuzione di posizione dei dirigenti medici e veterinari di I e II livello. L'Anaa ottiene lo stralcio della parte economica per procedere alla definizione di quella normativa.

**Luglio 2002**

**Mutue, prontuario e rapporto di lavoro dei medici**

Alla vigilia dell'estate il Governo vara tre provvedimenti che faranno discutere, ma dei quali rimarrà in piedi solo quello relativo alla nuova revisione del prontuario farmaceutico. Il primo provvedimento di rilievo è il Dpfe 2003/2006, dove si ventila la possibilità di un "inserimento in via sperimentale di mutue integrative e/o sostitutive per favorire prestazioni socio-assistenziali". Il secondo è un Ddl di riforma del lavoro medico, con varie ipotesi di cambiamento del regime contrattuale ma del quale, alla fine, sarà approvata solo la reversibilità dell'opzione per l'esclusività. Andrà avanti invece il decreto di revisione del prontuario, con la riduzione da quattro a due delle classi di farmaci (restano solo la A e la C) e l'introduzione del principio del costo-efficacia, che esclude dalla rimborsabilità i farmaci che superano il costo di rimborso stabilito dalla Cuf.

**Luglio 2002**

**L'Anaa bocchia la riforma del rapporto di lavoro**

Bocciatura da parte dell'Anaa Assomed del Ddl che modifica il rapporto di lavoro dei medici approvato dal Consiglio dei ministri. "Dopo quasi un anno di ripensamenti - è il commento di Serafino Zucchelli - il Governo ha approvato un testo che pur avendo eliminato, grazie anche all'intervento dell'Associazione, alcuni elementi di forte pericolo per la categoria e per la funzionalità dei servizi (l'introduzione massiccia dei rapporti libero professionali, il nostalgico ritorno al tempo pieno e definito, l'attacco alle caratteristiche giuridiche de rapporto esclusivo al fine di colpire l'indennità di esclusività) mantiene alcuni aspetti giudicati fortemente negativi quali l'attività libero professionale esterna, incentivandola e sottraendola ad ogni regola di compatibilità aziendale; l'allungamento dell'età pensionabile, limitata ai Direttori di struttura complessa. L'Anaa bocchia anche le mutue private, sostitutive e volontarie: "La scelta di dare vita a mutue volontarie - afferma Zucchelli - lede uno dei pilastri del Ssn: la contribuzione solidale ed equa che si esprime attraverso la fiscalità generale".

**Novembre 2002**

**Riforma stato giuridico: l'indennità non si tocca**

L'Anaa Assomed chiede che la revisione delle norme che regolano lo stato giuridico della dirigenza medica attenuandone le rigidità sia affrontato non nella legge finanziaria, ma attraverso un apposito disegno di legge che nasca dal preventivo ed indifferibile confronto tra Governo, Regioni e associazioni professionali.

**Novembre 2002**

**Solidarietà ai medici specializzandi**

L'Anaa Assomed esprime la propria solidarietà e il proprio sostegno alla protesta dei giovani colleghi specializzandi che manifestano in tutta Italia affinché il Governo riconosca i loro legittimi diritti. L'Anaa in merito ai contenuti della legge Finanziaria 2003, ha denunciato la mancata integrazione delle somme necessarie per trasformare le borse di studio degli specializzandi in contratti di formazione-lavoro pari a circa 100 milioni di euro/anno.

**Dicembre 2002**

**Legge Finanziaria 2003**

Varata alla vigilia di Natale, la finanziaria 2003 in materia di sanità ribadisce le basi dell'accordo con le Regioni del 2001 sul monitoraggio della spesa, la cui attuazione diventa fondamentale per poter accedere appieno ai finanziamenti statali. Vengono poi inserite ulteriori norme nel settore farmaceutico con l'istituzione del premium price, la sospensione dell'adeguamento dei prezzi al livello medio europeo, il taglio dei prezzi che passa dal 5 (stabilito dal decreto di aprile) al 7% e l'introduzione dello sconto obbligatorio al Ssn da parte dei farmacisti tra il 12,5 e il 19% per i farmaci dai 103,29 euro in su. I Lea vengono ulteriormente legittimati con un apposito comma in finanziaria. Viene istituita la Sisac per le trattative per il rinnovo delle convenzioni. Viene definitivamente soppressa l'ipotesi dell'abolizione del ticket sulla diagnostica prevista dal decreto "taglia spese" del 2001.

L'Anaa Assomed bocchia la finanziaria 2003 che dispone "gravi tagli agli investimenti in campo sanitario e socio sanitario".

**Dicembre 2002**

**L'Intersindacale Medica indice lo sciopero nazionale**

L'Intersindacale Medica (Anaa Assomed, Civemp, Fesmed, Snabi SDS, Umsted), registra con soddisfazione la decisione della Camera di respingere l'emendamento al Ddl Finanziaria 2003 relativo alla riforma del rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria che rischia di danneggiare l'organizzazione delle strutture e l'erogazione dei servizi, mettendo a grave rischio l'esistenza dei diritti acquisiti e tra questi l'indennità di esclusività di rapporto. Riguardo all'intenzione del ministro della Salute di voler riproporre il testo al Senato vengono decise azioni di lotta sindacali.

Il 19 dicembre si arriva allo sciopero nazionale. Oltre l'80% dei dirigenti medici, veterinari e sanitari operanti nel Ssn aderiscono all'astensione dal lavoro per chiedere al Governo di bloccare qualsiasi emendamento alla legge finanziaria in discussione al Senato che modifichi il loro stato giuridico.

Alla vigilia del voto definitivo della finanziaria al Senato, la maggioranza ritira l'emendamento che, se approvato, avrebbe compromesso la corresponsione dell'indennità di esclusività di rapporto.

**Gennaio 2003**

**La "riforma" di Sirchia**

Con un articolo su *Il Sole 24* ore il ministro della Salute annuncia l'intenzione di presentare un disegno di legge organico per riformare molti punti salienti della riforma Bindì. Si passa da un freno all'aziendalizzazione e alla monocrazia dei direttori generali fino al recupero di una visione più clinica e meno manageriale del primario; previsto anche un impegno per la realizzazione di centri di eccellenza nel Sud. Il tutto, nelle intenzioni di Girolamo Sirchia, sarebbe dovuto convergere nel ddl di riforma del lavoro medico, che sarebbe stato presentato a breve in un'ennesima versione. Ma anche questo progetto resterà sulla carta.

**Gennaio 2003**

**L'Anaa sollecita l'applicazione delle code contrattuali**

L'Anaa Assomed, in una lettera inviata alle istituzioni competenti, sollecita un intervento urgente per giungere in tempi rapidi alla conclusione delle code contrattuali, la cui sottoscrizione risale al mese di luglio del 2002.

**Febbraio 2003**

**Il decreto "anti truffa"**

Sull'onda di nuovi scandali che hanno coinvolto aziende farmaceutiche e medici, il Governo emana un decreto legge presentato al pubblico con un video messaggio di Sirchia registrato sul sito internet del ministero della Salute. Il provvedimento inserisce una serie di controlli e di pene molto severe che coinvolgono anche gli Ordini professionali. Non sarà convertito in legge. Al suo posto viene varato un "manifesto etico" sull'informazione scientifica sui farmaci, proposto sempre da Sirchia e sottoscritto il 30 aprile 2003 da operatori sanitari, aziende e farmacisti.

**Marzo 2003**

**La questione morale**

Le organizzazioni degli operatori della sanità e dei cittadini chiedono un incontro con il Presidente del Consiglio e organizzano una manifestazione nazionale per sostenere la necessità di individuare strumenti adeguati per risolvere la "questione morale" in sanità e sostenere un Ssn equo e solidale.

Il decreto legge cosiddetto "antitruffe" non è ritenuto adeguato a dare una risposta al problema e determina nei medici un clima di tensione che rischia di ritorcersi a danno dei cittadini.

Il 19 marzo a Roma si svolge la manifestazione nazionale per il "Diritto alla salute dei cittadini e la tutela dei professionisti onesti". Obiettivi della manifestazione: sostenere il Ssn, ispirato a un modello di federalismo solidale e adeguatamente finanziato, e affrontare efficacemente la "questione morale" in sanità.

**Aprile 2003**

**Chieste le dimissioni del ministro Sirchia**

Le organizzazioni sindacali tutte, Anaa Assomed in testa, di fronte alla palese inadeguatezza del ministro Sirchia iniziano a chiedere le dimissioni del responsabile del dicastero della Salute.

**Aprile 2003**

**Code contrattuali e Ccnl: proclamato lo stato di agitazione**

Il 15 aprile si svolge a Roma, con successo, una gran-

de manifestazione nazionale di protesta per la difesa del finanziamento, della integrità del Ssn e della libertà ed autonomia delle professioni sanitarie.

La manifestazione apre la vertenza sindacale e dichiara lo stato di agitazione della categoria per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- la chiusura delle code dei contratti collettivi di lavoro, scaduti da mesi;
- l'avvio delle procedure per il rinnovo dei Contratti della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria;
- la soluzione del problema dello stato giuridico dei dirigenti medici, veterinari e sanitari;
- l'attivazione di un tavolo di concertazione tra Governo, Regioni e OoSs per discutere le possibili modifiche dello stato giuridico della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria;
- l'emanazione del Dpcm ex articolo 34 della Legge 289/2002 (Finanziaria 2003) riguardo i criteri per le assunzioni a tempo indeterminato, per dare certezza ai posti di lavoro, con la contestuale regolamentazione dei contratti libero professionali da riservare alle sole situazioni di emergenza;
- l'inquadramento dei medici dipendenti dell'Inps - Inail nella dirigenza medica.

A maggio, dopo un sit-in di protesta organizzato davanti al ministero dalla Federazione Assomed-Sivemp, il ministro Sirchia convoca una delegazione dei medici dirigenti del ministero.

### Giugno 2003

#### Sciopero di 50.000 medici pubblici

Continua la protesta per il rinnovo del contratto, la riforma dei medici e la devolution sanitaria. I medici chiedono che vengano avviati i tavoli di trattativa per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni. I medici manifestano preoccupazione anche per il destino della sanità pubblica nel contesto della devolution e protestano contro il blocco del 'tavolo a tre' sulla riforma del lavoro medico che doveva vedere lavorare assieme ministero, Regioni e sindacati, questi ultimi poi esclusi dal confronto. Serafino Zucchelli, oltre alle questioni strettamente economiche legate al mancato rinnovo del contratto, sottolinea il "disprezzo e il disinteresse del governo verso i sindacati che rappresentano pezzi di collettività. Siamo respinti con continui tentativi di delegittimazione ma faremo vedere che esistiamo e che esprimiamo interessi legittimi secondo le norme della democrazia".

### Luglio 2003

#### Dpof 2004-2007

È giallo sul Dpof quando, confrontando il testo in entrata con quello in uscita dal Consiglio dei Ministri, si scopre che le pagine dedicate alla sanità sono sparite. Al loro posto solo una riga dove ci si impegna per "il miglioramento del Ssn e della protezione della salute". Nessuno ha mai chiarito il perché della cancellazione di proposte che spaziavano dalla costituzione di un fondo nazionale per la non autosufficienza da finanziare con 4 mld di euro sino alla designazione di commissari straordinari da porre alla guida della sanità nelle Regioni dove la spesa supera la media nazionale.

L'Anaa Assomed propone che nel Dpof per gli anni 2004-2007 le azioni nel settore sanitario siano rivolte alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- confermare l'impegno del Governo a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, assicurando il rispetto dei principi di garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria;
- valorizzare il ruolo del settore sanitario quale fattore che concorre al sostegno dell'occupazione diffusa e qualificata, allo sviluppo della ricerca biotecnologica e alle relative applicazioni nella pratica clinico assistenziale;
- riconoscere la presenza di fattori esogeni di crescita della spesa sanitaria che impongono, pena il progressivo deterioramento del servizio, un aumento delle risorse pubbliche destinate alla sanità.

### Luglio 2003

#### Intersindacale medica: no all'atto di indirizzo

L'Intersindacale Medica, Veterinaria e Sanitaria del

Ssn nel prendere visione dei contenuti dell'Atto di indirizzo predisposto dal Comitato di Settore per il comparto sanitario, contenente le direttive all'Aran per il rinnovo del Contratto della dirigenza sanitaria, giudica che i contenuti proposti siano fondamentalmente finalizzati ad un pesante arretramento economico e normativo del personale interessato su gran parte degli istituti contrattuali già acquisiti nelle precedenti tornate.

### Luglio 2003

#### Ancora una sollecitazione per l'approvazione delle code contrattuali

In una lettera inviata al ministro per la Funzione Pubblica, Mazzella, e per conoscenza al presidente e al vicepresidente del Consiglio dei ministri, l'Anaa Assomed sollecita l'approvazione da parte del Governo delle code contrattuali.

### Ottobre 2003

#### Gli Irccs diventano Fondazioni

Pubblicata in Gazzetta Ufficiale la nuova normativa sugli Irccs di diritto pubblico. Il punto principale è la possibilità di trasformarli in Fondazioni.

### Ottobre 2003

#### L'Anaa boccia la riforma previdenziale

Dopo diversi mesi di annunci e di proposte, il Governo Berlusconi vara la sua riforma del sistema previdenziale.

Il metodo seguito è giudicato dall'Anaa tendente a delegittimare i veri portatori degli interessi dei lavoratori, in quanto le nuove disposizioni sono state date dapprima in un testo, presentato alle organizzazioni sindacali, che indicava solamente gli obiettivi. Ciò ha determinato una protesta sindacale che si è concretizzata nella proclamazione di uno sciopero generale da parte delle tre grandi organizzazioni sindacali e nella reazione critica di tutto il mondo del lavoro.

Il provvedimento si articola su ben tre forme legislative: alcune norme sono inserite in un maxi decreto legge, altre nel contesto della legge Finanziaria per il 2004, e, la parte più significativa, in un "emendamento" che sarà proposto nella cosiddetta legge delega, in discussione in Parlamento da circa due anni, e che di conseguenza prevede una serie di decreti legislativi per la sua realizzazione.

Il punto essenziale della riforma consiste nell'eliminazione delle pensioni d'anzianità. L'Anaa giudica questa condizione particolarmente negativa per la categoria che entra nel mondo del lavoro tardivamente per il prolungato corso di studi, che, peraltro, dati i costi sempre maggiori, non potrà facilmente essere riscattato.

Inoltre la dirigenza vede sempre più ridotte le sue condizioni di certezza del rapporto d'impiego con ulteriore preoccupazione per il futuro pensionistico.

### Novembre 2003

#### Il "decretone" e la Finanziaria 2004

Anticipando la Finanziaria 2004, il Governo vara un corposo decreto legge a fine settembre (convertito poi il 24 novembre) dove accorpa gran parte delle misure economiche. Per la sanità si interviene soprattutto sui farmaci, prevedendo l'istituzione dell'Aifa che sostituirà la vecchia Cuf. Viene fissato un nuovo tetto per la farmaceutica (territoriale e ospedaliera) pari al 16% della spesa sanitaria totale. Viene data anche ai medici di medicina generale e ai pediatri la possibilità di partecipare a convegni e congressi scientifici accreditati. Viene abolito il sistema del prezzo medio europeo: dal 1° gennaio 2004 il prezzo delle medicine rimborsabili sarà frutto di negoziazione tra Aifa e industrie. Viene varata la tessera sanitaria computerizzata da distribuire a tutti i cittadini e la ricetta a lettura ottica che sostituirà il vecchio ricettario del Ssn.

### Novembre 2003

#### Le organizzazioni di categoria preoccupate per la tenuta del Ssn

Le OoSs della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria esprimono profonda preoccupazione per lo stato di grave abbandono in cui è lasciato il Ssn. In particola-

re pongono l'accento sui seguenti punti:

- legge Finanziaria 2004, che non prevede investimenti adeguati;
- previdenza, in quanto nell'emendamento al disegno di legge-delega sulla riforma previdenziale, approvato dal Governo, vi è una discriminazione tra lavoratori pubblici e privati a proposito degli incentivi a permanere in servizio, nonché una notevole incoerenza, laddove si consideri che il lavoro medico ha tutte le caratteristiche dell'attività usurante, per la quale sono previsti, per legge, abbuoni di anzianità;
- stato giuridico della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, non essendo più stato convocato il tavolo a tre (Governo, Regioni, Sindacati medici) ufficialmente insediato dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Gianni Letta, a maggio 2003;
- rinnovo del Ccnl;
- definizione delle code contrattuali;
- mancanza di un'adeguata tutela assicurativa che garantisca il rischio professionale dei dirigenti medici, veterinari e sanitari dipendenti, anche dalla rivalsa per colpa grave, nonostante precise disposizioni contenute nel Ccnl;
- assenza di un'ipotesi di regolamentazione dell'Ecm nel contratto che assegni gli opportuni finanziamenti.

### Dicembre 2003

#### Parte la vertenza medica

La manifestazione unitaria organizzata il 3 dicembre a Roma, presso il cinema Capranica, dalle 42 sigle sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa, apre ufficialmente la vertenza per la salute. Viene stilato un calendario di manifestazioni e azioni di protesta. È una delle vertenze mediche più impegnative degli ultimi anni e non si è ancora conclusa, almeno per quanto riguarda i dipendenti che aspettano il rispetto dell'accordo relativamente al II biennio economico.

### Dicembre 2003

#### Governo clinico

Il Consiglio dei Ministri approva il ddl sul governo clinico. È tutt'ora all'esame del Parlamento dopo ripetute modifiche e integrazioni con altri provvedimenti analoghi di origine parlamentare.

L'Anaa Assomed, pur registrando con favore il farsi strada della necessità di meglio valorizzare il ruolo dei medici nell'ambito del governo clinico delle aziende, ritiene però pericoloso affidare alle Regioni la disciplina del rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria delle aziende prima che il Governo definisca i principi fondamentali. L'Anaa ribadisce infine la propria contrarietà a quanto previsto sui limiti di età e si dichiara contraria a concedere la direzione di struttura fino a 70 anni di età.

### Gennaio 2004

#### Va avanti la vertenza salute

Al grido di "Ora basta!" vengono organizzate mille assemblee nei luoghi di lavoro.

### Gennaio 2004

#### Il Comitato Ssn chiede un tavolo per evitare il collasso del sistema

Il "Comitato Nazionale di Sostegno e Rilancio del Ssn" - costituito dalle organizzazioni professionali e ordinarie di medici, infermieri, veterinari e altri dirigenti sanitari del Ssn e dal Tribunale dei diritti del malato e dal Codici - esprime la sua preoccupazione su quanto denunciato dai presidenti delle Regioni italiane, che lamentano la mancanza di almeno 6 miliardi di euro rispetto al fabbisogno sanitario per il 2004. Il Comitato chiede al Governo una presa di posizione chiara sulle misure da adottare per evitare che si creino situazioni tali da porre a rischio la stessa erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini.

### Febbraio 2004

#### Approvata la legge sulla procreazione assistita

Il Parlamento approva la legge 40 sulla procreazione assistita. Sarà oggetto di referendum il 12 giugno 2005, ma non sarà abrogata.

**Febbraio 2004****Sigla definitiva sulle code contrattuali**

Si chiude con la firma nella sede dell'Aran l'annosa vicenda delle code contrattuali del Ccnl 1998/2001

**Febbraio 2004****Un'ora per la salute**

Viene proclamata un'ora di astensione dal lavoro dalle ore 8 alle ore 9. Tutti i dirigenti in sciopero fanno opera di sensibilizzazione dei cittadini attraverso la distribuzione di una "Lettera aperta" all'esterno degli ospedali/strutture/uffici. Il corrispettivo di tale ora di sciopero virtuale (pari a 20 euro) - in cui si lavorerà regolarmente - viene donato alla Caritas.

**Marzo 2004****È scontro tra Governo e Regioni**

Le Regioni confermano la linea dura contro il Governo annunciando che non siederanno al tavolo della Conferenza Stato-Regioni finché non si risolverà il contenzioso sui finanziamenti destinati al Ssn.

**Aprile 2004****Ciampi difende il Ssn in occasione della Giornata mondiale della sanità**

Il Capo dello Stato, in occasione della Giornata mondiale della sanità, reclama che il Ssn "mantenga una impronta unitaria, fatta di tradizione, di missione civile, di servizi erogati in modo uniforme e ugualmente efficiente a tutti i cittadini". L'Anaa, attraverso il suo segretario Zucchelli, esprime un plauso all'intervento di Ciampi: "Dalle sue autorevoli dichiarazioni emerge forte un richiamo alle istituzioni e alle parti sociali affinché i cambiamenti, pur necessari in sanità, non producano un arretramento sui principi di unitarietà, universalità, equità e solidarietà che improntano il nostro Ssn e che, nonostante tutto, lo collocano tra quelli più avanzati in Europa".

**Aprile 2004****Grande manifestazione unitaria a Roma**

Nuovo capitolo della Vertenza per la salute. I camici bianchi insistono nella protesta dopo lo sciopero generale dello scorso 9 febbraio, a sostegno della vertenza contrattuale e per chiedere nuove risorse per un sistema sanitario nazionale "ormai al collasso". Il cartello di sigle sindacali dei professionisti della sanità ha portato in piazza, il 24 aprile, oltre 30.000 persone.

**Aprile 2004****Esclusività: è scontro sull'emendamento Casellati**

L'Anaa, come a suo tempo non aveva condiviso le eccessive rigidità normative del rapporto esclusivo (irreversibilità, obbligo del rapporto esclusivo per la direzione delle strutture semplici) sancite dal Dlgs 229/99, si trova ora a manifestare forti preoccupazioni sulle proposte di modifica contenute nell'emendamento a firma della senatrice Casellati presentato al Dl sull'emergenza sanitaria. "La totale deregulation prevista in tale emendamento - spiega Zucchelli - se da una parte rischia di peggiorare l'efficacia ed aumentare i costi dei servizi resi ai cittadini, dall'altra si scontrerà certamente con l'opposizione, già annunciata, delle Regioni, innescando un conflitto istituzionale che minaccia la corresponsione della specifica indennità di rapporto esclusivo. Inoltre, con queste regole, nessuna azienda, anche la più volenterosa, avrà più interesse a promuovere la libera professione intramoenia poiché vengono meno tempi e modalità ragionevoli di programmazione di investimento nelle professionalità e nelle strutture dedicate".

**Maggio 2004****Arriva la reversibilità per i medici**

È legge la possibilità per i medici del Ssn di tornare indietro nella loro scelta di esclusività nel rapporto di lavoro con il Ssn. La legge prevede anche altre novità come l'istituzione del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie presso il ministero della Salute e dell'Istituto nazionale di genetica molecolare, una fondazione che sarà istituita presso l'O-

spedale Maggiore di Milano.

Cambia anche l'inquadramento giuridico delle Convenzioni mediche che diventeranno operative attraverso un'intesa Stato Regioni, sulla falsariga di quanto già previsto per il contratto della dipendenza.

L'Anaa critica il provvedimento sia in termini di metodo (scelta unilaterale della maggioranza al di fuori di una concertazione con Regioni e associazioni mediche) che di contenuti (solo in parte condivisibili) ed esprime il suo giudizio finale sull'esclusività di rapporto: "Sì al cambiamento, no alla totale deregolamentazione".

**Giugno 2004****Una giornata di sciopero e sit-in**

Lo sciopero nazionale di 24 ore indetto per il 3 giugno con anche un sit-in di fronte al ministero dell'Economia fa registrare l'ennesimo successo. Le adesioni arrivano a toccare l'80%. Le organizzazioni sindacali avanzano al Governo precise richieste: prevedere nel prossimo Dpef maggiori risorse per il finanziamento del Ssn e per il biennio 2004/2005 del Ccnl; avviare entro il 30 giugno la trattativa per il rinnovo del contratto.

**Giugno 2004****Nuove misure sui farmaci**

Il Governo torna a occuparsi di farmaci con un nuovo decreto (156/2004) con il quale si conferma il tetto del 13% per la farmaceutica convenzionata (+ il 3% per la farmaceutica ospedaliera) e si prevede che le aziende ripianino il 60% dello sfondamento rispetto al tetto, mentre il rimanente sarà a carico delle Regioni.

**Luglio 2004****Il Governo approva l'atto di indirizzo**

Il Consiglio dei Ministri approva l'Atto di indirizzo per il rinnovo del contratto di lavoro (quadriennio normativo 2002-2005 ed economico 2002-2003) della dirigenza medica e veterinaria e del personale convenzionato con il Ssn.

**Luglio 2004****In pensione a 70 anni?**

L'Anaa Assomed fa sapere di essere in totale dissenso nei confronti della normativa approvata dal Senato che prevede la possibilità, per tutti i dipendenti pubblici, di rimanere in servizio fino a 70 anni. Questo testimonia una volta di più le contraddizioni insite nel Governo: da un lato, infatti, il ministro della Salute, con il disegno di legge sul Governo clinico fissa a 65 anni il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Ssn; dall'altro il Parlamento, estende a tutti, indistintamente, la possibilità di raggiungere i 70 anni di servizio.

**Luglio 2004****Nasce l'Aifa**

Inaugurata a Roma la sede della neo Agenzia italiana per il farmaco che sostituirà la vecchia Cuf. Presidente è Antonella Cinque, direttore Nello Martini.

**Settembre 2004****Al via la trattativa per il rinnovo del contratto**

Dopo la pausa estiva, finalmente si riapre all'Aran la trattativa per il rinnovo del contratto nazionale di lavoro scaduto il 31 dicembre 2001. Il rinnovo, è distinto in un quadriennio normativo (2002/2005) e due bienni economici (2002/2003-2004/2005).

L'entità della cifra destinata dal comitato di settore (Governo e Regioni) al rinnovo del primo biennio è pari al 5,66% della massa salariale. Quella decisa per il secondo biennio nel recente Dpef è offerta dal Governo nella trattativa in corso a Palazzo Chigi e che dovrà esser sancita per il 2005 nella Finanziaria, è del 3,6% a fronte di richieste di tutto il fronte sindacale dell'8%.

**Dicembre 2004****Al via la Finanziaria 2005**

Il Parlamento vara la quarta Finanziaria del Governo

Berlusconi. Ministro dell'Economia, nel frattempo, è divenuto Domenico Siniscalco, che ha sostituito Giulio Tremonti dimessosi il 3 luglio. Sarà una manovra caratterizzata da pochi tagli alla spesa sanitaria ma anche da nessun investimento per lo sviluppo del settore. Il Fsn viene fissato in 88,195 miliardi di euro per il 2005, 89,96 per il 2006 e 91,759 per il 2007. A queste cifre si aggiungono 2 miliardi per il ripiano dei debiti 2001/2003.

La quota delle Regioni per il ripiano di disavanzi nella farmaceutica passa dal 40 al 50%. Accanto a questa misura le Regioni sono oggetto di ulteriori norme tese allo stretto monitoraggio della spesa con relativi vincoli da rispettare per accedere ai finanziamenti, cui fa riscontro un ampliamento dei poteri ispettivi del ministero per verificare l'effettiva erogazione dei Lea secondo criteri di efficienza e appropriatezza. Anche per il Ssn varrà la soglia del 2% quale incremento massimo delle spese rispetto all'anno precedente, mentre le spese per il sistema informativo vengono tagliate del 5%.

**Gennaio 2005****Stop al fumo**

Entra in vigore il divieto di fumare nei luoghi pubblici in attuazione al decreto del 2003 fortissimamente voluto dal ministro Sirchia.

**Febbraio 2005****Avvio del tavolo tecnico a Palazzo Chigi**

L'avvio di un tavolo tecnico deciso dal Governo per cercare di sbloccare lo stallo delle trattative per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego e dei medici, non ferma lo stato di agitazione dei sindacati medici.

**Febbraio 2005****Anaa e specializzandi chiedono un tavolo con le Regioni**

Dopo un iter lungo più di un anno il disegno di Legge sui contratti degli specializzandi è ritenuto largamente insoddisfacente: prevede tutele previdenziali e lavorative tipiche del lavoro autonomo e disconosce la natura subordinata del lavoro dei medici in formazione specialistica.

Inoltre nessuna menzione viene fatta circa l'adeguamento del trattamento economico, fermo da ben dodici anni, qualora il Governo non dovesse convocare gli specializzandi quanto prima ad un tavolo di trattativa insieme alle Regioni l'Anaa e FederSpecializzandi ribadiscono lo stato di agitazione degli specializzandi fino allo sciopero.

**Marzo 2005****Nuovo sciopero nazionale**

"La sostanziale assenza della controparte al tentativo di conciliazione, fatta eccezione del rappresentante del ministero per la Funzione pubblica, è una ulteriore dimostrazione del disinteresse delle istituzioni per i problemi sollevati dai dirigenti del Ssn". Così si legge nel comunicato dell'Intersindacale medica che indice una nuova giornata di sciopero nazionale.

Le ragioni sono legate al mancato rinnovo del contratto di lavoro dovuto alla inaccettabilità delle proposte normative fino ad ora presentate dalla controparte che peggiorerebbero gravemente le condizioni dei medici nei luoghi di lavoro e alla insufficienza dei fondi stanziati dalla legge Finanziaria per il secondo biennio economico (2004-2005).

**Marzo 2005****Patto di stabilità tra Governo e Regioni**

Alla vigilia delle regionali, il Governo firma una nuova intesa con le Regioni. Punti salienti dell'accordo sono le regole del monitoraggio della spesa, la razionalizzazione della rete ospedaliera e la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal piano per l'aggiornamento del personale. Nuovo appello all'integrazione ospedale-territorio e ulteriore stretta alle responsabilità di bilancio per i direttori generali la cui conferma sarà vincolata a una serie di obblighi e di risultati da conseguire sul piano del contenimento della spesa.

**Marzo 2005****Il Senato approva la devolution**

Con l'approvazione del Senato in seconda lettura del ddl di riforma costituzionale cresce la preoccupazione degli operatori della sanità italiana sui rischi di una frammentazione del Ssn.

Il Comitato Solidarietà e Salute, cui aderiscono la quasi totalità delle associazioni ordinarie e sindacali delle professioni mediche e infermieristiche italiane, più qualificate associazioni di tutela dei cittadini, esprime forti perplessità sul testo varato dal Senato: "Se la riforma non cambia voteremo no al referendum confermativo".

**Aprile 2005****Storace diventa ministro della Salute**

L'ex presidente della Regione Lazio ed esponente di spicco di An, Francesco Storace diventa ministro della Salute nel nuovo Governo Berlusconi scaturito da un rimpasto dopo la sconfitta elettorale del centro destra alle elezioni regionali. Le prime dichiarazioni del neo ministro puntano sulla chiusura del contratto dei medici dipendenti ancora al palo, su un'ulteriore stretta al prezzo dei farmaci, sulle liste d'attesa, sulla necessità di dare più potere negoziale sui temi della sanità al ministero della Salute rispetto a quello del Tesoro, sull'esigenza di coniugare federalismo e interesse nazionale, sulla necessità di rendere più "libera" la legge anti-fumo e sulla ripresa della sperimentazione del metodo Di Bella.

"La dichiarazione (riguardo alla chiusura del Ccnl, ndr) del neoministro alla Salute Francesco Storace ci fa piacere, ma ora seguano i fatti". Così Serafino Zucchelli, in merito al cambio al dicastero e alle priorità stabilite dal nuovo ministro.

**Maggio 2005****Contratto, siglata la pre-intesa**

Dopo 40 mesi dalla sua scadenza naturale e sei mesi di trattativa, nella notte tra il 12 e il 13 maggio, 2005 viene siglata la preintesa per il rinnovo del Contratto di lavoro relativa al quadriennio normativo 2002-2005 e al I biennio economico 2002-2003 del III Contratto della Dirigenza Medico Veterinaria del Ssn.

**Maggio 2005****Zucchelli: polemica sui generici per ostacolare la diffusione**

All'ospedale Molinette di Torino viene lanciato l'allarme secondo cui le assonanze fra nomi simili e confezioni quasi identiche per generici e medicinali di marca aumentano i casi di scambio di farmaci. "In tutto il mondo civile - spiega Zucchelli - vengono utilizzati per risparmiare sulla spesa farmaceutica. Che i medicinali 'non griffati' aumentino gli errori in ospedale, mi sembra una giustificazione non sufficiente per ostacolare la diffusione nel nostro Paese. Sarebbe preoccupante se il livello culturale di medici e farmacisti fosse davvero così basso da non distinguere i medicinali: ho il dubbio che si cerchi di ostacolare la diffusione dei generici. In ogni caso, anziché scaricare la colpa sui farmaci non griffati, è necessaria maggiore attenzione e professionalità da parte di medici e farmacisti".

**Giugno 2005****Referendum su procreazione medicalmente assistita**

Vince l'astensionismo e la legge sulla procreazione assistita resta così come approvata dal Parlamento l'anno precedente. L'Anaa Assomed, attraverso il suo segretario, aveva chiesto ai "camicci bianchi" di andare a votare, per il sì o per il no, in coscienza su una materia dove i medici sono competenti: "I medici non possono lavarsi le mani".

**Agosto 2005****Anaa critica la proposta Storace per ridurre le liste d'attesa**

"Gli erogatori delle prestazioni sanitarie, cioè i medici ospedalieri, dove sono nella commissione nazionale di controllo sulle liste di attesa che il ministro vuole isti-

tuire?". È quanto chiede Serafino Zucchelli in merito al decreto sulle liste di attesa annunciato dal ministro della salute Francesco Storace. Per Zucchelli nell'annuncio provvedimento del ministro "c'è demagogia e contraddizione" Secondo Zucchelli serve distinguere tra "urgenza, urgenza differita e controlli". Quanto alla norma prevista dal provvedimento annunciato dal ministro per far pagare alle Asl le visite e gli esami in caso di attese troppo lunghe, Zucchelli ha ricordato che "la norma esiste già; e per fare un passo avanti nell'ultimo contratto è previsto che l'azienda sanitaria possa acquistare dai professionisti prestazioni al di fuori dell'orario di lavoro, da dare gratuitamente ai cittadini. Una libera professione resa all'azienda".

**Novembre 2005****La devolution è legge**

Il Parlamento vara la riforma costituzionale del centro destra che modifica la precedente riforma del centro sinistra e inserisce per la sanità la devoluzione totale delle competenze legislative alle Regioni in materia di assistenza e organizzazione sanitaria.

"L'ultimo strumento che abbiamo - conclude Zucchelli - per impedire l'applicazione di questa riforma è invitare a votare No al referendum confermativo che, mancando la maggioranza dei due terzi in Parlamento, dovrà essere celebrato: non possiamo permettere che venga distrutto un sistema di tutela della salute che, seppur migliorabile, è stato giudicato tra i migliori del Mondo dalla stessa Oms".

**Novembre 2005****Al via il Piano sanitario nazionale 2006-2008**

Il Consiglio dei Ministri approva il Piano sanitario nazionale per il triennio 2006/2008 predisposto dal ministro Storace. Il piano si articola in quattro linee strategiche: la prima per il raccordo tra politiche nazionali ed europee; la seconda per il rilancio della prevenzione sanitaria, il governo clinico e la qualità, la riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione tra prevenzione, cure primarie e percorsi di diagnosi e cura; la terza per promuovere innovazione, ricerca e sviluppo; la quarta per favorire le varie forme di partecipazione dei cittadini.

Il piano non piace alle Regioni che lo giudicano in contrasto con l'autonomia regionale e superato nei contenuti.

**Novembre 2005****Firmato il contratto degli ospedalieri, parte normativa e primo biennio economico**

Dopo 46 mesi dalla sua scadenza naturale viene siglato il contratto di lavoro della dirigenza sanitaria del Ssn relativo al quadriennio 2002-2005 e al I° biennio economico 2002-2003. Un buon contratto - dicono i sindacati - ma la tensione resta alta per la mancata sottoscrizione degli accordi sul II biennio economico che porta a nuovi annunci di scioperi per il 2006.

**Dicembre 2005****La Finanziaria 2006**

Il Parlamento approva la legge Finanziaria per il 2006 che stanziava per la sanità 93 miliardi di euro, di cui 2 relativi ai debiti pregressi.

**Gennaio 2006****Agitazioni per il II biennio economico del Ccnl**

Il 2006 si apre con la calendarizzazione di una serie di agitazioni per sollecitare la ripresa delle trattative contrattuali. Le OoS della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa registrano l'intollerabile ritardo nello sviluppo delle trattative per il rinnovo del Contratto relativo al biennio economico 2004-2005, quindi già scaduto il 31 dicembre. Viene fatto anche un tentativo di conciliazione che però fallisce. L'incontro tra Aran e Sindacati del 31 gennaio 2006 non fa registrare grossi passi avanti.

**Marzo 2006****Firmata la pre intesa sul II biennio**

"I contenuti della pre intesa relativa al II biennio economico della dirigenza medica e veterinaria sigla-

ta all'Aran - dichiara Serafino Zucchelli - rappresentano un soddisfacente punto di incontro tra le ragioni della nostra piattaforma e quelle dell'Aran-Regioni".

La prima novità prevista dal nuovo Contratto consiste nel riconoscimento economico di 50,00 euro per ogni turno notturno svolto in orario di lavoro, aggiuntivo alla specifica indennità.

La seconda novità riguarda il riconoscimento di un nuovo livello economico (un superminimo di circa 1.030,00 euro/anno) riservato in via prioritaria ai dirigenti con incarico professionale che hanno superato la verifica a 15 anni di esperienza professionale già prevista per l'attribuzione della relativa indennità di esclusività.

La terza novità prevede lo "scongelo" del valore economico dell'ora straordinaria che, dall'entrata in vigore del presente contratto II biennio, si riallinea al valore del nuovo tabellare unico che si posiziona nella media della dirigenza dello Stato cioè poco sopra i 40mila euro/anno/lordo.

**Marzo 2006****Amedeo Bianco nuovo presidente Fnomceo**

Amedeo Bianco è il nuovo Presidente della Fnomceo per il triennio 2006-2008. Lo ha eletto all'unanimità il Comitato Centrale della Federazione. Vice presidente è Maurizio Benato, segretario Roberto Lala e tesoriere Claudio Cortesini.

L'Anaa Assomed esprime grande soddisfazione per la nomina.

**Aprile 2006****Baccini sblocchi il contratto al Consiglio dei Ministri**

Accelerare la deliberazione del Governo del II biennio economico del contratto di lavoro la cui pre intesa è stata siglata all'Aran il 9 marzo e su cui il Comitato di settore si è già espresso favorevolmente. È questa la richiesta firmata Anaa e rivolta al ministro della Funzione Pubblica Mario Baccini.

**Maggio 2006****L'Anaa e il nuovo Governo nazionale**

Soddisfazione per la nomina di Livia Turco alla guida del dicastero della Salute. È questa la posizione dell'Anaa Assomed, auspicando che il nuovo Governo sappia offrire garanzie per la tutela e il potenziamento della sanità pubblica.

In particolare l'Anaa si augura che il nuovo ministro della Salute sappia comprendere le difficoltà e le aspirazioni professionali del medico dipendente che ha scelto di legare le sue sorti a quelle del servizio sanitario pubblico.

Tra le richieste avanzate, una priorità assoluta è l'approvazione del II biennio economico 2004-2005 del contratto di lavoro perché attraverso il miglioramento delle condizioni di lavoro, può consentire all'intera categoria di rispondere con più forza ai nuovi obiettivi che un'opera di rinnovamento del sistema richiede.

**Maggio 2006****Zucchelli è nominato sottosegretario alla Salute**

Il 18 maggio 2006 Serafino Zucchelli è stato chiamato a far parte del nuovo Governo Prodi, con l'incarico di Sottosegretario al ministero della Salute.

"La sua nomina a sottosegretario al ministero della Salute - si legge in un comunicato diffuso dall'Anaa - onora l'intera Associazione, a dimostrazione di come la strategia del sindacato non abbia privilegiato negli anni solo ed esclusivamente gli interessi della categoria, ma abbia voluto coniugare questi con l'interesse comune a tutela e difesa dei principi capisaldi della salute pubblica.

È con grande gioia e soddisfazione che riceviamo questo riconoscimento, cedendo il nostro Segretario nazionale al nuovo Governo, certi che la sua esperienza e le sue capacità, umane e professionali, saranno in grado di offrire un grande contributo per il raggiungimento di importanti risultati nell'interesse del bene comune".

**INTERVISTA AD ENRICO ROSSI, ASSESSORE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE IN TOSCANA E COORDINATORE DEGLI ASSESSORI REGIONALI ALLA SANITÀ**

# “Una sanità equa fa bene allo sviluppo economico e alla coesione sociale”

Soddisfatto dei primi segnali lanciati dalla ministra Livia Turco, che ha chiamato le Regioni al confronto per definire obiettivi condivisi, Rossi auspica che si superi in fretta quello che definisce il “federalismo per abbandono” degli anni di governo del centro destra. E, muovendo dall’esperienza della sua Regione, rilancia un modello di sanità pubblica che interviene anche nella ricerca

**Assessore Rossi, come pensa che cambieranno i rapporti tra Regioni e ministero con l’arrivo della ministra Turco?**

C’è bisogno di un governo che ascolti le Regioni e che proponga loro scelte da condividere. Con il centro-destra c’è stato una sorta di “federalismo per abbandono” secondo il quale, una volta ripartito il Fondo, le Regioni dovevano arrangiarsi. Ed in effetti in questi anni le Regioni, pur tra mille difficoltà, hanno tenuto in piedi la sanità nazionale. Con il ministro Storace poi c’è stata una vera e propria contrapposizione programmatica alle Regioni. Fin dalle prime battute del suo incarico, Livia Turco ha fatto capire con chiarezza di voler cambiare rotta e di voler rifondare il rapporto con le Regioni, iniziando immediatamente un lavoro di ascolto, monitoraggio e consultazione costante, per costruire azioni e raggiungere obiettivi condivisi. È proprio quello che ci aspettavamo.

**Il presidente Prodi ha dichiarato di voler ribaltare la logica secondo la quale la sanità è soltanto una voce di spesa, per trasformarla in un volano di crescita. Secondo la sua esperienza è davvero possibile trasformare questo slogan in realtà?**

Sono convinto che sia possibile e soprattutto necessario. Trovo francamente miope e riduttivo che in un paese sviluppato come il nostro si continui a parlare della sanità e quindi della salute delle persone esclusivamente come di un costo. Se guardo alla Toscana, vedo che l’“azienda sanità” è la più importante per “giro d’affari”, occupazione, indotto, ed anche che è la più colta, la più sensibile alle innovazioni. Una sanità buona ed equa rende una comunità più prospera sotto il profilo economico e più coesa socialmente. Purtroppo, se guardiamo agli investimenti, in questi anni le Regioni sono state lasciate a se stesse. Al contrario la Regione Toscana conside-

ra la ricerca e l’innovazione strumenti essenziali per la crescita del sistema sanitario regionale. Per questo stiamo investendo in questo settore risorse consistenti. La ricerca è entrata a far parte a pieno titolo delle attività della sanità toscana con il Piano sanitario in vigore: nel triennio 2005-2007 ci sono 24 milioni di euro da spendere per la ricerca sulle cellule staminali, i farmaci orfani, lo sviluppo del sistema dei trapianti, le biotecnologie, l’informatizzazione della diagnostica per immagini.

**Il monitoraggio 2005 indica che nove Regioni hanno chiuso i bilanci in deficit e tra queste due, Lazio e Campania, con somme molto elevate. Crede che la procedura di affiancamento da parte del Governo nazionale, prevista dalla Finanziaria 2005, sarà efficace per risanare lo stato del servizio sanitario in queste realtà regionali?**

Questo “affiancamento” non è e non può essere solo del Governo. Le stesse Regioni sono chiamate a collaborare, per la diffusione delle migliori pratiche, per condividere le scelte che si sono rivelate vincenti. Questa potrà essere una occasione di crescita per tutti.

**La Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni, della quale lei è coordinatore, ha lo scopo di armonizzare le politiche sanitarie regionali. Non c’è contraddizione con la ribadita autonomia di ciascuna Regione in materia di organizzazione sanitaria?**

Le Regioni hanno sempre detto con chiarezza che non vogliono creare 21 servizi sanitari regionali diversi. La diffusione globale delle tecnologie, la stessa mobilità dei cittadini impongono regole condivise, al di là del modo con cui queste vengono poi declinate sotto il profilo organizzativo. L’importante è che il cittadino, in qualsiasi angolo del territorio nazionale risieda, usufruisca dello stesso diritto alla salute.

**La Regione Toscana ha completato il riordino della propria rete ospedaliera. È davvero così o resta qualcosa da fare?**

Nell’arco di circa dieci anni la Regione Toscana ha completamente riorganizzato la propria rete ospedaliera, passando da una situazione di 93 ospedali (23.108 posti letto, 6,4 posti letto per 1.000 abitanti) a 41 ospedali (13.500 posti letto, 3,8 posti letto per 1.000 abitanti). Sono stati aperti numerosi ospedali nuovi ed è stata promossa l’utilizzazione più appropriata delle strutture ospedaliere nella rete integrata dei servizi territoriali. L’ultimo passo da compiere, in ordine di tempo, riguarda ora la costruzione di quattro nuovi ospedali a Massa Carrara, Lucca, Prato e Pistoia.

Il 5 giugno scade la gara di appalto per 422 milioni di euro per la progettazione e la realizzazione di questi presidi, secondo una operazione di *project financing* che rappresenta una novità assoluta, per caratteristiche, dimensioni e qualità, nel panorama italiano. Questo è un altro capitolo di quel ragionamento sul peso della sanità come volano economico di cui parlavamo prima.

Ricordo che da almeno tre mesi consecutivamente (febbraio, marzo e aprile) si è registrata in Italia una forte flessione per i bandi di gara per le opere pubbliche di importo superiore ai cinque milioni. L’Osservatorio nazionale per il *project financing*, costituito dal ministero dell’Economia, dall’Unità per la finanza di progetto, dal Cresme, dall’Unioncamere e dalla Camera di commercio di Roma, ha indicato una sola controtendenza, quella del settore sanitario e ospedaliero che, in forza proprio del progetto della Toscana, fa segnare un andamento positivo. Sono convinto che abbiamo bene operato e faremo in modo di procedere rapidamente, per l’interesse pubblico e di tutta la collettività.

## segue dalla prima

### È IL MOMENTO DI SALUTARCI

dell’attività sindacale, compito primo dell’Associazione.

Quanto a me, poi, vedo verificarsi tutte queste cose con un certo orgoglio e soddisfazione: i contratti erano stati rinnovati, crescevano il consenso e l’adesione all’Anaa, il gruppo dirigente forniva competenze utili alla vita delle aziende del Ssn, del mondo ordinistico e previdenziale della professione.

Io accarezzavo per me l’idea di chiedere all’Associazione di affidarmi la Segreteria nazionale per un altro biennio per poi passare alla presidenza, occupandomi eventualmente della Fondazione Pietro Paci.

Non ero mai stato tentato dalla politica, non per supponenza, ma per carenza di vocazione. All’improvviso mi si è chiesto non di aderire ad un partito, ma di portare l’esperienza della nostra Associazione prima in Parlamento poi al Governo. Il resto lo conoscete.

Il prossimo Congresso di Genova sarà il momento del cambiamento della dirigenza. Sono sicuro che i nuovi uomini, nei modi che riterrete opportuni, continueranno a fare dell’Anaa il luogo più importante di aggregazione dei medici dirigenti del Ssn per la corretta tutela degli interessi professionali ed economici e per la difesa della sanità pubblica del Paese con particolare riguardo per le fasce più deboli dei cittadini.

L’Anaa Assomed continuerà ad essere sede di dibattito culturale e di fermento per proposte innovative che nascono dall’e-

sperienza del fare e dello studio quotidiano. Il radicamento nella realtà, vissuto con occhi attenti e critici, continuerà a far conoscere i problemi e a suggerirne le soluzioni più adeguate sempre sotto il segno del senso di responsabilità.

Perché questo avvenga, però, è indispensabile che l’Anaa Assomed difenda la sua autonomia che nulla ha a che vedere con il corporativismo ed il disinteresse dell’impegno civile. Essa è strumento indispensabile di libertà per essere da stimolo e pungolo per tutti, a cominciare da questa alleanza e questo Governo.

Quanto a me, non so quale sarà la durata di questa esperienza governativa. Spero soltanto che quando cesserà, se sarò ancora capace di intendere e di volere, mi accoglierete ancora tra di voi.

**Serafino Zucchelli**

**DIRIGENZA MEDICA**  
Il mensile dell’Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3  
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23  
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30  
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it  
www.anaao.it

direttore  
**Serafino Zucchelli**

direttore responsabile  
**Silvia Procaccini**

comitato di redazione:  
**Alberto Andron,**  
**Piero Ciccarelli, Antonio Delvino,**  
**Mario Lavecchia**

coordinamento editoriale  
**Eva Antoniotti**

editore



Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18,  
00147 Roma  
tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002  
del 25.3.2002; Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1,  
DR Commerciale Business Ancona n. 11/2006

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

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)  
Finito di stampare nel mese di maggio 2006

INTERVISTA AL PRESIDENTE DI FARMINDUSTRIA

# Dompé: "Il valore di un sistema non si calcola solo con il Pil"

"Tener conto della realtà socio-economica d'insieme, compresa l'accessibilità dei servizi per la popolazione". È questa, secondo Sergio Dompé, l'ottica con cui guardare al sistema salute per renderlo davvero uno dei motori principali dello sviluppo del Paese

**Presidente Dompé, lei ha più volte dichiarato che il comparto della salute, e quello farmaceutico in particolare, sono una grande risorsa per tutto il Paese. Tuttavia i conti della sanità sono perennemente in rosso e le maggiori attenzioni sembrano sempre rivolte al contenimento della spesa. Come se ne può uscire?**  
È importante partire da un nuovo presupposto, perché in un'economia matura, qual è quella europea, c'è la necessità di introdurre criteri capaci di valutare l'insieme del sistema Paese e anche le sue prospettive. Il Pil, a mio parere, è ormai un indicatore obsoleto ed occorre invece utilizzare strumenti di valutazione che sappiano tener conto della realtà socio-economica d'insieme, compresa l'accessibilità dei servizi per la popolazione. Questo è vero soprattutto per quanto riguarda il Ssn e tutto ciò che ruota nell'ambito del sistema salute, dove abbiamo già una posizione avanzata sia nei confronti delle economie emergenti, sia nei confronti del sistema più sviluppato del mondo, almeno in termini economici, che è quello degli Stati Uniti. Non a caso, l'Oms, organismo al di sopra degli interessi dei singoli Governi, assegna al servizio sanitario italiano la seconda posizione al mondo in base al rapporto qualità/prezzo/accessibilità.

**Pensa ad una nuova alleanza tra servizio pubblico e industria?**

I grandi sistemi solidaristici europei offrono senz'altro il vantaggio di creare una massa critica importante nella domanda di salute. Se questi sistemi si collegano con l'area della ricerca e con un'industria che sappia fare il proprio lavoro, può svilupparsi un modello economico davvero avanzato. Per quanto riguarda il mondo del farmaco credo che si debbano affermare due principi essenziali: il valore dell'innovazione e l'appropriatezza. Utilizzare un farmaco innovativo, per quanto costoso in sé, può generare significativi risparmi per il sistema nel suo complesso, per esempio riducendo i tempi di degenza o rallentando il progredire delle malattie. La scommessa sta nel puntare sulle tante eccellenze che abbiamo in Italia, anche se a macchia di leopardo, e sulla novità rappresentata dalle biotecnologie, un settore nel quale anche piccole realtà, realmente innovative, hanno la possibilità di studiare progetti di grande impatto e di portarli ad una fase avanzata di sviluppo. Le imprese farmaceutiche possono davvero oggi dare un grande contributo al sistema sanitario e al Paese, ma è indispensabile che la politica definisca un quadro di riferimento univoco, chiaro, possibilmente bipartisan e dunque costante nel tempo, perché i tempi medi di investimento produttivo nel nostro settore sono lunghi e in media, tra progettazione, sperimentazione, autorizzazione e uscita in commercio, passano 13 anni perché gli investimenti comincino a dare i frutti.

**Lei parla di una nuova fase dinamica dell'industria farmaceutica italiana. È una speranza o ci sono già segnali concreti?**

Posso dire con orgoglio che i segnali sono molti.

Innanzitutto oggi abbiamo 35 progetti di innovazione già in fase di sviluppo internazionale, cosa che non accadeva da decenni, e la nostra ambizione è farli salire a 50. Di questi, 28 riguardano le biotecnologie e proprio in questo settore ci sono più di 100 aziende italiane che stanno facendo oggi un lavoro molto qualificato e innovativo e che per questo si stanno guadagnando le copertine delle più prestigiose riviste scientifiche internazionali.

Imprese, che non esistevano fino a pochi anni fa e che oggi sono il perno delle collaborazioni con i grandi sistemi e con le industrie internazionali, alimentando così il flusso di investimenti verso il nostro Paese.

Accanto a queste ci sono poi le grandi imprese italiane, come Bracco, Chiesi, Angelini, Sigma Tau, Menarini e tante altre, impegnate in un grande lavoro di ricerca e anche di penetrazione commerciale verso l'estero che mostrano un ottimo spessore competitivo.

È inoltre ci sono le grandi aziende internazionali che hanno ripreso ad investire nel nostro Paese, anche grazie alla capacità del management italiano: Sanofi Aventis si è impegnata ad investire più di 200 milioni di euro nel nostro Paese; Merck sta già investendo da tempo e in questo momento ha in sviluppo nuovi inibitori della proteasi per combattere l'Aids che sono tra i più potenti in sperimentazione; Eli Lilly sta costruendo uno stabilimento per la produzione del biotech in Toscana che sarà tra i più importanti al mondo; infine anche Glaxo, che per anni è stata l'azienda che ha più investito in Italia, sta pensando a nuovi interventi.

Sono queste realtà che impongono di trovare al più presto un accordo con il mondo della sanità e della politica per sviluppare ancora di più le nostre potenzialità e non perdere queste irripetibili opportunità.

**Chiederete di rivedere anche i prezzi?**

Considerando che il 90% delle spese per la ricerca è sostenuto dalle aziende, non possiamo continuare ad essere la cenerentola di Europa, con i prezzi dei farmaci in classe A e H (ospedali) che sono i più bassi in assoluto e con un tetto di spesa rigido che non ha equivalenti in nessun altro comparto industriale. Paradossalmente, se dovesse esserci un'epidemia o qualsiasi altro evento sanitario straordinario che facesse impennare il consumo farmaceutico, le imprese si troverebbero a sostenere il 60% della spesa extra. E, sempre a proposito del tetto di spesa, occorre fare un'altra considerazione: se si utilizzano farmaci innovativi, il sistema risparmia grazie, ad esempio, alla riduzione delle giornate di degenza, mentre le industrie si troverebbero a pagare la gran parte dello sfioramento di spesa farmaceutica.

È su queste considerazioni che spero sia possibile ottenere un serio confronto con il Governo, che superi la logica delle norme di risparmio indiscriminato e faccia invece prevalere un'autentica logica di sistema. Serve un tavo-

lo di concertazione, così come proposto anche dal Ministro della salute, Livia Turco, cui partecipino il Governo, con i ministri dello Sviluppo e della Salute, le Regioni, l'Aifa e le imprese farmaceutiche per affrontare i problemi con la massima razionalità, cercando soluzioni condivise che migliorino la competizione all'interno del settore e che promuovano l'appropriatezza.

**In Italia stenta ad affermarsi l'uso del farmaco generico. Non pensa che potrebbe invece essere utile promuoverlo per liberare risorse economiche a vantaggio dei prodotti innovativi?**

Il mercato farmaceutico italiano non si è molto aperto al generico perché il prezzo delle specialità equivalenti era già molto basso. Probabilmente ora la situazione cambierà perché giunge al termine la tutela brevettuale di farmaci importanti che hanno prezzi più vicini alla media europea e dunque più elevati. Comunque, già oggi i farmaci generici coprono il 22% del mercato e prevediamo di superare il 25% entro l'anno; mi pare sia una quota molto soddisfacente.

**Nella scorsa legislatura si era lavorato ad una nuova legge sull'informazione scientifica che però non è andata in porto. In attesa di capire cosa accadrà con il nuovo Governo, non le sembra comunque un segnale sospetto che l'industria spenda tanto per gli informatori?**

Troppe volte ho sentito dire che l'eccesso di informazione scientifica in Italia ha prodotto inapproprietezza ed ha portato la spesa fuori misura. La realtà è invece che siamo sensibilmente sotto la media della spesa farmaceutica europea e che il numero degli informatori è determinato da una particolare organizzazione del sistema medico italiano che prevede un numero di interlocutori più alto rispetto alle altre nazioni.

Detto questo, penso che nel prossimo futuro dovremo sviluppare ancora di più il criterio dell'appropriatezza e investire maggiori risorse nella ricerca. Questo ci porterà a sacrificare ulteriormente il livello dell'informazione medico-scientifica per motivi di costo da una parte e di regolamentazione dall'altra.

**Avete già fissato una data per avviare il confronto con il nuovo Governo?**

Sì e spero che i tempi saranno brevissimi, nell'interesse di entrambe le parti. Il Governo ha bisogno di dare risposte ai problemi che si trova ad affrontare e, dal loro punto di vista, la spesa farmaceutica è indiscutibilmente un problema. Noi abbiamo bisogno di regole certe che ci consentano di pianificare lo sviluppo delle aziende e anche di convincere gli interlocutori internazionali ad investire in Italia, così che la farmaceutica e il biotech possano davvero, nei prossimi anni, diventare i motori principali dello sviluppo del Paese.

GLI ESITI DEI CONGRESSI REGIONALI ANAAO ASSOMED

# Il nostro sindacato, Regione per Regione

I nuovi gruppi dirigenti eletti in ciascuna realtà locale e una sintesi delle problematiche aperte e delle proposte emerse nelle Assemblee regionali che hanno preparato l'appuntamento nazionale di Genova

## Abruzzo

**Cosimo Napoletano: "La piaga dei ricoveri inappropriati nel privato"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

- a) Grave difficoltà economica.
- b) Carenza di personale ospedaliero rispetto al numero degli Ospedali e dei reparti attivati e rispetto ad un Piano Sanitario Regionale datato (ultimo P.S.R. 99/01).

### Le proposte del sindacato per risolverle

- a) Rete Ospedaliera integrata.
- b) Individuazione e sostegno delle Unità Operative di



eccellenza o, dove esistenti, dei Dipartimenti e degli Ospedali di riferimento.

- c) Riduzione dei ricoveri inappropriati specialmente nel settore privato (piaga abruzzese).

### Le urgenze in agenda

- a) Applicazione del Contratto: trattativa decentrata.
- b) Miglioramento dell'organizzazione sanitaria con un giusto rapporto tra atti-

vità ospedaliera e territoriale, senza ulteriori sprechi di finanziamenti a favore del territorio.

### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

- a) Rilancio della funzione sindacale.
- b) Difesa della professionalità.
- c) Riduzione del disagio.
- d) Tutela del lavoro (No alla precarietà).

### SEGRETERIA ABRUZZO

**Segretario regionale: Cosimo Napoletano**

**Tesoriere: Roberto Materazzo**

**Componenti segreteria:**

**Amedeo Budassi, Flavio Cardillo, Loreto Lombardi, Giuliano Mascitelli, Walter Di Bastiano**

## Basilicata

**Mario Russo: "Riproporre il dirigente in formazione"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Le principali criticità sono riconducibili alla mancata razionalizzazione della rete ospedaliera, per cui, accanto ad una spesa sempre crescente, non vi è un ottimale utilizzo del personale e delle attrezzature. Infatti a fronte di un numero di medici mediamente sufficienti si registra una loro distribuzione non uniforme.

### Le proposte del sindacato per risolverle

Il sindacato è da tempo impegnato, come altri sindacati e con le forze politiche, ad ottenere un Piano sanita-

rio regionale consono alle necessità dei cittadini della Basilicata tenendo conto della situazione geografica della Regione. Presto sarà istituito un tavolo con gli amministratori regionali per affrontare tale problema.

### Le urgenze in agenda

Il sindacato è impegnato attualmente su due fronti. Da un lato sono iniziate in tutte le Asl e l'Ao le trattative decentrate per l'applicazione del Ccnl, dall'altro si sta procedendo comunque all'attivazione del tavolo regionale secondo l'articolo 9 del Contratto di lavoro.

### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

Per il prossimo quadriennio, a parere nostro, il punto più importante che il sindacato dovrà affrontare è la modalità di accesso del personale medico al Ssn: "ri-



proporre il dirigente in formazione". La specializzazione come requisito di accesso sta creando seri problemi. Oltre alle difficoltà create da motivi finanziari al rimpiazzo delle carenze dei dirigenti medici, spesso non si riesce ad assumere per mancanza di professionisti. Se non si porrà rimedio presto avremo un Ssn privo di dirigenti medici ed una pletera di disoccupati, creando danni al Ssn e danni ai medici che o non entreranno nel mondo ospedaliero o vi entreranno non più giovanissimi.

Quindi la vera parola d'ordine dovrebbe essere: "formazione" e, anche agli ospedali.

### SEGRETERIA BASILICATA

**Segretario regionale: Mario Russo**

**Vicesegretario regionale: Eustachio Vitullo**

**Tesoriere: Sandro Giannuzzi**

## Calabria

**Domenico Saraceno: "C'è bisogno di trasparenza e collaborazione"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

La mancata definizione-integrazione tra il settore pubblico e quello privato, nonché tra il settore pubblico e l'Università. Il settore privato da molti anni non rispetta quanto stabilito dal Dlgs 502/92 e, in base a favoritismi clientelari, ottiene il pagamento delle prestazioni senza gli accordi contrattuali, che non sono mai stati definiti.

L'Università agisce per conto suo, senza un piano integrato con le restanti strutture ospedaliere, sottraendo risorse al fondo sanitario regionale che, comunque, è unico per tutto il sistema. E la Regione continua a dimostrare una inspiegabile subalternità nei confronti dell'Università.

Il sistema sanitario calabrese, insomma, risente della mancanza di serie linee guida per l'accreditamento delle strutture, mancanza di definizione di standard organizzativi, strutturali e tecnologici uguali per tutti.

Inoltre, va rivisitato con urgenza il Piano sanitario re-

gionale, perché quello vigente, emanato dalla precedente Giunta, non ha effettuato nessuna scelta coraggiosa, riducendosi a fotografare l'esistente e integrandolo con quello di altre realtà Regionali. Il Piano sanitario, in pratica, è stato formulato solo per ragioni economiche, al fine di poter accedere a quanto stabilito dalla conferenza Stato-Regione.

La Calabria ha inoltre bisogno di un piano per la medicina di emergenza, perché ancora oggi assistiamo a "litigi" su dove dislocare le postazioni di elisoccorso che, in considerazione della orografia territoriale della Calabria, assumono una grande importanza per la vita del paziente.

È poi necessario trovare una soluzione efficace per fermare la migrazione sanitaria verso altre Regioni, che a volte avvengono anche per patologie di medio impegno. Questo, nel 2004, ha comportato alla Regione una spesa di oltre 200 milioni di euro per rimborsi ad altre Regioni. È un fenomeno dovuto ad una scarsa collaborazione dei medici di medicina generale e a una scarsa visione aziendalistica di alcune figure professionali.

In Calabria, purtroppo, il personale sanitario è forte-

mente demotivato, anche a causa dell'attesa, da anni, di una seria e completa applicazione dei contratti collettivi di lavoro, che ha visto gli operatori sanitari spesso intraprendere anche azioni legali per il riconoscimento del dovuto.

E nel frattempo assistiamo alla nomina di nuovi direttori generali che, per la maggior parte, non hanno nessuna competenza specifica del settore sanitario e, a quanto sembra, per alcuni nemmeno i requisiti previsti dalla legge per svolgere tali compiti. Una lottizzazione politica delle aziende che, purtroppo, si è verificata anche con l'attuale Giunta.

Assente, infine, l'integrazione ospedale-territorio, nonostante sia ormai chiaro che il settore della dipendenza e quello della convenzionata non possono continuare ad essere due compartimenti stagni, non comunicanti tra loro. È necessaria una forte collaborazione e la creazione di percorsi assistenziali comuni e condivisi. Se così non sarà la devolution razzista e iniqua porterà inevitabilmente al collasso del nostro Servizio sanitario regionale.

### Le proposte del sindacato per risolverle

Dal punto di vista politico è indispensabile una seria ri-



Il Congresso dell'Anaa Assomed delle Marche si è svolto proprio mentre stavamo chiudendo questo numero di *Dirigenza Medica* e per ciò non siamo riusciti ad inserire la relativa scheda, che pubblicheremo sul prossimo numero della rivista.

visitazione del Piano sanitario regionale, fondata su dati ed esigenze reali del cittadino e non su spinte clientelari. La Calabria ha bisogno di atti aziendali all'insegna della trasparenza e della correttezza in base alle esigenze della popolazione residente.

Dal punto di vista tecnico, sono dell'avviso che l'assessorato alla Sanità sia dotato di figure competenti, che possono dare suggerimenti corretti all'organo politico. In passato la tecnostuttura dell'assessorato, invece, si è dimostrata serva del politico di turno, abdicando spesso al proprio ruolo istituzionale.

Dal punto di vista organizzativo infine, sarà necessario effettuare la decadenza automatica di tutti i direttori generali che, entro sei mesi dalla nomina, non attuano i disposti contrattuali economici e professionali.

#### Le urgenze in agenda

Sono almeno sette:

- 1) intensificare le relazioni sindacali con l'assessorato regionale alla Sanità;
- 2) la trattativa Regionale dell'applicazione dell'articolo 9 del nuovo Ccnl;
- 3) un regolamento regionale sulla libera attività professionale, a tutt'oggi non emanato;
- 4) avviare azioni sindacali e legali per un giusto riconoscimento alle ingerenze dell'Università che danneggiano fortemente anche in termini economici il settore pubblico;
- 5) essere protagonisti, con proposte e supporto tecnico, della rivisitazione del Piano sanitario regionale;
- 6) supporto a tutti i segretari aziendali al fine dell'ap-

plicazione di contratti di lavoro già scaduti;

7) vigilare sulla stesura degli atti aziendali nell'esclusivo interesse della medicina pubblica.

**Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio**  
Realizzare un Servizio sanitario regionale, solidale, equo e accessibile a tutte le fasce sociali.

#### SEGRETERIA CALABRIA

**Segretario regionale:** Domenico Saraceno

**Vicesegretario regionale:** Sergio Abonante

**Tesoriere:** Pasquale Verre

**Segretario organizzativo:** Filippo Maria La Russa

**Componenti Segreteria:** Saverio Montebianco Abenavoli, Giuseppe Serranò, Guglielmo Cordasco

## Campania

Carlo Melchionna: "Basta con i provvedimenti tampone"

#### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Il disavanzo storico e corrente della spesa sanitaria che, richiedendo una imponente manovra finanziaria di rientro, riduce drasticamente le risorse tanto da mettere a rischio la possibilità di garantire i livelli essenziali di assistenza.

In Campania la politica sanitaria regionale ha sempre privilegiato i provvedimenti tampone senza mai affrontare, alla fonte, il problema del disavanzo, cioè riducendo gli sprechi con una programmazione regionale che miri ad una seria riorganizzazione e redistribuzione delle risorse. Il continuare a credere di poter risolvere i problemi economici semplicemente con tagli indiscriminati delle risorse non farà che distruggere quello che di buono c'è nel nostro sistema sanitario regionale, diminuendo, di fatto, l'offerta tanto da costringere i cittadini a trovare

la risposta ai loro bisogni nelle strutture private o in altre Regioni.

#### Le proposte del sindacato per risolverle

Le nostre proposte sono molto semplici e, per certi versi, scontate (tranne che per i nostri politici regionali!):

- 1) l'accreditamento delle strutture pubbliche e private, che tutt'ora usufruiscono di un accreditamento provvisorio;
- 2) l'approvazione del piano ospedaliero senza il quale è impensabile programmare una riorganizzazione della rete ospedaliera regionale indispensabile per la riduzione degli sprechi;
- 3) il completamento dell'articolo 20 necessario, in alcuni casi, finanche per la messa a norma delle strutture,



oltre che a realizzare gli spazi per l'attività liberoprofessionale intramoenia;

4) l'utilizzo delle risorse finanziarie impegnate in progetti che languono.

#### Le urgenze in agenda

Applicazione dell'art. 9 con la possibilità di garantire una omogenea applicazione del contratto in tutto il territorio regionale, evitando così le disparità che si sono registrate nelle altre tornate contrattuali.

**Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio**  
Autonomia, professionalità, etica, dignità.

#### SEGRETERIA CAMPANIA

**Segretario regionale:** Carlo Melchionna

**Vicesegretario regionale:** Fulvio Esposito

**Segretario amministrativo:** Marco Laccetti

**Segretario organizzativo:** Mauro Coviello

**Responsabile Centro Studi:** Nicola Acone

**Componenti Segreteria:** Maurizio De Palma,

Giovanni Lettieri, Santo Monasta, Ettore Schiavone

## Emilia Romagna

Claudio Aurigemma: "Svantaggiati dal riparto del Fondo sanitario nazionale"

#### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

La principale criticità della nostra Regione è rappresentata dal finanziamento del sistema che, anche per quanto deciso in Conferenza Stato-Regioni, non sarà sicuramente sufficiente. Si tratta, infatti, di un finanziamento basato sulla quota capitaria non pesata, che ha certamente penalizzato una Regione con un'alta percentuale di popolazione anziana come la nostra. Questo renderà ancora più difficile la difesa del livello di qualità raggiunto dal nostro servizio sanitario regionale nel corso degli anni. Un altro problema attivo da mesi è, inoltre, il rapporto con l'Università nelle aziende miste che, finalmente, dopo un lungo contenzioso con la Regione, sta cominciando ad avviarsi verso una fase di trattativa vera, pur

permanendo la nostra posizione critica riguardo al Protocollo che la Regione ha stipulato con l'Università.

#### Le proposte del sindacato per risolverle

Ritengo che solo lasciando la *governance* ai professionisti sarà possibile recuperare le risorse, utilizzandole in modo appropriato, senza sprecarle in prestazioni o servizi inutili, inefficaci e dannosi. Per fare ciò, tuttavia, è necessario che i Dipartimenti possano realmente contrattare e gestire il proprio budget.

Questo, comunque, non sarà sufficiente e appare necessaria, in futuro, l'introduzione di tasse di scopo o il ricorso alla mutualità integrativa.

Per quanto riguarda le aziende miste, solo una rappresentanza paritaria delle componenti ospedaliera ed universitaria nel Collegio di Direzione e nei Dipartimenti potrà consentire una reale integrazione senza rendite di



posizione di una componente rispetto all'altra.

#### Le urgenze in agenda

La priorità sarà una rapida e soddisfacente applicazione del contratto, specialmente per quanto riguarda l'articolazione dell'orario di lavoro e l'organizzazione della Continuità assistenziale. Sarà inoltre necessario che, per la nuova posizione prevista per i colleghi con più di 15 anni di servizio nel secondo biennio, la prima applicazione citata dal testo sia seguita anche dalla seconda, visto che avverrà almeno con 6 mesi di ritardo sulla naturale scadenza del contratto. Evitando così il formarsi di una nuova "riserva indiana" di colleghi con diverso trattamento economico ed interpretando in modo corretto la progressione economica legata all'esperienza professionale.

**Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio**  
Autonomia, appropriatezza, investimenti, qualità.

#### SEGRETERIA EMILIA ROMAGNA

**Segretario regionale:** Claudio Aurigemma

**Vicesegretario regionale:** Francesco Melandri

**Tesoriere:** Antonio Pelizza

**Componenti Segreteria:** Claudio Capponcini, Paolo D'Aquino, Salvatore Lumia, Alberto Sensi, Giorgio Vezzani

## Friuli Venezia Giulia

Laura Stabile: "Serve più programmazione e più integrazione tra Ospedale e Università"

#### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

L'attenzione prevalente al bilancio fa sì che, a fronte di

puntuali e solleciti provvedimenti finalizzati al contenimento della spesa, l'attività di programmazione proceda a rilento. I progetti, in gran parte condivisibili, ri-

mangono tuttavia generici, limitandosi spesso ad affermazioni di principio. Si è ridotta in modo rilevante l'offerta ospedaliera, ma il territorio, pur dotato di grande progettualità e ottime potenzialità, non è ancora in grado di far fronte alla situazione in modo adeguato.

Le aziende ospedaliere universitarie costituiscono i due maggiori ospedali della Regione. I protocolli d'intesa sono sbilanciati in modo rilevante a favore dell'Uni-

versità; per uno di questi è stato già presentato dall'Anao ricorso al Tar.

#### Le proposte del sindacato per risolverle

Chiediamo alla Regione risorse adeguate e un confronto più stretto con i professionisti, che finora sono stati coinvolti troppo poco e a cose già fatte. Proprio per questo a nostro avviso, per quanto riguarda i rapporti Ospedale-Università, si è arrivati al ricorso Tar.

#### Le urgenze in agenda

È in corso un confronto tra Regione e Oo.Ss. su alcune delle materie previste dall'articolo 9 del Ccnl del 3 no-



vembre 2005; ciò assume particolare rilevanza e urgenza per quel che riguarda la continuità assistenziale e l'attività di urgenza/emergenza, viste le misure di contenimento della spesa per il personale, che agiscono in situazioni in cui gli organici sono già cronicamente carenti; su quest'aspetto, peraltro, la Regione ha in corso un contenzioso a livello nazionale per ridurre i disagi.

La riduzione del personale nell'imminenza del periodo estivo ci fa temere rilevanti disagi per l'assistenza negli ospedali; è necessario seguire attentamente la situazio-

ne nei diversi centri della Regione.

**Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio** Risorse adeguate, sviluppo dell'assistenza territoriale, integrazione Ospedale-Università, coinvolgimento della dirigenza medica nei processi decisionali.

#### SEGRETERIA FRIULI VENEZIA GIULIA

**Segretario regionale:** Laura Stabile

**Vicesegretari regionali:** Valtiero Fregonese, Pietro Tropeano

**Segretario amministrativo:** Giovanni Martin

## Lazio

### Donato Antonellis: "Riequilibrare il sistema dell'offerta attraverso una riorganizzazione delle strutture territoriali e ospedaliere"

#### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Il punto di massima criticità del Lazio è rappresentato dal deficit di spesa sanitaria ereditato dalla passata gestione, pari a circa 3,5 miliardi di euro, e che costituisce un forte pregiudizio per una politica di sviluppo e investimenti. La spesa sanitaria ancora oggi continua a crescere senza alcun freno, basti pensare all'incremento registrato nei primi mesi dell'anno dalla spesa farmaceutica e al numero di ricette prescritte che continua a essere superiore a qualsiasi previsione.

Siamo ancora in attesa di una seria programmazione regionale che tenga in considerazione i nuovi bisogni emergenti, che devono essere fronteggiati attraverso la ricerca di un rinnovato e più avanzato equilibrio del sistema dell'offerta. La rete di assistenza socio-sanitaria è ancora arretrata rispetto alla domanda e a quanto sviluppato in altre Regioni; il numero dei posti letto ospedalieri è ancora troppo elevato e sarà necessaria la chiusura di circa 2.500 posti letto per adeguarsi al tetto di 4 per 1.000 abitanti previsto nell'accordo Stato-Regioni.

In tutte le Aziende, inoltre, la contrattazione integrativa sconta forti ritardi e quasi ovunque ci sono segnalati comportamenti autoritari dei direttori generali e pras-



si amministrative discordanti con la norma contrattuale, che testimoniano il grave deterioramento delle relazioni sindacali.

#### Le proposte del sindacato per risolverle

È ormai il momento di realizzare una seria programmazione regionale che affronti il nodo del riequilibrio del sistema dell'offerta di prestazioni attraverso una ricomposizione delle strutture territoriali e ospedaliere

Saremo molto critici in questo passaggio convinti che su questo tema la Regione dovrà esercitare la massima autonomia, perché i modelli organizzativi conosciuti e adottati in altre esperienze non sembrano apparentemente idonei a realizzare un "Modello Lazio".

Una seconda questione, non più rinviabile, è la necessità di rivedere il rapporto tra pubblico e privato, che nella nostra Regione costituisce un tema molto scottante. Occorre eliminare il parassitismo e l'opportunismo di strutture private accreditate che sfuggono ad ogni controllo e che assorbono ingenti risorse, direttamente sottratte ai nostri ospedali.

#### Le urgenze in agenda

Come prima cosa, l'Anao Assomed regionale chiede l'im-

mediata apertura dei tavoli di contrattazione integrativa aziendale. Le questioni sollevate dal nuovo contratto 2002-2005 sono talmente rilevanti per la nostra vita professionale che devono essere immediatamente affrontate. Si pensi solo alla definizione dei volumi prestazionali, che è una premessa indispensabile per accedere, con la modalità della libera professione intramuraria, alla retribuzione delle prestazioni eseguite fuori dell'orario di lavoro contrattuale o ai nuovi impegni relativi alla formazione e all'aggiornamento professionale. Questo in attesa della retribuzione delle guardie notturne, previste con la definitiva approvazione del secondo biennio economico, dopo avere affrontato direttamente con la Regione la razionalizzazione e riorganizzazione del sistema emergenza-urgenza. Vogliamo che siano definitivamente realizzati gli strumenti relativi al governo clinico che consentano una maggiore partecipazione dei medici alla gestione aziendale.

#### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

Completare il percorso relativo alle condizioni di lavoro affrontando il tema della pronta disponibilità; completare lo sviluppo professionale orizzontale della carriera; difendere e se possibile aggiornare l'attuale livello delle relazioni sindacali.

#### SEGRETERIA LAZIO

**Segretario regionale:** Donato Antonellis

**Vicesegretari regionale:** Massimo Alegiani, Giovanni Bonomo

**Tesoriere:** Guido Coen

**Componenti Segreteria:** Pietro Gelfo, Federico Mancini, Patrizia Marchetti, Riccardo Margheriti, Andrea Scotti, Roberto Grande

## Liguria

### Egidio Di Pedè: "Affrontare il problema del deficit e riorganizzare la rete ospedaliera"

#### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

La principale criticità della politica sanitaria della Regione Liguria, è sicuramente rappresentata dal deficit di spesa sanitaria, un deficit di finanziamento storico con una quota di passivo che si ripete annualmente, e che ancora oggi continua a crescere. Dinnanzi ad un dato oggettivo di tale rilevanza e preoccupazione, ci saremmo aspettati, da parte della Regione, un'operazione di risanamento significativa, attraverso ad esempio un aumento dell'imposizione fiscale o comunque mediante un'azione politica regionale molto forte, cosa che a tutt'oggi non è ancora avvenuta.

La Regione si trova a fronteggiare un altro annoso problema rappresentato dalla riorganizzazione della rete ospedaliera. Di fatto, attualmente in Liguria esistono ben ventuno ospedali, molti dei quali non sono a nostro giudizio, affatto indispensabili. A nostro parere per poter far "quadrare il bilancio", il numero degli ospedali potrebbe scendere almeno fino a quindici, in virtù di un piano di riordino della rete che non può essere intrapreso da nessun altro soggetto politico, economico o sindacale, diverso



dalla regione. Un tale piano sarebbe espressione di un vero disegno politico con assunzione di responsabilità nei confronti della popolazione ligure.

Dobbiamo d'altra parte registrare un deficit "strutturale" dell'assessorato alla Sanità della regione, determinato dall'assenza di investimenti, sia di mezzi che di persone. Questa "assenza di una forte regia regionale", si ripercuote sull'attività non solo della governo regionale, ma anche sui rapporti con i sindacati, rendendo farraginoso il lavoro di trattativa ed allungando i tempi della stessa. Di questo abbiamo subito le conseguenze, soprattutto nella trattativa sull'articolo 9 difatti in Liguria siamo ancora lontani dall'inizio dei lavori sulla contrattazione integrativa aziendale. A seguito delle "famose" linee guida regionali ex art. 9. Il deficit strutturale dell'assessorato è riconoscibile anche in un deficit di delega cioè nella mancanza di diversificazione delle mansioni e dei ruoli attribuiti al personale e di una organizzazione e divisione interna di compiti. Tale preconditione strutturale conduce molto spesso lo stesso assessore a dover intervenire in prima persona nella gestione.

Anche a causa di quest'ultimo dato ne deriva una gestione delle trattative difficile, tortuosa ed inefficace. Ultima, ma non per importanza, criticità è rappresentata dall'invecchiamento della classe medica, determinata da un'assenza di ricambio di professionisti. Oltre la metà dei medici liguri ha oltre cinquant'anni, e verosimilmente nel prossimo biennio più di settecento professionisti su tremilacinquecento, potrebbero andare in pensione.

**Le proposte del sindacato per risolverle** La proposta cardine dell'Anao è sicuramente affrontare il problema del reperimento delle risorse per la riorganizzazione della rete ospedaliera e portare a termine la trattativa sull'articolo 9.

#### Le urgenze in agenda

Al primo posto in agenda mettiamo la trattativa sull'articolo 9 e sicuramente gli adeguamenti contrattuali.

#### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

Innovazione tecnologica, riorganizzazione, turn over generazionale, forte regia regionale.

#### SEGRETERIA LIGURIA

**Segretario regionale:** Egidio Di Pedè

**Vicesegretario regionale:** Jean Louis Ravetti

**Tesoriere:** Andrea Lomi

**Responsabile organizzativo:** Andrea Tomasini

**Componenti Segreteria:** Giuseppina Boidi, Orietta Rocchetti, Raffaele Staffieri

## Lombardia

**Massimo Bocca: "Sistema sbilanciato a favore del privato"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Rapporto non ancora definito fra pubblico e privato: sbilanciamento delle prestazioni a favore del privato che beneficia di una normativa più flessibile e di minori vincoli, risorse economiche non sempre mediate dal livello territoriale (Asl).



### Le proposte del sindacato per risolverle

Proposta di modifica sulla Legge Regionale 31/97 (riordino del Ssr) e interventi sul Pssr 2006-2008 in fase di confronto ed anche mediante interventi presso la presenza di commissioni tecniche (consulta permanente).

### Le urgenze in agenda

Verifica della corretta applicazione dell'articolo 9 a livello periferico, proposta di riordino della rete ospedaliera regionale, interventi forti sui piani di assunzioni.

**Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio**  
Appropriatezza delle prestazioni, qualità dei servizi, stabilità di carriera, adeguamento contrattuale alla media europea.

#### SEGRETERIA LOMBARDIA

**Segretario regionale:** Massimo Bocca  
**Vicesegretario regionale:** Marco Tinelli  
**Segretario amministrativo:** Antonio Restivo  
**Componenti Segreteria:** Livio Abonante, Mario Caforio, Aurelio Castelnuovo, Fabrizio Ferrari, Fabio Florianello, Paolo Lanzarini, Germano Pellegata

## Molise

**Giovanni Pulella: "Chiediamo alla Regione di avviare una concertazione vera"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Il sistema sanitario del Molise risente della mancanza di una programmazione organica della rete ospedaliera, integrata col territorio e tempestiva. La rete ospedaliera esistente, al contrario, sembra essere pianificata per favorire le clientele, anche parentali, personali e universitarie.

### Le proposte del sindacato per risolverle

Per proporre è necessario un confronto tra due interlocutori: sindacato e rappresentanti delle istituzioni sanitarie. È impossibile proporre a chi è volutamente latitante, negando il civile e doveroso dialogo con le rappresentanze sindacali e preferendo ufficializzare a posteriori quanto deciso in sedi non istituzionali.

### Le urgenze in agenda

Anzitutto il Contratto. Dopo 180 giorni circa dalla sigla definitiva del Ccnl per il quadriennio normativo 2002-2005 e a distanza di circa sei mesi dalla richiesta

all'assessorato alle Politiche sociali e sanitarie dell'apertura del tavolo politico sull'articolo 9 del suddetto contratto, infatti, non abbiamo ancora ricevuto risposte. E questo, nonostante le continue sollecitazioni verbali e telefoniche.



Lo stesso accade per la trattativa Aziendale. Abbiamo inviato una piattaforma il 15 febbraio scorso, come previsto dalla normativa, ma senza ricevere alcuna comunicazione di apertura del tavolo, nonostante il termine di quindici giorni sia abbondantemente scaduto.

L'ultima priorità in agenda riguarda la revisione del protocollo d'intesa Regione-Università, firmato il 21 aprile 2006 senza alcuna informativa e consultazione o concertazione con l'Anaa. Quella stessa mattina, peraltro, l'Anaa Molise ha tenuto un Convegno sul tema "Integrazione Ssr-Università" al quale erano presenti il presidente della Giunta regionale, il Rettore

dell'Università degli Studi del Molise, l'assessore alle Politiche Sociali e il preside della Facoltà di Medicina. Un comportamento del genere non può che offendere i rappresentanti delle istituzioni sanitarie della Regione Molise, facendo sembrare che esista un vasallaggio culturale, se non peggio, alla continua imperante fagocitosi dell'Università alle strutture ai fondi alle posizioni apicali del Sistema sanitario regionale pubblico.

### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

Vogliamo il riconoscimento da parte della Regione Molise del nostro diritto alla informazione preventiva, alla sostanziale e non formale concertazione, all'applicazione dell'articolo 9 del Ccnl, così come della trattativa Aziendale. E il riconoscimento sostanziale da parte di chi rappresenta la Regione della pari dignità tra il Sistema sanitario regionale e la Facoltà di Medicina.

#### SEGRETERIA MOLISE

**Segretario regionale:** Giovanni Pulella  
**Vicesegretario regionale:** Sergio Egizio  
**Tesoriere:** Giuseppe Attademo

## Piemonte

**Giorgio Cavallero: "Il rischio di trenta repubbliche autonome"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Le principali criticità della politica sanitaria della Regione discendono dalla mancanza, da dieci anni circa, di un Piano sanitario regionale condiviso. Ciò ha coinciso con una mancanza di obiettivi a medio-lungo termine e ha consolidato un'autonomia aziendale senza regole che ha di fatto diviso il Piemonte in trenta repubbliche autonome, ognuna con le proprie peculiari caratteristiche organizzative.

In questi mesi si sta faticosamente elaborando un Piano sanitario 2007-2010 che peraltro prevede l'accorpamento delle Asl che verranno ridotte da trenta a ventuno. Il procedimento adottato per questi accorpamenti è piuttosto singolare: anziché procedere agli accorpamenti e quindi designare i nuovi direttori generali si è voluto forzare gli eventi nominando lo stesso commissario nelle Asl destinate all'accorpamento. Di fatto rendendo superflua la fase di consultazione degli enti locali e la facoltà deliberativa del Consiglio Regionale. Al tempo stesso la mancanza di una forte e consolidata componente tecnica (l'Agenzia regionale per i servizi sanitari è assai limitata nella composizione e nelle attribuzioni) rende difficile ottenere la condivisione sulle scelte politiche contenute nel piano. In particolare mancano standard e criteri condivisi per l'analisi dei bisogni dei cittadini e la selezione delle prestazioni e dei servizi.

L'accorpamento delle Asl rischia di diventare un lungo periodo di transizione e di confusione. Tra le altre criticità la necessità di un nuovo Protocollo di Intesa Università-Regione, che da molti anni non viene rinnovato ma che è stato in più punti superato da decisioni con-

tingenti ed estemporanee tali da rendere difficile la collaborazione all'interno delle aziende miste.

Infine la rete ospedaliera che conta attualmente circa settanta ospedali pubblici e cinquanta case di cura private rende indispensabile una razionalizzazione sulla base dell'adozione di standard di qualità a garanzia della sicurezza dei cittadini e operatori.

Di fronte a questi eventi la Dirigenza medica non può non essere coinvolta in questi processi di trasformazione.

### Le proposte del sindacato per risolverle

Occorre attuare il massimo coinvolgimento della dirigenza medica nei processi di trasformazione in atto, rifinanziare il Servizio sanitario regionale attingendo risorse anche al di fuori della spesa corrente per la realizzazione di opere pubbliche quali la Città della Salute, rinnovare il Comitato Paritetico Università-Regione e coinvolgere le comunità locali nelle scelte strategiche della Regione.

### Le urgenze in agenda

Dal punto di vista sindacale la Regione Piemonte è stata una delle prime a siglare l'accordo integrativo regionale: tale accordo deve trovare concreta applicazione in tutte le aziende sanitarie. In particolare andranno insediate al più presto le Commissioni Tecniche previste dal medesimo accordo: sia quella per la definizione dei carichi di lavoro e degli standard prestazionali nelle aziende sanitarie sia quella per i rapporti Università-Regione anche nell'ipotesi di un inserimento dei medici specializzandi nel circuito formativo-assistenziale ospedaliero.

Siamo inoltre in attesa dell'insediamento dell'Osservatorio Regionale sulle assicurazioni e l'analisi della sicurezza e del contenzioso nelle aziende sanitarie, necessario corollario al varo, avvenuto nel 2005, della polizza unica di responsabilità civile nelle aziende della Regio-

ne. Il processo di accorpamento delle Asl con l'inevitabile ricostituzione dei fondi contrattuali aziendali e il varo di nuovi atti aziendali con la conseguente ridefinizione delle strutture semplici e complesse devono avvenire con tempestività, equità e trasparenza.

Andranno ridiscusse le linee guida per la libera professione intramuraria, mai elaborate da questa Regione e lasciate alla totale discrezionalità delle aziende, ribadendo il valore della libera professione intramuraria come diritto del medico e del cittadino e come risorsa non ambigua delle aziende sanitarie.

Occorrerà prevedere un'adeguata rappresentanza della professione a tutti i livelli del governo clinico privilegiando la componente elettiva e anche il coinvolgimento a livello istituzionale dei rappresentanti della professione.

### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

Le parole d'ordine per il prossimo quadriennio vanno ricercate nel ruolo prioritario che il diritto alla salute, la valorizzazione delle professionalità e il finanziamento del Servizio sanitario devono trovare a livello politico. Inoltre andrà ribadito il ruolo sociale della Dirigenza medica come garante dell'indipendenza, dell'autonomia e dell'equità nell'erogazione dei servizi sanitari.

#### SEGRETERIA PIEMONTE

**Segretario regionale:** Cavallero Giorgio  
**Vicesegretario regionale:** Mioli Pierroberto  
**Segretario amministrativo:** Longo Luigi  
**Segretario organizzativo:** Gallone Gabriele  
**Componenti Segreteria:** Riccardo Falcetta, Giorgio Gambarotto, Virginio Giordanello, Maurizia Montanaro, Carlo Romano

## Puglia

**Giuseppe D'Auria: "Risolvere l'alta quota di precariato tra gli operatori sanitari"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Dopo due legislature con una maggioranza di governo di centro-destra, vi è attualmente in Puglia un governo di centro-sinistra. In questo passaggio sembra essersi intrapreso un percorso di tipo diverso che, ritengo, abbia bisogno di un po' di tempo per dare chiari segnali di cambiamento. Tra le criticità che la nuova Giunta deve affrontare è sicuramente da segnalare la mancata revisione del piano di riordino ospedaliero, che nella Regione ha prodotto forti lacerazioni all'interno della categoria e tra le varie comunità cittadine.

Grandi ritardi ci sono anche nel proporre un progetto complessivo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale e dei servizi di prevenzione accompagnati da un loro adeguato finanziamento, vero antidoto all'uso inappropriato delle risorse ospedaliere.

È comunque appena iniziato a livello regionale un significativo confronto con la parte politica, che ha già portato alla sigla dell'accordo integrativo regionale previsto dall'art. 9 del vigente Ccnl. Auspichiamo che questo motodo di confronto possa essere valorizzato sia a livello regionale che a livello aziendale, dove, a dire il vero, spesso è mancato. Non si può, infine, non citare il problema della precarietà del posto di lavoro, che in Puglia riguarda un gran numero di operatori della sanità.

Le proposte del sindacato per risolverle

Ritengo di vitale importanza accelerare tutti i processi di acquisizione del personale a tempo indeterminato, perché il precariato diffuso a tutti i livelli nella nostra Regione sta minando le basi dello sviluppo e, in particolare, sta rendendo l'assistenza sanitaria non all'altezza di un sistema moderno ed efficiente.

È opportuno anche costruire un modello di rapporti sindacali che, nel rispetto dei ruoli, affronti a 360 gradi le problematiche sanitarie, cogliendo il clima di ritrovata reciproca fiducia.

Occorre, inoltre, lavorare molto sui modelli organizzativi, per assicurare contemporaneamente uniformità dell'assistenza e compatibilità con le risorse economiche, allontanando la tentazione di perseguire logiche tese a favorire opportunisticamente situazioni non dettate da reali bisogni assistenziali, ma finalizzate a soddisfare aspettative localistiche. Mi sembra necessario, infine, stabilire un corretto rapporto di cooperazione con la sanità privata accreditata e con le organizzazioni no-profit, affinché tutti gli attori del composito mondo dell'assistenza sanitaria si sentano partecipi del progetto di riqualificazione del Sistema sanitario regionale.

### Le urgenze in agenda

Abbiamo da poco siglato l'accordo regionale previsto dall'art. 9 del vigente Ccnl ed ora bisognerà fare in mo-

do che le Aziende Sanitarie lo recepiscano al più presto nei Contratti integrativi aziendali. Credo sia necessario che ogni Azienda sanitaria rispetti i modi e i tempi della contrattazione decentrata impostando un corretto e sereno modello di relazioni sindacali.

Auspichiamo anche un adeguato finanziamento del fondo della retribuzione di risultato, che in molte aziende si è ridotto o è completamente scomparso per effetto del vigente Ccnl. È ben evidente che venendo a mancare questo aspetto del sistema premiante, viene a mancare una parte significativa della attuale dinamica aziendale.

### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

- Unità sindacale.

- Riallineamento degli ex IX con più di 15 anni di anzianità agli ex X.

- Revisione del sistema Ecm.

- Minore variabilità del trattamento economico nell'ambito di pari incarichi dirigenziali in ambito regionale.

### SEGRETERIA PUGLIA

Segretario regionale: Giuseppe D'Auria

Vicesegretari regionali: Massimo Corra, Antonio Lemma

Segretari organizzativi: Francesco Angelastri,

Pasquale De Chirico

Tesoriere: Pasquale De Chirico

## Sardegna

**Marcello Angius: "Aspettando il Piano sanitario regionale (da 25 anni)"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

- Mancanza del Piano sanitario regionale da oltre 25 anni (l'ultimo risale al 1985).
- Adeguamento delle normative regionali al D.L. vo. 229/99.
- Assenza di una legge guida regionale sugli Atti Aziendali.
- Mancanza di una concreta organizzazione dipartimentale.
- Nonostante la sigla del protocollo avvenuta nel mese di giugno 2005 non è stato formalizzato quanto previsto dallo stesso; si fa presente, quindi, la mancata istituzione delle due Aziende Miste Ospedale/Università, con l'Università di Cagliari e con l'Università di Sassari.

### Le proposte del sindacato per risolverle

- Emendamenti alla Bozza di Piano sanitario regionale, ad ogni stesura di bozza presentata; emendamenti proposti sia direttamente dalla Segreteria regionale

Anaao Assomed Sardegna sia in collaborazione con l'Intersindacale Medica.

- Emendamenti alla Bozza d.d.l.n. 202 sulla "Tutela della salute e riordino del Servizio sanitario regionale" presentata dalla Giunta regionale il 3 gennaio 2006 su proposta dell'assessorato Igiene, Sanità e Servizi Sociali della Regione Sardegna, ad ogni stesura di bozza presentata; gli stessi sono stati proposti sia direttamente dalla Segreteria regionale Anaao Assomed Sardegna sia in collaborazione con l'Intersindacale Medica.

- Proposta di linee guida sui Dipartimenti la cui stesura è stata curata interamente dalla Segreteria regionale Anaao Assomed Sardegna, accettata dall'Intersindacale Medica e presentata sia all'Assessorato Igiene e Sanità, che alla VII<sup>o</sup> Commissione Sanità del Consiglio regionale della Sardegna.

- Proposta di linee di indirizzo sull'applicazione dell'Art.9 - Coordinamento Regionale - del Ccnl 2002-2005, la cui stesura è stata curata interamente dalla Segreteria regionale Anaao Assomed Sardegna, accettata dall'Intersindacale Medica e presentata prima ai Direttori Generali delle Asl della Sardegna e di seguito all'Assessorato Igiene e Sanità che ha già accolto quasi in toto la stesura suddetta.

- Proposta sull'istituzione delle Aziende Miste Ospedale/Università sia per Cagliari che per Sassari.

### Le urgenze in agenda

- Applicazione art. 9 - Coordinamento Regionale -

Ccnl 2002-2005.

- Creazione Fondi Aggiuntivi Regionali.
- Atti Aziendali in tutte le nove aziende della Sardegna scritti e pienamente applicati.
- Contratti atipici: regolamentazione che tuteli la categoria che ne usufruisce, nei punti fondamentali legati alla dignità professionale medica.

### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

- Piano Sanitario Regionale.
- Applicazione Ccnl 2002-2005 e I<sup>o</sup> biennio economico 2002-2003.
- Corsi Residenziali di Formazione Manageriale in Sanità 2006-2010 con la collaborazione della Fondazione Pietro Paci e Centro Studi Anaao Assomed come nei precedenti anni;
- Promozione sempre più attenta e costante dell'attività dell'Associazione, atta ad incrementare il numero di deleghe al fine di ottenere una rappresentatività sempre più forte che porti a tutelare al meglio la categoria, anche nel contesto regionale, nell'interesse dei cittadini.

### SEGRETERIA SARDEGNA

Segretario regionale: Marcello Angius

Vicesegretari regionali: Gavino Piseddu, Sandro Loche

Tesoriere: Antonio Cocco

Segretario organizzativo: Paolo Dubois

Responsabile del Territorio: Aldo Casadio

## Sicilia

**Rosario Cutri: "Il sistema sanitario siciliano deve essere democratizzato"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Questa intervista cade a pochi giorni dalle elezioni del 28 maggio per rinnovare l'assemblea ed il governo regionali. È un momento propizio per un consuntivo sulla politica sanitaria siciliana. Nella passata legislatura la sanità siciliana è stata gestita, senza alcuna sostanziale differenza, dapprima da un tecnico (il prof. Cittadini) e poi da un politico (l'on. Pistorio).

In questi anni il rapporto con la politica sanitaria regionale è stato quanto mai frustrante. Gli assessori al ramo hanno governato per decreto, molti dei quali contestati dalla quasi totalità delle forze sindacali e quasi sempre emanati a sanare situazioni preesistenti, in un'ottica congiunturale e mai di programmazione.

La mancanza di programmazione è uno degli aspetti di maggiore criticità. La politica sanitaria regionale non è stata in grado di programmare la distribuzione delle risorse, e degli obiettivi ad esse connesse, per ognuno dei quattro grandi bacini in cui è stata suddivisa la regione, all'interno dei quali operano uno o più aziende ospedaliere di rilievo nazionale e/o regionale, spesso in concorrenza fra di loro.

Occorre, inoltre, rivedere il ruolo delle aziende Usl: al-

cune hanno dimensioni territoriali esorbitanti (Palermo, Catania e Messina) e sono strette tra il loro ruolo naturale di committenza e controllo e quello di erogatori di prestazioni, che, per quanto attiene l'ambito ospedaliero, vengono sostenute da ospedali di 1° livello, spesso molto distanti dal capoluogo, che vivono in condizioni di assoluta precarietà in termini di risorse (soprattutto umane).

È urgente realizzare un sistema integrato ospedale-territorio, perché attualmente non esiste un dipartimento per le cure primarie né una organizzazione capillare per l'assistenza alla "fragilità", che quasi sempre riguarda il post-ricovero.

Va inoltre riconsiderato il rapporto tra il pubblico e il privato accreditato. Quest'ultimo è stato fatto entrare sem-

pre più prepotentemente nell'ambito degli erogatori di prestazioni, ospedaliere e non, tanto da mettere in discussione il ruolo e la esistenza dell'erogatore pubblico. Purtroppo, l'assessorato regionale non è mai stato in grado di presentare obiettivi da proporre alle aziende sanitarie, verificabili tramite indicatori condivisi, cui legare la valutazione dei Direttori Generali. E questo atteggiamento ha determinato un lassismo che ha contribuito a determinare una immagine di inefficienza dell'erogatore pubblico dei servizi.

#### Le proposte del sindacato per risolverle

Abbiamo presentato proposte e documenti, spesso condivisi anche da altre forze sindacali. Nell'immediato sarebbe opportuno dare alle Ausl provinciali compiti di committenza e controllo e scorporare gli ospedali di 1° livello dalle Ausl, raggruppandoli, per aree omogenee, in aziende ospedaliere.

Nell'ambito dei quattro bacini, poi, vanno programmate le attività di eccellenza, ricordandole con le esigenze del territorio di riferimento, anche attraverso procedure condivise tra tutti gli attori (118 - ospedali

di 1° livello - ospedali di 3° livello).

Non si può inoltre rimandare la creazione di un dipartimento per le cure primarie nell'ambito di ciascuna Ausl, che abbia il compito di intervenire sul territorio allo scopo di migliorare l'assistenza preospedaliere e l'appropriatezza al ricorso alle cure ospedaliere. Accanto a questo poi, occorre realizzare un dipartimento delle fragilità, che si occupi dei pazienti multiproblematici bisognosi di cure domiciliari, che in questo momento gravano, in modo improprio, sugli ospedali.

#### Le urgenze in agenda

Anzitutto democratizzare il sistema sanitario, immediatamente. L'aziendalizzazione, perseguendo il solo obiettivo del pareggio di bilancio, ha di fatto commissariato il Ssn sospendendo i diritti civili dei cittadini, siano essi utenti che dipendenti.

Le aziende sanitarie, enti di diritto pubblico che agiscono con atti di diritto privato, hanno al loro capo Direttori Generali che assommano i poteri di indirizzo e controllo di un consiglio d'amministrazione e i poteri esecutivi di un amministratore delegato; il tutto senza dover rispondere a nessuno del proprio operato e senza che nessuno abbia il reale potere di rimuoverlo. A cascata, tutta la nomenclatura dirigenziale aziendale è co-

stretta ad operare in stretto ossequio alle direttive top-down, sotto il manifesto ricatto del licenziamento, che spesso avviene per danno all'immagine dell'azienda.

Occorre, pertanto, prevedere la istituzione di consigli di amministrazione aziendali affiancati da amministratori delegati e forme reali e democratiche di coinvolgimento della dirigenza medica nelle scelte, ad esempio con l'elezione del capo dipartimento.

Da parte nostra, bisogna ricostruire il ruolo del sindacato, perché così come vive e opera, a partire dal dl 29/92, appare sempre più inutile agli occhi dei colleghi. È necessario, pertanto, operare in modo che al sindacato venga ridata dignità negoziale e, nel contempo, rivolgersi al base degli iscritti fornendo loro un ventaglio di servizi, che giustifichino il pagamento della quota associativa.

#### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

Democrazia per il Ssn, un ruolo attivo per il sindacato, dignità per il medico e risorse certe.

#### SEGRETERIA SICILIA

Segretario regionale: **Rosario Cutri'**

Tesoriere: **Pasqualino Greco**

Componenti Segreteria: **Cesare Dattilo, Massimo Di Martino, Ercole Marchica, Pietro Pata, Nunzio Storaci**

## Toscana

**Carlo Palermo: "Con i bilanci sani occorre sviluppare il livello organizzativo del Ssr"**

#### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

La Toscana, al contrario di altre Regioni, non presenta drammatici problemi di sostenibilità economica del proprio Ssr. Il bilancio 2005 sarà chiuso a consuntivo addirittura con un lieve avanzo. I problemi principali riguardano alcuni aspetti di sviluppo organizzativo del sistema.

a) I contenuti della legge regionale 40/2005 relativi al Governo clinico, che a più di un anno dall'approvazione da parte del Consiglio regionale, non hanno visto una loro concreta applicazione per i ritardi delle Aziende sanitarie nell'espletamento delle procedure amministrative (ritardi volutamente perseguiti per tenere ai margini la Dirigenza medica?).

b) Il confronto regionale sull'art. 9 del Ccnl 3/11/2005, non ha prodotto risultati apprezzabili in materia di continuità assistenziale: le Aziende sanitarie appaiono recalcitranti e spaventate dall'impegno economico necessario per sviluppare una moderna organizzazione del lavoro che tuteli i paziente e i medici dipendenti. Preferiscono impegnare risorse in corsi di Risk management per incoraggiare il lavaggio delle mani dopo la visita di ogni paziente, ma rifiutano un'approfondita discussione sulle cause principali del rischio clinico, che notoriamente riguardano l'organizzazione dell'assistenza.

c) Il processo di integrazione tra Ssr e Università stenta a decollare. In particolare, mentre rapidi passi in avanti, anche economici (tra l'altro, andando ben oltre i limiti previsti dalla legge per i fondi) vengono assicurati alla componente universitaria nel settore dell'assistenza, non è stato ancora diffusamente riconosciuto il ruolo nella didattica e nella ricerca dei medici ospedalieri, sia nelle Aziende Ospedaliere-Universitarie che nelle Aziende Usl. Anche il riconoscimento economico per l'impegno nei processi formativi post-laurea ottenuto nell'Aou Careggi e nell'Ospedale Pediatrico Anna Meyer non ha ancora riferimenti di bilancio certi e durevoli.

d) Manca una seria programmazione per garantire il turnover dei medici dipendenti che andranno in pensione nei prossimi anni: in base ai dati anagrafici, nei prossimi 5 anni circa 2.500 medici dipendenti del Ssr, su un totale di 7.500, acquisiranno il diritto al pensionamento. Il blocco del turnover sancito dalle Leggi Finanziarie e l'autoreferenzialità del sistema formativo po-

st-laurea, affidato all'Università, che non risponde alle esigenze di programmazione della Regione, rischiano di determinare nel breve-medio periodo un drammatico calo della capacità dei servizi sanitari di erogare prestazioni adeguate sotto il profilo quantitativo e soprattutto qualitativo.

#### Le proposte del sindacato per risolverle

a) Proporre un'indagine in sede di IV Commissione Consiliare Regionale in merito all'attuazione concreta nelle singole Aziende della LRT 40/2005, chiedendo che la valutazione dei Direttori Generali venga effettuata anche tenendo conto degli avanzamenti amministrativi realizzati in materia.

b) Spostare a livello Aziendale il confronto sulla continuità assistenziale senza arretramenti rispetto alla proposta avanzata a livello regionale, per arrivare a presentare, attraverso un lavoro unitario con le altre principali OO.SS., richieste uniformi su guardie e pronta disponibilità.

c) Richiedere un confronto regionale su tutte le problematiche aperte a 3 anni dall'inizio del processo di integrazione tra Ssr e Università: modelli dipartimentali e metodo di nomina del capo dipartimento, orario di lavoro, indennità di didattica per gli ospedalieri ed ex art. 6 D.Lgs 517/99 per gli universitari, limiti dei posti letti e delle Strutture Complesse a guida universitaria, sistema di valutazione uniforme, accesso ai fondi per la ricerca.

d) La legge 40/2005 sulla disciplina del sistema sanitario regionale prevede la costituzione della rete formativa regionale, l'attivazione dei contratti di formazione lavoro e la partecipazione degli specializzandi alle attività assistenziali delle Aziende sanitarie dell'Area Vasta di riferimento. La concreta attuazione di queste previsioni di legge, attribuendo pieni poteri alla Commissione regionale per la formazione nella individuazione delle sedi e delle strutture specialistiche dove svolgere la formazione all'interno della rete del servizio sanitario regionale, potrà permettere il trasferimento alle nuove generazioni di professionisti di quei saperi e valori di appropriatezza, qualità, corretto uso delle risorse, propri del mondo ospedaliero, senza la necessità di ulteriori fasi "professionalizzanti".

e) Favorire lo sviluppo della rete ospedaliere e dell'integrazione ospedale/territorio per rispondere ai cambiamenti demografici ed epidemiologici in atto, mettendo al centro del percorso assistenziale i bisogni del paziente: passare dalla competizione e dalla concorrenza tra strutture sanitarie alla cooperazione e alla collaborazione in una logica di complementarità.

f) Depenalizzare l'atto medico per combattere la medicina "difensiva" che comporta un sovrautilizzo improprio dei servizi diagnostici e di ricovero.

g) Garantire al Ssn un adeguato finanziamento centrale, in linea con la percentuale di Pil assegnata alla sanità negli altri Paesi europei; favorire lo sviluppo di un fondo per la non autosufficienza trasformando due festività dell'anno in giorni lavorativi.

#### Le urgenze in agenda

a) È necessario arrivare ad una rapida approvazione del II biennio economico del Ccnl scaduto il 31/12/2005 per avviare e concludere celermente le trattative decentrate e dare certezze sui contenuti contrattuali alla nostra base.

b) Trovare una soluzione percorribile all'arcaica divi-

sione tra aiuti ed assistenti contenuta nell'art. 5 del II biennio economico, utilizzando la Ria disponibile nelle Aziende per assicurare a tutti i Dirigenti con più di 15 anni di anzianità l'incremento della posizione minima contrattuale prevista.

c) Disdettare appena possibile il III Ccnl ed aprire la vertenza per il quadriennio 2006-2009, chiedendo come primo atto la copertura economica per il primo biennio (2006/2007) nella prossima Legge Finanziaria.

d) Penso sia arrivato il momento di rivedere il metodo di contrattazione a livello nazionale, troppo frammentato e farraginoso. Gli inaccettabili ritardi si riflettono negativamente sulla difesa della dignità economica della nostra categoria (oramai gli incrementi economici vengono incassati con ritardi di 2 o 3 anni, ma nel frattempo l'inflazione erode pesantemente la nostra capacità di acquisto). Una semplificazione dei passaggi, portando al tavolo contrattate Regioni e Governo, potrebbe invertire questa tendenza.

#### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

1) Uscire dalla logica economicistica che attanaglia le Aziende sanitarie riconoscendo che i saperi e i valori professionali di diretta derivazione clinica sono indispensabili per garantire sostenibilità, efficacia, accessibilità ed equità del sistema sanitario, valorizzando per il cambiamento la strutturazione partecipata dei "luoghi" di sviluppo del governo clinico (Comitato di Dipartimento, Consiglio dei Sanitari, Collegio di Direzione).

2) Favorire lo sviluppo della rete ospedaliere e dell'integrazione ospedale/territorio per rispondere ai cambiamenti demografici ed epidemiologici in atto, mettendo al centro del percorso assistenziale i bisogni del paziente: passare dalla competizione e dalla concorrenza tra strutture sanitarie alla cooperazione e alla collaborazione in una logica di complementarità.

3) Depenalizzare l'atto medico per combattere la medicina "difensiva" che comporta un sovrautilizzo improprio dei servizi diagnostici e di ricovero.

4) Garantire al Ssn un adeguato finanziamento centrale, in linea con la percentuale di Pil assegnata alla sanità negli altri Paesi europei; favorire lo sviluppo di un fondo per la non autosufficienza trasformando due festività dell'anno in giorni lavorativi.

#### SEGRETERIA TOSCANA

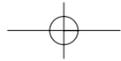
Segretario regionale: **Carlo Palermo**

Vicesegretario regionale: **Paola Innocenti**

Tesoriere: **Maurizio Paoli**

Segretario Formazione e Informazione: **Enrico Reginato**

Segretario organizzativo: **Nicola Picchione**



## Umbria

**Leonardo Bartolucci: "Recuperare risorse razionalizzando ospedali e territorio"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

La principale criticità della nostra Regione è rappresentata dal notevole sottofinanziamento che prevede per il 2006 un deficit di circa 100.000.000 di euro; a fronte di questo la Giunta regionale ha adottato una delibera di razionalizzazione (n.281/2006) che, a mio parere, porterà risparmi dell'ordine di 20/30.000.000 di euro. In tale delibera si parla di riunificazione dei laboratori analisi, di chiusura dal venerdì al lunedì mattina dei reparti chirurgici nei piccoli ospedali, riduzione dei punti di guardia medica, taglio dell'1% delle risorse aggiuntive per il personale medico dipendente etc. Tale razionalizzazione mi sembra di scarsa efficacia e non incide realmente sul tessuto regionale (la Regione Umbria ha 800.000 abitanti e ben 18 ospedali); è ora di chiudere gli ospedali facendo capire alla gente la non sicurezza delle piccole strutture e mettere in rete i servizi in maniera

che la popolazione sappia dove rivolgersi. Un'altra criticità è rappresentata dal precariato che allo stato attuale rappresenta circa il 20% dei medici dipendenti.

### Le proposte del sindacato per risolverle

Il sindacato ritiene indispensabile agire sulla chiusura/riconversione delle piccole strutture ospedaliere e sulla messa in rete dei servizi sanitari; tale misura non solo al fine del contenimento della spesa ma anche per la sicurezza dei cittadini; l'Anao fin dal 1994 presentò un piano di razionalizzazione della rete ospedaliera che in parte è stata accettata ma procede a passi troppo piccoli.

Oltre a questo riteniamo indispensabile che anche i medici di medicina generale partecipino alla razionalizzazione responsabilizzandoli non solo sulla spesa farmaceutica, che spesso è un falso obiettivo, ma anche sui ricoveri e sulla richiesta di prestazioni specialistiche.

È importante anche il rifinanziamento del fondo sanitario 2006 tenendo presente il tasso di popolazione anziana della nostra Regione.

### Le urgenze in agenda

Le urgenze sono tre:

1) combattere contro il taglio dell'1% delle risorse ag-



giuntive per i medici ospedalieri in quanto rappresenterebbero l'unica categoria penalizzata su una risorsa prevista dal contratto; i medici ospedalieri dovrebbero tra l'altro poter godere di ulteriori incentivi per permettere la realizzazione del piano di razionalizzazione.

2) Risolvere il problema del precariato medico portandolo a livelli accettabili (non oltre il 5%)

3) Risolvere il problema dei medici dipendenti dalla Regione che ancora hanno il contratto degli enti locali di molto inferiore a quello dei colleghi dipendenti Asl, pur lavorando su molti aspetti (programmazione, epidemiologia) a stretto contatto di gomito: è una ingiustizia.

### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

Finanziamento certo ed adeguato del Ssn, intendendo la sanità come risorsa e non come costo; interventi per superare il disagio medico; ospedali sicuri; tutela della libera professione intramuraria vera o allargata, a seconda delle disponibilità.

#### SEGRETERIA UMBRIA

Segretario regionale: **Leonardo Bartolucci**

## Valle D'Aosta

**Piero Sirianni: "Sviluppare l'Ospedale"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione

Il patto di stabilità, che prevede tagli sul personale, ha creato grandi problematiche all'interno del sistema sanitario regionale, con conseguenze anche sull'orario di lavoro dei medici, sulle liste di attesa e sulle "fughe" verso le altre Regioni. Anche il rapporto ospedale-territorio ha bisogno di una nuova spinta, mentre sarebbe necessario prevedere un ampliamento del Presidio Ospedaliero o la creazione di un nuovo Ospedale. Necessario, inoltre, riscrivere il Piano sanitario regionale e attuare l'Art. 9 del Ccnl.

### Le proposte del sindacato per risolverle

Il nostro sindacato sta lavorando per difendere i posti di lavoro e vigila affinché si riduca lo stato di disagio dei dirigenti medici conseguente, come accennato, alle condizioni di lavoro talvolta inadeguate, agli orari di lavoro lunghi e pesanti, alla dotazione tecnologica e all'organizzazione non sempre efficiente, all'attuazione dei principi di governo clinico. Per la riduzione delle liste di attesa abbiamo proposto lo studio di una metodologia, concordata con le Oo.Ss., e l'individuazione più corretta possibile dei volumi prestazionali. Occorre studiare la domanda assistenziale (a volte non appropriata), i tempi di attesa esistenti, gli obiettivi aziendali e quindi attivare gli istituti che il Ccnl mette a disposizione, senza prescindere da criteri di trasparenza ed equità.

La mobilità sanitaria può in parte essere evitata con un adeguamento degli standards tecnologici ma anche, come è già successo, con l'attribuzione degli incarichi apicali a professionisti validi, a cui il paziente possa desiderare di affidarsi per ricevere le cure migliori.

L'ospedale deve crescere e diventare il punto di riferimento dei medici e degli operatori sanitari che operano nel territorio. Esiste un progetto di ampliamento del Presidio Ospedaliero che, tra le altre cose, consentirebbe di mettere insieme tutte le chirurgie, che attualmente sono in parte nel corpo centrale del presidio (in città) e in parte nel corpo più periferico.

La grave carenza di anestesisti nella nostra Regione trova un'aggravante nella ubicazione del reparto di Ostetricia nella sede distaccata, con la conseguente necessità di una guardia anestesiológica "aggiuntiva". L'alternativa prospettata da alcuni gruppi politici e di cittadini è la costruzione di un Ospedale nuovo.

Il Psr, inoltre, dovrà puntare su criteri di efficienza/efficacia che rispecchino le esigenze della cittadinanza. Per quanto riguarda l'Art. 9, infine, le Oo.Ss. hanno presentato un documento con le osservazioni alla bozza presentata dalla Regione: è in corso il confronto su tutti i punti inseriti, in un clima di fattiva collaborazione.

### Le urgenze in agenda

Valorizzare la struttura sanitaria pubblica e tutelare il ruolo e l'autonomia professionale dei medici che operano in essa.

Chiediamo, inoltre, l'applicazione in tempi rapidi del Ccnl, anche grazie al coordinamento delle sigle sinda-



cali mediche e veterinarie.

È necessario anche un impegno finalizzato alla soluzione dell'annosa questione degli ex IX livello dirigenziale (penalizzati nell'attribuzione della posizione aziendale); così come la revisione delle posizioni (individuazione di numero, tipologia e caratteristiche delle strutture semplici e delle alte professionalità in base a criteri oggettivi, validi per tutte le unità operative; articolazione delle posizioni organizzative, delle funzioni e delle connesse responsabilità ai fini della retribuzione). La "forbice" attualmente esistente non è più accettabile.

Vogliamo trovare delle soluzioni efficaci anche per il disagio medico, nelle sue varie forme, compresa la gestione della sicurezza sui luoghi di lavoro e l'assicurazione colpa grave.

Infine, occorre che ci sia equità nella attribuzione della libera professione aziendale e dei progetti obiettivo, tenendo conto di parametri condivisi dalle Oo.Ss., quanto più attivamente e costruttivamente possibile.

### Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio

Trasparenza, difesa della sanità pubblica, equa distribuzione delle risorse, condivisione delle scelte tra Oo.Ss. e amministrazione.

#### SEGRETERIA VALLE D'AOSTA

Segretario regionale: **Piero Sirianni**

Vicesegretario regionale: **Pier Luigi De Matteis**

Tesoriere: **Gian Franco Silvestri**

Responsabile settore organizzativo: **Marco Di Giovanni**

Responsabile settore coord. rapp. ass.: **Alessandro Lupi**

## Veneto

**Salvatore Calabrese: "Difendere la sanità pubblica"**

### Le principali criticità della politica sanitaria della Regione e le proposte del sindacato per risolverle

Negli ultimi anni la Regione Veneto ha modificato il suo atteggiamento verso le Oo.Ss. della dirigenza, con l'obiettivo di marginalizzare il più possibile il confronto sui diversi problemi strategici che man mano si presentavano. Si è avuta la precisa sensazione che la Regione non ricercasse più la mediazione sociale su basi tecniche condivise e valide, ma che le esigenze politiche, ideologiche o di schieramento prevalessero su tutto.

Il confronto, nel 2002, ha disatteso il pur sottoscritto protocollo d'intesa sul sistema delle relazioni sindacali ed ha assunto caratteri di notevole conflittualità, a volte aspra, fino a costringere tutte le Oo.Ss. alla presentazione congiunta di due ricorsi al Tar Veneto.

La Regione, dopo la sconfitta al Tar, è stata obbligata a concertare e la situazione è migliorata. Dopo una serie di alti e bassi, oggi il dialogo ed il confronto sembra essere migliorato e anche il confronto sulle materie dell'articolo 9 del Ccnl, iniziato con enorme ritardo, è andato avanti a ritmi soddisfacenti, dimostrando la volontà delle parti di confrontarsi e l'interesse ad arrivare insieme ad una soluzione condivisa.

Negli anni passati, purtroppo, non abbiamo condiviso le ipotesi di programmazione presentate dalla Regione, perché ci sembrava che potessero deludere le attese dei cittadini per una risposta ai loro problemi ed aggravare il disagio dei medici.

Proposte che peraltro venivano avanzate in assenza di un nuovo Piano sanitario regionale, di una ridefinizione degli ambiti territoriali delle troppe Aziende sanitarie.

Le previste chiusure di strutture sono state minime (qualche volta non adeguatamente motivate ed il Tar regionale per tale carenza le ha riaperte) e comunque insufficienti a garantire un reale risparmio; lo stesso è accaduto con la disattivazione di un numero elevato di posti letto senza la



contestuale riconversione o alienazione di strutture.

Oggi è ancora tutto pericolosamente immobile: il numero delle Aziende resta elevato (24), il piano sanitario è stato rinviato, l'ultima manovra è del 2002, attuata nel 2003.

La Corte dei Conti regionale, nel dicembre scorso, nella sua annuale relazione ha rilevato come la sanità svolga un ruolo importante e assorba il 65% delle risorse regionali, ma ha evidenziato il peggioramento dell'equilibrio economico delle Aziende.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la Corte ha sottolineato che al di là del tasso di ospedalizzazione, più alto che nel resto di Italia, il nodo vero resta la riorganizzazione della rete e le riduzioni delle degenze ed ha affermato che 84 strutture dotate di posti letto sono eccessive per il Veneto.

Infine la Corte ha anche autorevolmente rilevato che i ricoveri nell'anno 2004 nelle 57 strutture pubbliche sono diminuiti del 3,6%, ma nelle 27 private accreditate sono aumentati del 9,1%.

Si può dunque affermare, e noi ospedalieri lo sosteniamo da troppi anni, che nel Veneto il pubblico arretra ed il privato avanza, con il conseguente progressivo slitta-



mento delle risorse dal primo verso il secondo. Un ragionamento va fatto anche sui rapporti tra Ssn e Università. Alla fine del 2004 siamo riusciti, con movimento di opinione e con l'aiuto di gran parte delle forze politiche a bloccare il protocollo d'intesa Regione-Università, troppo sbilanciato a favore degli atenei e non in grado di instaurare una nuova fase di integrazione e collaborazione tra le Università ed il sistema sanitario. Nell'autunno del 2005, dopo le elezioni regionali, gli incontri tra la Regione e le Università sono ripresi ed il 30 gennaio scorso è stato firmato dal Presidente della Giunta e dai Rettori un testo che andrà in Consiglio Regionale. È un protocollo assolutamente insoddisfacente, che rappresenta la continuazione di un antico rapporto, diretto e senza altri interlocutori tra Regione e Università, con quasi un destino segnato per i medici ospedalieri, con-

dannati a cedere spazi e competenze all'espansionismo universitario. Quanto meno, però, l'assessore ha imposto la cancellazione della possibilità di "clinicizzare" strutture a direzione ospedaliera. Permangono, tuttavia, molte criticità, tra cui la direzione dei dipartimenti affidata di fatto agli universitari, l'attività assistenziale subordinata e finalizzata alla ricerca ed alla didattica e la perdita di autonomia della Regione nelle scelte programmatiche. Valuteremo tutte le strade per continuare la nostra opposizione, quando il protocollo sarà approvato definitivamente, non per difendere le legittime prerogative degli ospedalieri, ma per il buon funzionamento della sanità pubblica. **Le urgenze in agenda** Concludere il confronto con la Regione per le linee di indirizzo nelle materie previste dall'art.9 del Ccnl ed

applicarle, di pari passo con il Contratto, nelle Aziende. Particolare attenzione deve essere rivolta alla norme che possono ridurre il disagio, alla gestione del rischio clinico ed alle azioni contro il fenomeno del mobbing. **Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio** Difesa del Ssn e dei rapporti pubblico/privato, organizzazione della rete ospedaliera e delle condizioni di lavoro; formazione professionale e sindacale; qualità gestionale, professionale e informazionale.

**SEGRETERIA VENETO**

Segretario regionale: Salvatore Calabrese

Responsabile settore amministrativo: Luigi Muffato

Responsabile settore organizzativo: Manlio Traverso

Componenti Segreteria: Adriano Venazzato, Ornella Miceli

## PA. Bolzano

**Mario Tagnin: "Rivendichiamo i diritti dei medici"****Le principali criticità della politica sanitaria della Regione**

Una delle principali criticità riguarda l'orario di lavoro. Nella P.A. di Bolzano, infatti, non vige il Contratto nazionale e il Contratto provinciale (scaduto il 31 dicembre 2004 e non firmato dall'Anaao, che qui rappresenta circa il 48% dei medici del Servizio sanitario provinciale) prevede un debito orario di circa 42 ore. Di fatto però i volumi prestazionali e le carenze negli organici portano l'orario effettivo a superare le 48 ore. Nonostante questo sia il limite sancito dalle direttive europee e dal Dl66 del 2003, la Provincia ha cercato, attraverso un contratto integrativo, (anche questo non sottoscritto dall'Anaao) di elevare l'orario settimanale medio fino a 56 ore, per mantenere, attraverso il lavoro straordinario, i volumi prestazionali erogati finora. L'Anaao Assomed, però, si è opposta e ha presentato ricorso. In prima istanza il Tribunale di Bolzano ha dato ragione ai medici (48 ore è il limite massimo settimanale medio), tuttavia la Corte d'Appello ha sancito il mancato interesse ad agire del sindacato, ma senza pronunciarsi nel merito. Attualmente in tutte e 4 le Aziende sanitarie un buon numero di sanitari continua a "sforare" le 48 ore per "esigenze di servizio" e l'Ispettorato del Lavoro, più volte sollecitato, non ha ancora effettuato i dovuti controlli e applicato alle Aziende le sanzioni previste. Oltre all'orario di lavoro, un altro aspetto critico per le condizioni di lavoro dei medici riguarda i contratti atipici. Per ovviare alla carenza di medici, legata alle problematiche del bilinguismo (per accedere ai concorsi pubblici bisogna aver prima superato un esame di bilinguismo) e della proporzionale etnica (tutti i posti pubblici

vengono attribuiti rispettando una proporzionale etnica in base all'ultimo censimento), negli ultimi anni le quattro Aziende della Provincia (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico) hanno fatto ricorso sempre più spesso ai contratti d'opera. I medici precari attualmente superano il 25% dei medici del Servizio sanitario provinciale. Vi è poi la questione della libera professione, perché aggrappandosi ad una legge provinciale del 1995, la Provincia non permette ai medici ospedalieri lo svolgimento né dell'intra, né dell'extra-moenia. Di conseguenza non viene retribuita nessuna indennità di esclusività. Le attività aggiuntive, come detto precedentemente, vengono svolte ricorrendo allo "straordinario obbligatorio per esigenze di servizio". Due anni fa, circa 450 medici presentarono un ricorso, che attualmente è in attesa del giudizio della Corte Costituzionale, previsto fra pochi mesi.

Infine, ci preoccupa la costituzione dell'Azienda sanitaria provinciale, con l'unificazione delle attuali 4 Aziende a partire dal 1° gennaio 2007. Non è ancora chiaro che risvolti clinici comporterà tale riforma, né l'impatto che avrà sul personale. L'Anaao comunque, insieme ai sindacati confederali, è riuscita a imporre una partecipazione anche delle parti sociali, in modo che si realizzi una vera riforma clinica e non un'operazione verticistica e puramente di facciata da parte dell'assessorato.

**Le proposte del sindacato per risolverle**

L'Anaao ha già da tempo consegnato le proprie proposte, in tema di orario di lavoro e di libera professione. Finora, però, gli incontri in assessorato per trovare un'intesa sono stati infruttuosi. L'introduzione dell'intramoenia risolverebbe almeno in parte il problema del ripetuto superamento dell'orario di lavoro e degli "straordinari obbligatori". Abbiamo anche chiesto una regolamentazione dei contratti d'opera e una loro limitazione, oltre a una migliore redistribuzione delle risorse, investendo di più nel personale e meno nelle strutture (ospedali-albergo sovradimensionati, soprattutto in periferia).

Per queste ragioni il 15 maggio abbiamo sostenuto una giornata di sciopero provinciale dei medici ospedalieri e, per la prima volta, all'Anaao Assomed/Vlk (questa è la dicitura tedesca - il 40% degli iscritti è di madrelingua tedesca) si sono unite anche tutte le altre Ooss (Umsped, Bsk, Vsk), ad eccezione dell'Anpo.

**Le urgenze in agenda**

Al momento l'Anaao/Vlk sta sostenendo 2 ricorsi: il primo per l'orario di lavoro, che, come già detto, la Provincia di Bolzano vorrebbe elevare oltre il limite europeo delle 48 ore settimanali, fino alle 56 ore. Il secondo per l'introduzione della libera professione, per il riconoscimento del diritto di opzione tra intramoenia e extramoenia e per il riconoscimento dell'indennità di esclusività.

L'andamento di questi ricorsi probabilmente influirà molto sulle trattative per il nuovo contratto e sulle scelte politiche dell'assessorato.

Altre priorità sono l'adeguato riconoscimento dei turni di guardia notturna e festiva, delle ore di straordinario, che al momento sono meno retribuite delle ore ordinarie e le svantaggiose retribuzioni dei colleghi più giovani, assunti dal 2003 in poi. I numerosi contrattisti non vengono riconosciuti sindacalmente e diminuiscono anche l'incisività dell'azione sindacale.

Recentemente si è aggiunta anche l'urgenza di vigilare sulla costituzione della nuova Azienda Unica provinciale e prenderne parte quanto più attivamente e costruttivamente possibile.

**Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio** Orario di lavoro, libera professione, contratti a tipici, Azienda Unica.

**SEGRETERIA P.A. BOLZANO**

Segretario regionale: Mario Tagnin

Vicesegretario regionale: Paolo Bernardi

Segretario amministrativo: Maria Cristina Tappa

Segretario organizzativo: Giovanni Amaddii

## PA. Trento

**Romano Nardelli: "Irritano i ritardi prodotti dal Contratto provinciale"****Le principali criticità della politica sanitaria della Regione**

Nella nostra Provincia Autonoma da poche settimane è stata aperta la trattativa presso l'Apran (equivalente dell'Aran a livello nazionale) per il nuovo Contratto di lavoro provinciale della Dirigenza medica che, come il precedente contratto 1998-2001, sarà sostitutivo di quello nazionale. A differenza del resto d'Italia, non abbiamo ancora ricevuto il primo biennio economico e non sono ancora "operative" le norme giuridico/normative del quadriennio. Questo ha determinato un profondo stato di irritazione nella "base". Il secondo Contratto provinciale sarà caratterizzato da una impostazione generale ripresa dal nuovo Contratto nazionale, con spunti dal vecchio Contratto provincia-

le ed il recepimento delle Direttive politiche della Giunta provinciale. Queste ultime sono e saranno la parte più critica della trattativa, perché recano le problematiche normative/organizzative legate alla realtà locale (ad es. le caratteristiche orografiche della nostra Provincia fanno sì che attualmente vi siano ben sette strutture ospedaliere per una popolazione di circa 500.000 abitanti, gestita da una unica Azienda sanitaria con la necessità di garantire "isorisorse" la presenza di medici specialisti anche nelle "strutture ospedaliere di valle" senza impoverire l'Ospedale di Trento, fulcro del sistema).

La liquidazione degli "arretrati" è strettamente legata alla sigla finale.

**Le proposte del sindacato per risolverle**

Il nostro compito sarà quello di far recepire, nel nuovo Contratto provinciale, gli obiettivi raggiunti a livello nazionale e tutelare il più possibile la professionalità e l'autonomia dei dirigenti medici di fronte alla sempre più pesante burocratizzazione della professione, con un coinvolgimento diretto nelle scelte di politica sanitaria (leggi: applicazione a livello provinciale dell'articolo 9 del Contratto nazionale).

**Le urgenze in agenda**

Il problema più scottante, visto anche il momento difficile che attraversa la sanità in generale e quella trentina in particolare, dove il ruolo del sindacato è diventato e diventerà ancor più importante, è quello del coinvolgimento dei colleghi sindacalizzati e non. È richiesto uno sforzo ulteriore in difesa della sanità pubblica e della professione medica.

**Quattro parole d'ordine per il prossimo quadriennio** Difesa e potenziamento ulteriore della sanità pubblica. Difesa della professione e dell'autonomia del medico. Coinvolgimento maggiore del sindacato nelle scelte di politica sanitaria provinciale. Coinvolgimento maggiore della dirigenza medica nell'attività sindacale.

**SEGRETERIA P.A. TRENTO**

Segretario regionale: Romano Nardelli

Vicesegretario regionale: Andrea Bandera

Segretario amministrativo: Rosario Nidiri

Segretario organizzativo: Susanna Cozzio

Componenti Segreteria: Claudio Lorenz

20

# congresso nazionale anaao assomed genova 11-15 giugno 2006

## sempre con te per i tuoi diritti.

genova 13-14 giugno 2006 / centro congressi magazzini del cotone

1° mostra nazionale

### Il governo clinico delle attività sanitarie: aziende a confronto

I progetti delle Aziende sanitarie in materia di:

- prevenzione e gestione del rischio clinico; ■ programmi di formazione continua;
- modalità di implementazione delle attività di diagnosi e cura evidence based

Fondazione  
Pietro Paci



CENTRO STUDI

martedì 13 giugno 2006 ore 15 / sala Aliseo

### Le comunicazioni delle Aziende

## programma programma programma programma programma programma programma

### domenica 11 giugno 2006

dalle 15.00 Registrazione dei congressisti

### lunedì 12 giugno 2006 apertura del 20° congresso nazionale

- 9.30 **Adempimenti statutori** / Sala Maestrale
- 10.30 **Tavola rotonda** / Sala Maestrale  
MEDICI, ISTITUZIONI, INDUSTRIA: UN PATTO  
PER INVESTIRE NELLA SANITÀ PUBBLICA E  
PROMUOVERE L'ECONOMIA DEL PAESE

Moderatore

**ROBERTO TURNO** Giornalista

Partecipano

**ENRICO ROSSI** Coordinatore Assessori Regionali alla Sanità

**GUIDO RIVA** Presidente Commissione Sanità Confindustria

**SERGIO DOMPÉ** Presidente Farindustria

**ANGELO FRACASSI** Presidente Assobiomedica

**NICOLA QUIRINO** Docente di Economia e Finanza Pubblica

Università Luiss, Roma

**DOMENICO ISCARO** Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed

Sarà presente la Ministra della Salute

- 13.30 **Colazione di lavoro**
- 15.30 **Saluto autorità**  
Indirizzo di saluto del Presidente  
Anaa Assomed / Sala Maestrale
- 16.30 **Relazione del Segretario Nazionale**  
Anaa Assomed / Sala Maestrale  
Interventi ospiti
- 20.00 **Cocktail di benvenuto**, Galata Museo

### martedì 13 giugno 2006

- 9.00 **Dibattito congressuale** / Sala Maestrale
- 11.30 **Pausa lavori**
- 11.45 **Dibattito congressuale** / Sala Maestrale
- 13.30 **Colazione di lavoro**
- 15.00 **Dibattito congressuale** / Sala Maestrale
- 15.00 **IL GOVERNO CLINICO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE:  
LE COMUNICAZIONI DELLE AZIENDE** / Sala Aliseo

- 17.00 **Presentazione modifiche statutarie/votazioni** /  
Sala Maestrale
- 20.00 **Conclusione lavori della giornata**

### mercoledì 14 giugno 2006

- 9.00 **Dibattito congressuale** / Sala Maestrale
- 11.30 **Pausa**
- 11.45 **Dibattito congressuale** / Sala Maestrale
- 13.00 **Colazione di lavoro**
- 14.00 **Tavola rotonda** / Sala Maestrale  
IL RISCHIO CLINICO: LE TUTELE PER I MEDICI,  
LE GARANZIE PER I CITTADINI

Moderatrice

**EVA ANTONIOTTI** Giornalista

Partecipano

**ALESSANDRO CÈ** Assessore Sanità Lombardia

**GIUSEPPE SAIEVA** Sostituto Procuratore

Procura della Repubblica di Roma

**STEFANO SAVI** Presidente Consiglio Ordine Avvocati di Genova

**PAOLO SERVENTI LONGHI** Segretario Generale FNSI

**AMEDEO BIANCO** Presidente FNOMCEO

**FRANCESCO RIPA DI MEANA** Presidente FIASO

**GIUSEPPE GALANZINO** Direttore Generale ASO

S. G. Battista Molinette, Torino

**STEFANO INGLESE** Esperto tutela dei diritti e politiche sanitarie

**CARLO LUSENTI** Coordinatore Segretari Regionali

Anaa Assomed

Saranno invitati i Presidenti della Commissione  
Affari Sociali della Camera e Igiene e Sanità del Senato

- 18.30 **Presentazione liste**  
e relative mozioni congressuali  
Dibattito / Sala Maestrale
- 21.00 **Cena di gala**  
Palazzo Ducale / Sala del Maggior Consiglio  
**Segue spettacolo con Luciana Litizzetto**

### giovedì 15 giugno 2006

- 8.30 **Operazioni di voto**  
Sala Aliseo
- 10.00 **Fondazione Pietro Paci/Scuola Carlo Urbani:**  
presentazione dei progetti di cooperazione /  
Sala Maestrale
- 10.30 **Tavola rotonda** / Sala Maestrale  
LE CONDIZIONI DI LAVORO  
DEI MEDICI OSPEDALIERI IN EUROPA

Moderatore

**ENRICO REGINATO** Consigliere Nazionale Anaa Assomed  
Delegato Fnomceo alla AEMH  
(Associazione Europea dei Medici Ospedalieri)

Partecipano

**ERIK BERNHARD OBEL** DANIMARCA  
Componente della Segreteria dell'Associazione  
Danese dei Consultant

**JEAN-CLAUDE WAGNER** FRANCIA  
Segretario Generale dello Snam-HP  
(Sindacato Nazionale dei Medici, Chirurghi  
Specialisti e Biologi degli ospedali pubblici)

**FRANK ULRICH** GERMANIA  
**MONTGOMERY** Segretario del Marburger Bund  
(Sindacato Unico dei Medici Tedeschi)

**MANUEL SANCHEZ** SPAGNA  
Rappresentante Nazionale dei Medici  
Ospedalieri Spagnoli nell'Organizzazione  
Medica Collegiale

- 13.00 **Proclamazione degli eletti** / Sala Maestrale
- 13.30 **Colazione di lavoro**
- 14.30 **Consiglio Nazionale**  
Comunicazioni del Segretario Nazionale  
e del Presidente Anaa Assomed neo eletti /  
Sala Maestrale
- 16.00 **Chiusura del Congresso**