



SANITÀ lombarda. Cosa cambia

Doppio appuntamento promosso da Cisl dei Laghi e Cisl Medici

Alle 17 di lunedì 9 novembre presso Yacht Club Como si terrà il convegno dal titolo

"In LOMBARDIA cambia la SANITÀ.

Quali problemi nel nostro territorio ? Quali le nostre prospettive ?"

Intervengono:

- Angelo Capelli e Fabio Rizzi, Consiglieri regionali e relatori della Riforma lombarda
- Luca Gaffuri, Consigliere regionale lombardo
- Gianluigi Spata, presidente dell'Ordine dei Medici di Como
- Arturo Bergonzi, Segretario regionale Cisl Medici
- Gerardo Larghi, Segretario Generale Cisl dei Laghi

Il dibattito è coordinato da :

- Cesare Guanzioli, referente comasco di Cisl Medici, mentre la presentazione del testo di Riforma sarà affidato a
- Filippo Cristoferi, ricercatore dell'Università Cattolica.

La spesa sanitaria

Dall'analisi sull'andamento della spesa sanitaria nazionale e regionale per gli anni 2008 – 2014 effettuata dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali si evince quanto segue.

Il dato nazionale

Una prima analisi dei fenomeni più significativi evidenzia una **crescita nel 2014 della spesa sanitaria nazionale dello 0,89% rispetto al 2013**, segnando un'inversione di tendenza rispetto agli anni 2008 – 2013 che registravano un trend in diminuzione.

I **costi** che hanno inciso maggiormente sono stati: prodotti farmaceutici ed emoderivati (+7,09%), dispositivi medici (3,41%), manutenzioni e riparazioni (+5,62%).

Per quel che riguarda la mobilità passiva, si conferma il trend in crescita con un costo pari a circa 3, 8 miliardi di euro l'anno.

La differenza tra il **finanziamento** da intesa Stato-Regione e il totale dei costi è coperto e dalle somme a carico del bilancio regionale e dalle entrate proprie (costituite per 1/3 dalla compartecipazione dei cittadini alla spesa (ticket per prestazioni specialistiche, ticket da pronto soccorso altro ticket))

Si assiste ad una crescita delle risorse a carico del bilancio regionale del 18% dal 2008 al 2014 una **crescita della compartecipazione alla spesa (ticket) del 26% dal 2008 al 2014** mentre il fondo sanitario cresce del 9% dal 2008 al 2014.

La spesa per livelli di assistenza evidenzia un disallineamento rispetto alle soglie fissate per il riparto del finanziamento (5% alla prevenzione; 51% all'assistenza distrettuale; 44% all'assistenza ospedaliera), ma si evidenzia una contrazione della spesa ospedaliera, che passa dal 48,33% del 2008 al 44,72% del 2013, il risultato può essere ascritto a due fattori: il miglioramento della rilevazione contabile e gli interventi di riorganizzazione del settore ospedaliero a vantaggio principalmente di quello "distrettuale".

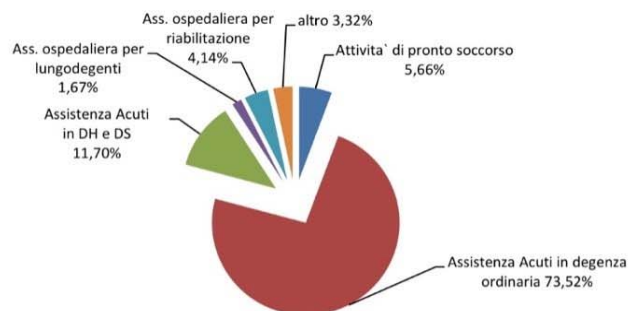
A livello nazionale si può notare che all'interno della macro voce "assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro" l'incremento maggiore si rileva nell'attività di prevenzione rivolta alla persona +6,7% (variazione % sul totale della spesa per prevenzione 2013 vs 2008) mentre i cali principali si registrano nelle voci igiene e sanità pubblica -4,6% e nella sanità veterinaria -1,56%.

All'interno della macro voce "assistenza distrettuale" cresce la specialistica ambulatoriale +1,77% (2013 vs 2008) mentre il calo principale è nella farmaceutica -1,60%. La prevenzione rimane stabile attorno al 4%.

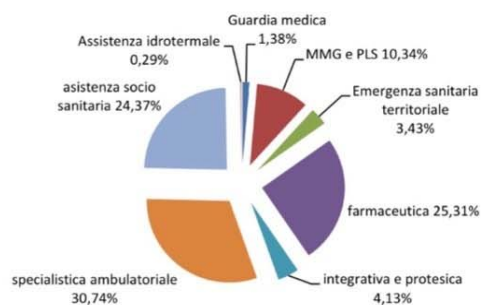
Nella macro voce assistenza ospedaliera, infine, l'incremento si registra nella riabilitazione ospedaliera +0,91% e i cali principali nei ricoveri ordinari -1,24% e nei DH e DS -1,81%.

Va specificato che pur in presenza di una crescita della spesa sanitaria, non si arresta il **trend in diminuzione dei disavanzi regionali**. Il sistema sanitario nazionale, dopo le coperture registra un avanzo di circa 600 milioni di euro.

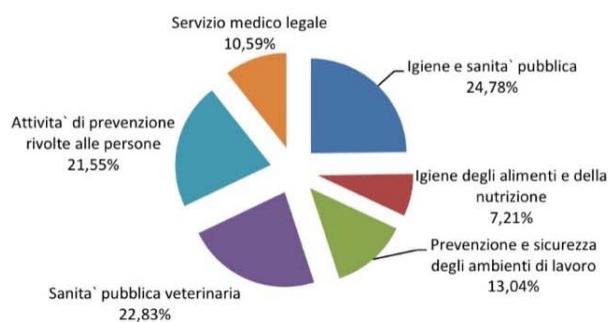
RIPARTIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA SANITARIA NAZIONALE PER LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERO



RIPARTIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA SANITARIA NAZIONALE PER LIVELLO DI ASSISTENZA DISTRETTUALE



RIPARTIZIONE PERCENTUALE DELLA SPESA SANITARIA NAZIONALE PER LIVELLI DI ASSISTENZA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO



Analisi dei dati generali di spesa nelle regioni

I dati analizzati sono quelli inseriti nell'NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) ed evidenziano un cambio di tendenza nell'andamento della spesa sanitaria nazionale che cresce, come detto, nel 2014 dello 0,89% rispetto al 2013. Prosegue invece il trend in diminuzione dei disavanzi regionali.

L'analisi dei dati sulla spesa sanitaria nazionale e regionale relativi al periodo 2008-2014, consente “di confermare alcuni obiettivi ma anche di evidenziare situazioni che presentano alcune anomalie”.

In particolare, si registra un incremento nella voce di spesa legata alle consulenze che ammontano nel 2014 a circa 780 mila di euro (+2,48%).

Fortemente in crescita sono i prodotti farmaceutici ed emoderivati che ammontano a circa 9 milioni di euro e che crescono del 7% rispetto al 2013.

L'aggregato altri beni sanitari cresce dell'1,14%, la voce che incide su tale crescita è principalmente quella dei dispositivi medici. Nel 2014 cresce anche la spesa per manutenzioni in media del 6%.

Complessivamente nel 2014 torna quindi a crescere la spesa sanitaria: +0,89% rispetto al 2013, segnando un'inversione di tendenza rispetto agli anni 2008-2013 che registravano un trend in diminuzione.

A livello regionale, l'Agenas segnala che gli incrementi più alti di spesa corrente sono stati registrati in Abruzzo (2,5%), Lombardia (+2,3%), Campania (2,1%). La diminuzione più importante in Valle d'Aosta (-4,35%) e in Friuli Venezia Giulia (-3,65%). Dall'aggiornamento dell'Agenas emerge che pur in presenza di una crescita della spesa sanitaria, non si arresta il trend in diminuzione dei disavanzi regionali.

Il sistema sanitario nazionale, dopo le coperture registra un avanzo di circa 600 milioni di euro.

Tabella Spesa sanitaria corrente anni 2008-2014

Valori in migliaia di euro

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PIEMONTE	8.168.765	8.444.150	8.576.644	8.534.730	8.454.187	8.268.504	8.257.614
VALLE D'AOSTA	260.879	264.043	278.060	279.486	279.298	272.649	260.785
LOMBARDIA	16.740.240	17.222.431	17.844.158	18.186.558	18.307.208	18.446.212	18.870.104
PROV AUT BOLZANO	1.108.183	1.065.860	1.099.606	1.112.280	1.158.176	1.160.304	1.141.812
PROV AUT TRENTO	995.402	1.062.713	1.095.332	1.131.258	1.157.508	1.150.646	1.153.187
VENETO	8.652.843	8.907.065	9.050.809	9.019.565	8.915.056	8.783.767	8.788.140
FRIULI VENEZIA GIULIA	2.316.504	2.414.483	2.448.022	2.500.544	2.498.732	2.475.931	2.385.568
LIGURIA	3.186.542	3.288.245	3.273.850	3.257.367	3.171.880	3.135.759	3.168.488
EMILIA ROMAGNA	8.061.983	8.461.042	8.631.331	8.731.365	8.892.326	8.744.020	8.768.698
TOSCANA	6.805.062	7.261.649	7.252.161	7.255.084	7.282.498	7.131.197	7.260.237
UMBRIA	1.567.200	1.623.697	1.636.560	1.647.572	1.658.570	1.650.583	1.645.404
MARCHE	2.647.113	2.761.392	2.835.884	2.837.582	2.786.463	2.743.929	2.768.653
LAZIO	10.987.886	11.250.297	11.143.017	11.007.694	10.925.879	10.701.872	10.682.689
ABRUZZO	2.371.856	2.362.669	2.355.425	2.323.540	2.330.702	2.290.309	2.348.869
MOLISE	653.501	668.710	665.753	654.242	663.517	652.881	661.353
CAMPANIA	10.084.763	10.246.143	10.116.740	9.949.429	9.674.527	9.510.214	9.716.016
PUGLIA	7.131.501	7.197.239	7.289.302	7.131.526	7.029.857	7.022.325	7.151.521
BASILICATA	1.020.474	1.042.555	1.063.916	1.068.467	1.038.555	1.028.247	1.037.458
CALABRIA	3.384.485	3.514.678	3.473.073	3.400.489	3.332.621	3.297.242	3.360.408
SICILIA	8.341.115	8.471.903	8.606.583	8.610.897	8.546.649	8.566.884	8.579.301
SARDEGNA	2.944.030	3.082.855	3.165.745	3.217.523	3.262.632	3.233.326	3.266.518
ITALIA	108.143.924	111.372.503	112.630.340	112.623.941	112.688.218	111.684.110	112.672.629
regioni non in piano di rientro	48.681.457	50.568.076	51.588.669	52.003.560	52.052.556	51.663.714	52.307.182
regioni in piano di rientro e commissariate	27.482.491	28.042.497	27.754.008	27.335.394	26.927.246	26.452.518	26.769.335
regioni in piano di rientro	23.641.381	24.113.292	24.472.529	24.277.153	24.030.693	23.857.713	23.988.436
regioni a statuto speciale	7.624.998	7.889.954	8.086.765	8.241.091	8.356.346	8.292.856	8.207.870

Fonte: elaborazione Agenas su dati modelli Ce consuntivi 2008-2014 (NSIS)

- ✱ **Dalla tabella si evince che la spesa sanitaria relativa alla regione Lombardia ha avuto un incremento dal 2008 ad oggi pari a più di 2 mld di euro, con una variazione percentuale nell'ultimo anno sul 2013, pari al 2,30%.**

Qui di seguito il dettaglio percentuale.

Tabella Spesa sanitaria corrente (variazione percentuale)

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014
PIEMONTE	3,37%	1,57%	-0,49%	-0,94%	-2,20%	-0,13%
VALLE D'AOSTA	1,21%	5,31%	0,51%	-0,07%	-2,38%	-4,35%
LOMBARDIA	2,88%	3,61%	1,92%	0,66%	0,76%	2,30%
PROV AUT BOLZANO	-3,82%	3,17%	1,15%	4,13%	0,18%	-1,59%
PROV AUT TRENTO	6,76%	3,07%	3,28%	2,32%	-0,59%	0,22%
VENETO	2,94%	1,61%	-0,35%	-1,16%	-1,47%	0,05%
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,23%	1,39%	2,15%	-0,07%	-0,91%	-3,65%
LIGURIA	3,19%	-0,44%	-0,50%	-2,62%	-1,14%	1,04%
EMILIA ROMAGNA	4,95%	2,01%	1,16%	1,84%	-1,67%	0,28%
TOSCANA	6,71%	-0,13%	0,04%	0,38%	-2,08%	1,81%
UMBRIA	3,60%	0,79%	0,67%	0,67%	-0,48%	-0,31%
MARCHE	4,32%	2,70%	0,06%	-1,80%	-1,53%	0,90%
LAZIO	2,39%	-0,95%	-1,21%	-0,74%	-2,05%	-0,18%
ABRUZZO	-0,39%	-0,31%	-1,35%	0,31%	-1,73%	2,56%
MOLISE	2,33%	-0,44%	-1,73%	1,42%	-1,60%	1,30%
CAMPANIA	1,60%	-1,26%	-1,65%	-2,76%	-1,70%	2,16%
PUGLIA	0,92%	1,28%	-2,16%	-1,43%	-0,11%	1,84%
BASILICATA	2,16%	2,05%	0,43%	-2,80%	-0,99%	0,90%
CALABRIA	3,85%	-1,18%	-2,09%	-2,00%	-1,06%	1,92%
SICILIA	1,57%	1,59%	0,05%	-0,75%	0,24%	0,14%
SARDEGNA	4,72%	2,69%	1,64%	1,40%	-0,90%	1,03%
ITALIA	2,99%	1,13%	-0,01%	0,06%	-0,89%	0,89%
regioni non in piano di rientro	3,88%	2,02%	0,80%	0,09%	-0,75%	1,25%
regioni in piano di rientro e commissariate	2,04%	-1,03%	-1,51%	-1,49%	-1,76%	1,20%
regioni in piano di rientro	2,00%	1,49%	-0,80%	-1,02%	-0,72%	0,55%
regioni a statuto speciale	3,47%	2,49%	1,91%	1,40%	-0,76%	-1,02%

Fonte: elaborazione Agenas su dati modelli Ce consuntivi 2008-2014 (NSIS)

Disavanzi regionali

Il risultato di gestione del CE consolidato regionale riferito al IV trimestre 2014 dopo le risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura risulta essere:

Regione	risultato di gestione IV trimestre 2014	coperture da bilancio regionale	risultato di gestione IV trimestre 2014 dopo coperture	risultato di gestione IV trimestre 2014 dopo coperture rideterminato dal Tavolo
PIEMONTE	47.387	0	47.387	47.237
VALLE D'AOSTA	-2.953	0	-2.953	-
LOMBARDIA	9.926	0	9.926	9.922
PROV. AUTON. BZ	-17.315	0	-17.315	-
PROV. AUTON. TR	0	0	0	-
VENETO	30.151	0	30.151	7.145
FRIULI VEN. GIULIA	2.478	0	2.478	-
LIGURIA*	-73.683	0	-73.683	24.235
EMILIA ROMAGNA	736	0	736	362
TOSCANA	3.149	0	3.149	3.149
UMBRIA	23.435	0	23.435	23.424
MARCHE	74.724	2.482	77.206	73.400
LAZIO	-345.256	889.815	544.559	478.662
ABRUZZO	36.689	0	36.689	36.187
MOLISE	-57.696	20.350	-37.346	-37.346
CAMPANIA	227.610	51.763	279.373	229.870
PUGLIA	24.790	0	24.790	24.790
BASILICATA	2.152	0	2.152	2.152
CALABRIA	-41.640	106.571	64.931	57.961
SICILIA	9.448	3.871	13.319	35.093
SARDEGNA	-259.002	154	-258.848	-

FONTE: NSIS – Sistema Informativo Nazionale; Tavoli verifica

Nota : I valori inseriti nel sistema informativo nazionale (NSIS), in alcuni casi, risultano differenti rispetto al risultato “rideterminato” e valutato ai tavoli di verifica in particolare per i seguenti motivi:

1. dal risultato vengono eliminati gli utili realizzati dalle singole aziende in attuazione dell'art 30 del d. lgs 118/2011 (es. la Regione Veneto presenta aziende in utile per un importo complessivo di circa 26 mil .di euro);
2. correzioni extra contabile di alcuni disallineamenti nelle iscrizioni contabili, che le Regioni si impegnano a correggere nel consuntivo;
3. valutazioni di alcune scritture non sufficientemente documentate.

Di seguito si propone la tabella relativa al risultato di gestione della regione Lombardia.

Lombardia: risultato di gestione

valori in migliaia di euro							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
FSN indistinto e vincolato	15.666.180	16.151.000	16.674.926	16.962.000	17.174.872	17.066.161	17.555.735
saldo mobilità positiva	440.185	449.675	444.118	454.396	457.499	555.194	533.960
mobilità attiva internazionale	0	0	0	0	0	0	0
Entrate proprie	581.539	575.006	659.871	658.370	748.839	731.241	703.186
Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back	32.000	30.000	52.000	82.000	90.422	89.565	77.595
Saldo intramoenia	18.333	13.336	9.677	12.287	44.310	45.628	46.569
Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad invest.	0	0	0	0	-138.258	-30.174	-9.375
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	0	0	0	0	-68.211	-1.205	-28.092
TOTALE RICAVI NETTI	16.738.237	17.219.017	17.840.592	18.169.053	18.309.473	18.456.410	18.879.578
Personale:							
personale a TD e TI	4.844.208	4.990.508	5.116.395	5.089.000	5.067.854	5.015.951	4.976.829
consulenze	85.670	97.929	95.440	89.292	78.533	79.353	89.891
Prodotti farmaceutici ed emoderivati	747.848	834.323	931.434	975.294	1.056.339	1.127.970	1.211.111
Beni e Servizi:							
altri beni sanitari	909.754	946.189	985.545	999.809	934.170	919.585	926.155
beni non sanitari	179.405	189.918	190.648	184.155	105.187	93.817	85.949
servizi sanitari	598.763	599.575	641.302	645.021	715.656	738.940	741.429
servizi non sanitari	1.399.053	1.455.440	1.564.176	1.659.329	1.820.053	1.860.647	1.874.329
Ammortamenti e costi capitalizzati	0	9.628	0	0	199.335	172.390	160.793
Accantonamenti	365.486	266.725	155.344	466.330	429.279	401.101	801.707
Variazione rimanenze	-7.270	-6.830	-32.795	-6.684	5.392	-3.015	5.6190
TOTALE COSTI INTERNI	9.122.917	9.383.405	9.647.489	10.101.546	10.411.798	10.406.739	10.873.812
Farmaceutica convenzionata	1.605.810	1.595.667	1.612.243	1.518.699	1.418.883	1.382.638	1.345.089
medicina convenzionata (MMG PLS e Sumai)	894.077	942.765	966.640	960.102	960.330	934.196	934.554
Prestazioni da privato:							
specialistica ambulatoriale	671.532	699.997	942.638	966.606	1.012.778	1.060.648	931.921
assistenza riabilitativa	225.058	213.438	205.991	197.220	200.701	203.547	176.319
assistenza integrativa e protesica	208.277	219.120	233.404	245.788	235.968	239.241	238.027
assistenza ospedaliera	2.211.581	2.314.041	2.264.054	2.235.560	2.113.183	2.137.403	2.237.929
psichiatria residenziale e semiresidenziale	140.318	149.515	156.046	160.985	170.254	175.991	180.150
distribuzione farmaci File F	142.608	157.043	178.315	187.142	194.578	240.691	250.513
prestazioni termali in convenzione	9.036	10.475	10.411	10.315	9.498	9.722	9.174
prestazioni di trasporto sanitario	76.555	77.188	82.277	86.703	91.482	99.659	104.186
prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	949.466	998.087	1.086.055	1.107.764	1.128.866	1.156.495	1.216.656
mobilità passiva internazionale	0	0	0	0	0	24.449	22.506
saldo mobilità passiva	0	0	0	0	0	0	00
TOTALE COSTI ESTERNI	7.134.318	7.377.336	7.738.074	7.676.884	7.536.521	7.664.680	7.647.0240
Totale costi operativi (costi interni + costi esterni)	16.257.235	16.760.741	17.385.563	17.778.430	17.948.319	18.071.419	18.520.836
Margine operativo	481.002	458.276	455.029	390.623	361.154	384.991	358.742
Svalutazioni immobilizzazioni, crediti, rivalut.i e sval.t. finanz.	0	4.077	3.118	8.039	6.182	8.971	9.062
saldo gestione finanziaria	72.966	43.588	43.020	39.713	4.085	5.509	6.082
Oneri fiscali	362.020	368.266	372.676	370.367	366.423	363.352	361.594
Saldo gestione straordinaria	48.019	45.759	39.781	-9.991	-17.801	-3.039	-27.470
TOTALE COMPONENTI FINANZIARIE E STRAORDINARIE	483.005	461.690	458.595	408.128	358.889	374.793	349.268
Totale costi	16.740.240	17.222.431	17.844.158	18.186.558	18.307.208	18.446.212	18.870.104
RISULTATO DI GESTIONE	-2.003	-3.414	-3.566	-17.505	2.265	10.198	9.474
Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra	2.003	3.414	4.710	22.505	0	0	0
RISULTATO DI GESTIONE DOPO LE COPERTURE	0	0	1.144	5.000	2.265	10.198	9.474

fonte: CE consolidati estratti dal sistema NSIS (CE 2008 alla data del 17.12.2014, CE 2009-2010-2011- 2012-2013 alla data del 18.9.2014) - elaborazione AGeNas

Si ricorda preliminarmente che la differenza tra il finanziamento da intesa Stato-Regione e il totale dei costi è coperto sia dalle somme a carico del bilancio regionale sia dalle entrate proprie (costituite per 1/3 dalla compartecipazione dei cittadini alla spesa: ticket per prestazioni specialistiche, ticket da pronto soccorso altro ticket).

Dall'analisi della tabella , si sottolinea l'andamento di due componenti che non sono legate ad attività sanitarie in senso stretto ma sono rappresentative della stabilità del sistema aziendale.

Nel 2014 si vede il raddoppiarsi degli accantonamenti, dove la voce preponderante è rappresentata dagli accantonamenti per rischi:

- 1) situazioni di contenziosi con i fornitori, specie di servizi, ancora non risolti;
- 2) modifica del sistema assicurativo con aumento nelle regioni del sistema della autoassicurazioni. Anche la gestione finanziaria (seppur di importi non consistenti) è rappresentativa di costi che il servizio sanitario sta pagando a seguito dei debiti pregressi e del ritardo nei pagamenti ai fornitori, infatti i valori più elevati si registrano negli interessi passivi e sono maggiormente presenti nelle regioni in piano di rientro.

Saldi di mobilità

Il livello della spesa è stato calcolato al netto del saldo di mobilità passiva, in considerazione della disomogenea modalità di contabilizzazione nei vari anni da parte delle Regioni.

Per completezza di informazioni si ritiene di dover dare evidenza anche di tale fenomeno vista la sua rilevanza anche dal punto di vista finanziario. La mobilità muove ogni anno circa 3,8 miliardi di euro (2012 – 3,873 mld; 2013 – 3,973 mld).

Le prestazioni che vengono compensate sono i ricoveri ospedalieri e in day hospital, la medicina generale, la specialistica ambulatoriale, la farmaceutica, le cure termali, i trasporti con ambulanza ed elisoccorso, plasmaderivati ed emocomponenti, cellule staminali e residui manicomiali ed Hanseniani.

Il saldo di mobilità per ogni Regione, inserito nel riparto del Fondo Sanitario Nazionale riferisce che negli anni le Regioni del Sud (eccetto il Molise) presentano saldi negativi e ovviamente le Regioni del Nord (eccetto Piemonte, Liguria e PA Trento) saldi positivi.

I saldi nascondono le dinamiche della mobilità attiva e passiva, i valori sono riferiti a quelli inseriti nel riparto del fondo sanitario nazionale ed è bene precisare che in ogni riparto sono imputati:

- Gli acconti dell'anno di riferimento per la compensazione della mobilità interregionale dell'Ospedale Bambino Gesù e dell'Associazione Italiana Militare Ordine di Malta (ACISMOM);
- Gli acconti dell'anno per i residui manicomiali e Hanseniani, la plasma derivazione, la ricerca e il reperimento delle cellule staminali e per gli emocomponenti;
- I conguagli della mobilità interregionale per i flussi standard (i ricoveri ospedalieri e in day hospital, la medicina generale, la specialistica ambulatoriale, la farmaceutica, le cure termali, i trasporti con ambulanza ed elisoccorso), per la plasma derivazione, la ricerca e il reperimento delle cellule staminali, dei residui manicomiali e hanseniani e degli emocomponenti riferiti a due anni precedenti.

Regolamentato l'orario di lavoro dei medici ospedalieri

Tetto massimo all'orario e riposi obbligati. Dal 25 Novembre l'Italia si adegua all'Europa

La disposizione contenuta nell' **art. 14 della Legge 161/2104** conclude una lunga battaglia condotta, a difesa del diritto al riposo e alla determinazione di un tempo massimo di lavoro settimanale per i dirigenti medici e sanitari dipendenti del SSN.

Testualmente nella norma si legge che:

“Decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono abrogati il comma 13 dell'articolo 41 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e il comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66”.

La storia

L'Unione europea dispone dal 1993 (Direttiva 104/1993 CE) di standard comuni che disciplinano l'orario di lavoro, applicati dal 2000 (Direttiva 34/2000 CE) a tutti i settori dell'economia. La direttiva sull'orario di lavoro è una pietra miliare dell'Europa sociale, poiché assicura una protezione minima a tutti i lavoratori contro orari di lavoro eccessivi e contro il mancato rispetto di periodi minimi di riposo. Nel novembre 2003 la Direttiva 88/2003 CE, una sorta di testo unico sull'organizzazione dell'orario di lavoro, raccoglie i criteri “minimi” relativi a riposi, pause, ferie, orario massimo di lavoro, lavoro notturno.

Per il riposo giornaliero la misura considerata “minima” dalla CE è quella di 11 ore consecutive nell'arco di 24 ore, partendo dall'inizio dell'attività, mentre il tempo di lavoro massimo settimanale è individuato in 48 ore, comprendenti anche le quote di lavoro straordinario.

In Italia le Direttive 104/1993 e 34/2000 sono state recepite nell'aprile del 2003 come d.lgs. 66.

La direttiva europea dà fondamenta giuridiche alla evidenza che periodi lavorativi prolungati producono effetti negativi sulla salute degli interessati ed aumentano il rischio d'errore. Il DLgs 66/2003 all'art. 1 definisce riposo adeguato: “Il fatto che i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari, la cui durata è espressa in unità di tempo, e sufficientemente lunghi e continui per evitare che essi, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano la organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute a breve o a lungo termine”.

Nel dicembre 2007, con la Legge Finanziaria 2008, per questioni di natura economica, è stata decisa a tavolino, e concordata tra le diverse forze politiche, una deregulation totale degli orari di lavoro del personale medico e sanitario.

In alcune fasi del suo iter questa idea ha raggiunto aberrazioni tali che i medici avrebbero potuto lavorare anche due giorni di fila senza che ciò fosse illecito.

Sono stati quindi creati supporti legislativi impropri per modificare l'art. 7 (riposo giornaliero) e l'art. 4 (durata massima dell'orario di lavoro settimanale) del DLgs 66/2003 con cui si era stata recepita in Italia la direttiva europea sulla organizzazione dell'orario di lavoro. I governi allora in carica (prima Prodi, poi Berlusconi) negavano ai medici e ai dirigenti sanitari quel diritto alla salute che è inalienabile e costituzionalmente garantito, a dispetto della palese illegittimità delle modifiche

alla direttiva europea, di non pochi dubbi di costituzionalità e degli effetti nefasti di tale decisione sulla salute dei lavoratori e su quella dei pazienti.

Mentre in ambienti lavorativi come quello dei trasporti, del volo e dell'industria nucleare, il problema del rischio legato alla fatica degli addetti è stato affrontato molti anni fa, nel campo della sanità ospedaliera il calo della performance o l'errore in campo clinico sono stati considerati come episodi sporadici anche quando vere e proprie catastrofi sono state attribuite a stanchezza derivante da turni di lavoro prolungati. Ma la letteratura scientifica internazionale collega direttamente la privazione del riposo e gli orari prolungati di lavoro dei medici ad un netto incremento degli eventi avversi e del rischio clinico per i pazienti, coinvolgendo il tema della sicurezza delle cure e quindi la tutela della salute dei cittadini che si rivolgono alle strutture ospedaliere.

L'intervento dell'Unione Europea (2012/2014)

La CE ha chiesto all'Italia le motivazioni del non rispetto della direttiva (2012).

La difesa del governo si è basata essenzialmente sul ruolo dirigenziale dei medici del SSN. Ma i medici attivi nel SSN, ancorché classificati quali "dirigenti", non sempre godono delle prerogative o dell'autonomia dirigenziale, ben specificate dalla CE, durante il loro lavoro. Anzi, nella stragrande maggioranza dei casi (i cosiddetti professionals) tali prerogative non sussistono, in presenza di un rapporto di lavoro contrattualizzato basato sugli orari di lavoro e non solo sui risultati, per cui non possono essere tenuti fuori dalle tutele relative ai riposi e ai tempi massimi di lavoro.

Non ritenendo valide le giustificazioni addotte, la CE nei primi mesi del 2014 ha aperto una procedura di infrazione presso la Corte di Giustizia Europea. Solo a questo punto il Governo italiano, per evitare la condanna, e le pesanti penalizzazioni economiche derivanti, con l'art. 14 della Legge 161/2014 ha finalmente cancellato "errori" reiteratamente sostenuti dai vari governi in carica, rinviando, però, l'applicazione delle norme comunitarie sull'orario di lavoro di un altro anno.

In conclusione, dopo 8 anni sono stati accertati e "certificati" dalla Comunità europea i diritti dei medici e dirigenti sanitari italiani alle 48 ore di lavoro medie settimanali ed al riposo minimo garantito di 11 ore ininterrotte ogni 24 e, quindi, la violazione di tali diritti è illecito di chi, per il ruolo rivestito, avrebbe dovuto applicare la direttiva, e non lo ha fatto anche allo scopo di ottenerne un vantaggio.

Se, come è precisato nella stessa Direttiva 88/2003 CE, e in numerose sentenze delle Corte di Giustizia, è valido il suo automatico adeguamento nel corpo delle leggi del singolo Stato, indipendentemente dall'atto formale del recepimento, vengono a cadere le leggi dello Stato, sia antecedenti che successive ad essa, che ne ostacolano la corretta applicazione.

Allora, anche il rinvio previsto dall'articolo 14 della Legge 161 del 2014 deve essere considerato nullo e, sulla scorta delle due sentenze Fuss della Corte di Giustizia, i medici stessi hanno diritto sia al risarcimento economico per i turni non rispettosi del riposo minimo e per le ore effettuate oltre il dovuto (Fuss 1) sia ad un indennizzo per la mancata osservanza in sé della Direttiva da parte dello Stato (Fuss 2).

Scheda di approfondimento predisposta dal Dipartimento Welfare

DGR 4153/2015 Eliminazione super ticket – Esenzione E15

Come ottenere il riconoscimento dell'esenzione E15

I cittadini con reddito familiare fiscale non superiore a € 18.000,00 annui dovranno autocertificare tale condizione – per se' e per i propri familiari a carico - presso l'ASL di competenza territoriale che rilascerà la relativa attestazione di esenzione (codice di esenzione: E15).

Le autocertificazioni potranno essere registrate nel sistema informativo regionale - a partire dal 15 ottobre 2015 – recandosi presso la ASL di competenza territoriale, che rilascerà relativa attestazione.

Dalla stessa data il codice E15 potrà essere riportato in ricetta dai medici prescrittori.

Ticket e "Super ticket"

Il pagamento del ticket sanitario è stato inizialmente introdotto in Italia per effetti del Decreto Legge dello Stato n. 382 del 25.11.1989, poi convertito con legge n. 8 del 25.01.1990.

Prima della manovra finanziaria nazionale 2011 (legge n. 111 del 15.07.2011) i cittadini non esenti partecipavano alla spesa sanitaria - in relazione alle prescrizioni in ricetta - fino ad un importo massimo di € 36,00.

Con la manovra 2011 lo Stato ha poi imposto l'applicazione di un "ticket aggiuntivo" di € 10,00 a ricetta, incremento che però Regione Lombardia ha valutato più opportuno applicare in maniera proporzionale (sempre in relazione al valore delle prestazioni), come riportato nella tabella seguente.

Valore delle prestazioni in ricetta	Ticket prima della L. 111/2011	Ticket aggiuntivo dopo la L. 111/2011 (Super Ticket)
Fino a € 5,00	Fino a € 5,00	€ 0,00
da € 5,01 a € 10,00	da € 5,01 a € 10,00	€ 1,50
da € 10,01 a € 15,00	da € 10,01 a € 15,00	€ 3,00
da € 15,01 a € 20,00	da € 15,01 a € 20,00	€ 4,50
da € 20,01 a € 25,00	da € 20,01 a € 25,00	€ 6,00
da € 25,01 a € 30,00	da € 25,01 a € 30,00	€ 7,50
da € 30,01 a € 36,00	da € 30,01 a € 36,00	€ 9,00
da € 36,01 a € 41,00	€ 36	€ 10,80
da € 41,01 a € 46,00	€ 36	€ 12,30
da € 46,01 a € 51,00	€ 36	€ 13,80
da € 51,01 a € 56,00	€ 36	€ 15,30
da € 56,01 a € 65,00	€ 36	€ 16,80
da € 65,01 a € 76,00	€ 36	€ 19,50
da € 76,01 a € 85,00	€ 36	€ 22,80
da € 85,01 a € 100,00	€ 36	€ 25,50
da € 100,01 e oltre	€ 36	€ 30,00

L'esenzione E15 esplica i propri effetti in relazione al valore delle prestazioni indicate in ricetta, permettendo di non pagare il "super ticket" (valori come da tabella sopra riportata).

Milano 12 ottobre 2015

Nuovi turni, allarme dei medici «A rischio i servizi in ospedale»

Il piano. Le norme europee impongono 12 ore di riposo ai professionisti
La Cisl: «Servono contromisure, subito un incontro per la riorganizzazione»

Medici più riposati quando arrivano in ospedale addio alle maratone in corsia. Questo ha imposto l'Europa e, da fine novembre, dopo anni di proroghe, la norma dovrà entrare in vigore anche in Italia, pena sanzioni pesanti per le aziende ospedaliere e per i primari che firmano i turni.

In estrema sintesi non potranno più esserci nei riparti turni che iniziano il pomeriggio e finiscono nella tarda mattinata del giorno dopo, oppure i recuperi di appena 8 ore. Ogni settimana i medici potranno lavorare un massimo di 48 ore e il turno più lungo potrà essere di 13 ore. Il riposo minimo da garantire dovrà essere, invece, di 12 ore.

Problemi nell'organizzazione

Tutto questo, però, se dai medici è visto ovviamente in modo positivo, rischia di portare problemi enormi nell'organizzazione ospedaliera.

«Stiamo parlando - dice **Cesare Guanziroli**, responsabile Cisl medici di Como - di una legge del 2003 sulla quale sono state chieste via via deroghe nell'applicazione fino al 2014, quando l'Europa ha comunicato che non ne avrebbe più concesse. A un operatore deve essere garantito di fare, dopo un turno di guardia, 12 ore di riposo. Questo è positivo per il medico e i cittadini, ma mette in crisi i reparti che hanno un servizio di reperibilità notturne».

Ad esempio, se un medico viene chiamato per un'emergenza di notte e lavora per due o tre ore, poi deve fare riposo nelle 12 ore successive e questo significa che



Preoccupazione a Como tra i medici ospedalieri

non può effettuare il turno del mattino, come normalmente avviene.

«Siamo di fronte a uno sforzo organizzativo immenso - aggiunge Guanziroli - e la mia preoccupazione è che si rischia di danneggiare i cittadini che, se l'azienda ospedaliera non metterà in atto una riorganizzazione importante, rischiano al mattino di vedersi tagliati i servizi». Nessuno, infatti, può prevedere in anticipo se un medico sarà chiamato o meno durante la reperibilità e questo significa che, in ogni caso, non potrà avere il turno del mattino poiché non è detto che possa svolgerlo. I problemi maggiori sono per i reparti di radiologia interventistica,

alcuni tipi di chirurgia specialistica (maxillo facciale o vascolare).

Lunedì l'incontro con l'azienda

«Questa situazione non è sostenibile - chiude il medico - e ci sono venti giorni di tempo per trovare una soluzione visto che sono previste, in caso di inadempienze, sanzioni per l'azienda e per i primari. O si mette in atto un piano di assunzioni, ma questo sembra essere escluso, oppure è necessaria una riorganizzazione che guardi anche al futuro. Siamo molto in ritardo e ci auguriamo che l'azienda lunedì 9 ci presenti un quadro dettagliato».

G. Ron.

La Provincia 4.11.15

Nota inviata via p.e.c.

Roma, 03 Novembre 2015

- **Ai Presidente della Conferenza delle Regioni**
- **Ai Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome**
- **Agli Assessori Regionali alla Sanità**
- **Ai Legali Rappresentanti degli Enti del SSN**

Oggetto: Istanza di Significazione e Diffida a contrattazioni decentrate sull'applicazione della normativa europea concernente orari di lavoro e riposi dei medici dipendenti pubblici e privati

Ill.mi in indirizzo,

dal 25 Novembre 2015, il lavoro di tutti i medici dipendenti pubblici e privati dovrà essere riorganizzato in modo da adeguarsi integralmente alla normativa europea sugli orari di lavoro e sui riposi, conseguentemente all'applicazione della Legge 161/2014.

La normativa europea, che sarà pienamente recepita dalla normativa italiana dal 25 Novembre, demanda unicamente al livello nazionale delle relazioni sindacali la possibilità di prevedere, entro determinati limiti, eventuali deroghe che consentano eccezioni alla normativa stessa, valevoli poi integralmente ed uniformemente su tutto il territorio nazionale.

Per tali ragioni, nessuna contrattazione sindacale periferica, e tantomeno alcuna regolamentazione decentrata, né a livello regionale né aziendale, può derogare alla normativa europea, né imporre limiti più stringenti rispetto a quelli da essa previsti.

Fino a questo momento, sull'applicazione di tale normativa, dalle Istituzioni nazionali competenti non risulta avviata alcuna iniziativa al fine di evitare che si verifichino derive decentrate (regionali e/o aziendali) disomogenee, che come noto, più in generale, sono anche alla base dello stato di agitazione dei medici in corso in questi giorni, la quale verte anche sull'insostenibile frammentazione del SSN in 21 Sistemi Sanitari Regionali diversi tra loro.

Le OOSS ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI-EMAC – FESMED – FP CGIL MEDICI – CISL MEDICI - UIL FPL MEDICI – FASSID

tutto ciò premesso,

DIFFIDANO

le Regioni e le Province Autonome, nonché gli Enti del SSN tenuti ad applicare gli imminenti obblighi normativi in oggetto, dall'emanare regolamentazioni in qualsivoglia modo difformi rispetto alla normativa in questione, che si riservano di impugnare caso per caso, e contestualmente inviteranno i loro Rappresentanti Regionali e Aziendali a non sottoscrivere alcun accordo decentrato regionale o aziendale, e a vigilare sui provvedimenti organizzativi eventualmente adottati dalle Regioni e/o dalle singole Aziende del SSN, essendo disponibili, ai loro rispettivi livelli nazionali, a supportarli per tutte le valutazioni nel merito degli stessi provvedimenti.

Distinti saluti.

Dr Costantino Troise, Segretario Nazionale ANAAO ASSOMED

Dr Riccardo Cassi, Presidente Nazionale CIMO

Dr Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC

Dr Carmine Gigli, Presidente FESMED

Dr Massimo Cozza, Segretario Nazionale FP Cgil Medici

Dr Biagio Papotto, Segretario Generale CISL Medici

Dr Roberto Bonfili, Coordinatore Nazione UIL FPL Medici

Dr.ssa Alessandra Di Tullio, Coordinatrice FASSID

COMUNICATO STAMPA

Roma, 04 Novembre 2015

Normativa europea orario di lavoro: NO a contrattazioni decentrate

*I Sindacati della Dirigenza Medica e Sanitaria intervengono per mettere in guardia
Regioni, Province Autonome ed Enti del SSN*

ANAAO ASSOMED, CIMO, AAROIE-MAC, FESMED, CGIL Medici, CISL Medici, UIL Medici, FASSID, hanno inviato formale diffida alle Regioni, alle Province Autonome e agli Enti del SSN ad emanare regolamentazioni difformi rispetto alla normativa europea sull'orario di lavoro e sui riposi dei dirigenti medici, ricordando che non possono intervenire a tal fine nemmeno contrattazioni sindacali decentrate regionali o aziendali.

Analoga diffida è stata inviata a firma ANAAO e FASSID anche per quanto riguarda la rispettiva rappresentanza sindacale dei dirigenti sanitari.

Il D.Lgs 66/2003, all'art. 17, demanda infatti espressamente al livello nazionale delle relazioni sindacali la possibilità di prevedere, entro determinati limiti, eventuali possibilità di deroghe agli articoli 4 (tempo massimo di lavoro settimanale), 7 (riposi), 12 e 13 (lavoro notturno) dello stesso D.Lgs.

Come ormai noto, dal 25 Novembre 2015, il lavoro di tutti i medici dipendenti pubblici e privati dovrà essere riorganizzato in modo da adeguarsi integralmente alla normativa europea sugli orari di lavoro e sui riposi, conseguentemente all'applicazione della Legge 161/2014, che è stata promulgata il 30 ottobre 2014, e pubblicata in G.U. il 10 novembre 2014. Per un intero anno, le Istituzioni competenti hanno ignorato il problema, continuando senza riguardo ad operare tagli indiscriminati di personale.

Oggi, all'ultimo minuto, come ormai è prassi di una gestione politica costantemente emergenziale del SSN, assistiamo ad uno scaricabarile a cascata dal livello nazionale a quello regionale, e da questo a quello aziendale.

Tutto questo si traduce nel rischio inaccettabile di far ricadere le responsabilità di tali incapacità organizzative, e dei conseguenti disservizi a danno dei cittadini, sui soliti capri espiatori delle inefficienze del SSN: i lavoratori dipendenti, in particolare i dirigenti medici e sanitari, il cui inquadramento dirigenziale aveva condotto, nel nostro Paese, ad escludere in modo surrettizio dalle tutele lavorative europee.

Ma dai dirigenti medici e sanitari, e dalle loro rappresentanze sindacali, non si può pretendere che le suddette responsabilità non vengano rispeditate al mittente.

La sanità in Lombardia

Attualmente le persone con più di 65 anni sono il 21% della popolazione

Nel 2030 avremo :

- 3 milioni di persone con più di 65 anni e 1 milione di persone con più di 80 anni
- 3 ultra 65 anni ogni 2 persone sotto i 20 anni

- Il 30% della popolazione in Lombardia è affetta da patologie croniche (3 milioni di persone)
- La metà delle persone con più di 75 anni ha patologie gravi
- Il 70% delle risorse del sistema sanitario lombardo è assorbito dalle persone con patologie croniche

DIBATTITO

La riforma della sanità Dalle 17 allo Yacht Club

Cisl Medici

All'incontro ci saranno i consiglieri regionali e il presidente dell'Ordine Ingressi libero

Gli effetti della riforma regionale della sanità sul territorio comasco saranno al centro di un incontro pubblico organizzato dalla Cisl Medici e in programma oggi alle 17 nella sede dello Yacht Club (viale Puecher 8).

Un confronto significativo visto che è annunciata la presenza dei due consiglieri regionali che hanno scritto il testo della riforma: **Fabio Rizzi** (Lega) e **Angelo Capelli** (Ncd). Interverranno inoltre **Luca Gaffuri** (Pd),

Gianluigi Spata (presidente dell'Ordine dei medici di Como), **Arturo Bergonzi** (segretario generale Cisl Medici Lombardia), **Gerardo Larghi** (segretario generale Cisl dei Laghi). Illustrerà i contenuti della riforma il ricercatore dell'Università Cattolica **Filippo Cristofori**.

L'Ordine dei medici nelle scorse settimane aveva scritto al presidente della Regione **Roberto Maroni** contestando la decisione di unire al territorio di Sondrio la zona del Medio e Alto Lario, nella nuova Ats della Montagna (l'agenzia che sostituirà l'Asl). Un documento firmato anche da Ipasvi, Ordine dei farmacisti, Federfarma, Sumai, Andi, Snam, Fimmg, Fimp, Smi.

L'altro fronte

E sulla riforma camici bianchi a confronto con la Regione

Gli effetti della riforma regionale della sanità sul territorio comasco saranno al centro di un incontro pubblico organizzato dalla Cisl Medici e in programma lunedì prossimo alle 17 nella sede dello Yacht Club (viale Puecher 8). Un confronto significativo visto che è annunciata la presenza dei due consiglieri regionali che hanno scritto il testo della riforma: **Fabio Rizzi** (Lega) e **Angelo Capelli** (Ncd). Interverranno inoltre **Luca Gaffuri** (Pd), **Gianluigi Spata** (presidente dell'Ordine dei medici di Como), **Arturo Bergonzi** (segretario generale Cisl Medici Lombardia), **Gerardo Larghi** (segretario generale Cisl dei Laghi). Illustrerà i contenuti della riforma il ricercatore dell'Università Cattolica **Filippo Cristofori**.

L'Ordine dei medici nelle scorse settimane aveva scritto al presidente della Regione **Roberto Maroni** contestando la decisione di unire al territorio di Sondrio la zona del Medio e Alto Lario, nella nuova Ats della Montagna (l'agenzia che sostituirà l'Asl). Un documento firmato anche da Ipasvi, Ordine dei farmacisti, Federfarma, Sumai, Andi, Snam, Fimmg, Fimp, Smi.

Nuovi turni in ospedale «Servizi a rischio»

Preoccupazione per l'effetto della normativa europea: «In crisi i reparti con la reperibilità notturna»

Più riposati i medici con le nuove normative europee. Non è tutto oro quello che luccica.

Non potranno più esserci nei riparti turni che iniziano il pomeriggio e finiscono nella tarda mattinata del giorno dopo, oppure i recuperi di appena 8 ore. Ogni settimana i medici potranno lavorare un massimo di 48 ore e il turno più lungo potrà essere di 13 ore. Il riposo minimo da garantire dovrà essere, invece, di 12 ore.

Tutto questo, però, se dai medici è visto ovviamente in modo positivo, rischia di portare problemi enormi nell'organizzazione ospedaliera. «Stiamo parlando - dice **Cesare Guanziroli**, responsabile Cisl Medici di Como - di una legge del 2003 sulla quale sono state chieste via via deroghe nell'applicazione fino al 2014, quando l'Europa ha comunicato che non ne avrebbe più concesse. A un operatore deve essere garantito di fare, dopo un turno di guardia, 12 ore di riposo. Questo è positivo per il medico e i cittadini, ma mette in crisi i reparti che hanno un servizio di reperibilità notturna».

Ad esempio, se un medico viene chiamato per un'emergenza di notte e lavora per due o tre ore, poi deve fare riposo nelle 12 ore successive e questo significa che non può effettuare il turno del mattino, come normalmente avviene.

«Questa situazione non è sostenibile - chiude il medico - e ci sono venti giorni di tempo per trovare una soluzione visto che sono previste, in caso di inadempimenti, sanzioni per l'azienda e per i primari. O si mette in atto un piano di assunzioni, ma questo sembra essere escluso, oppure è necessaria una riorganizzazione che guardi anche al futuro. Siamo molto in ritardo e ci auguriamo che l'azienda lunedì 9 ci presenti un quadro dettagliato».

I DETTAGLI SUL GIORNALE

4.11.15

La Provincia



mercoledì 4 novembre 2015 | [informazioni su tutti](#)

Como - In Lombardia cambia la sanità

Incontro Cisl sulla riforma con i relatori del testo

Milano, 9.11.2015. Sanità, cosa cambia in Lombardia? Se ne discute nel corso dell'incontro organizzato da Cisl dei Laghi e Cisl Medici, cui partecipano i relatori della riforma, **dalle 17 allo Yacht Club Como** (viale Puecher 8). Intervengono: **Angelo Capelli**, consigliere regionale e relatore della riforma, **Fabio Rizzi**, consigliere regionale e relatore della riforma, **Luca Gaffuri**, consigliere regionale, **Gianluigi Spata**, presidente Ordine dei Medici di Como, **Arturo Bergonzi**, segretario generale Cisl Medici Lombardia. Illustrerà la riforma **Filippo Cristofori**, ricercatore università Cattolica. Coordina **Cesare Guanziroli**, referente Cisl Medici Como.

Come cambia la sanità in Lombardia e a Como

Confronto organizzato dalla Cisl domani in città con medici e politici

Il convegno

"In Lombardia cambia la sanità. Quali problemi nel nostro territorio? Quali nuove prospettive?". È il titolo dell'incontro in programma domani alle 17 allo Yacht Club Como, organizzato dalla Federazione Medici Cisl dei Laghi

(a.cam.) La riforma sanitaria regionale e gli effetti per il territorio lariano e i pazienti comaschi sono al centro del convegno "In Lombardia cambia la sanità. Quali problemi nel nostro territorio? Quali nuove prospettive?", in programma domani alle 17 allo Yacht Club Como.

L'evento è organizzato dalla Federazione Medici Cisl dei laghi di Como e Varese e sarà coordinato dal referente del sindacato **Cesare Guanziroli**. Per presentare la riforma, approvata dal consiglio regionale all'inizio dello scorso mese di agosto, sarà presente a Como il ri-

cercatore dell'università Cattolica di Milano **Filippo Cristofori**.

È previsto l'intervento dei consiglieri regionali **Angelo Capelli** e **Fabio Rizzi**, relatori della riforma e dell'esponente comasco del Partito Democratico **Luca Gaffuri**. Tra i relatori saranno presenti anche il presidente dell'ordine dei medici di Como **Gianluigi Spata** e il segretario generale Cisl Medici della Lombardia **Arturo Bergonzi**.

La partecipazione all'incontro è libera e gratuita. Appuntamento a partire dalle 17 in viale Puecher a Como.



ecoinformazioni

4.11.15

9 novembre/ In Lombardia cambia la sanità



In LOMBARDIA cambia la SANITÀ

QUALI PROBLEMI NEL NOSTRO TERRITORIO? QUALI NUOVE PROSPETTIVE?



Intervengono:

- **Avv. Angelo Capelli** - Consigliere Regione Lombardia e Relatore della Riforma
- **Dr. Fabio Rizzi** - Consigliere Regione Lombardia e Relatore della Riforma
- **Dr. Luca Gaffuri** - Consigliere Regione Lombardia
- **Dr. Gianluigi Spata** - Presidente Ordine dei Medici di Como
- **Dr. Arturo Bergonzi** - Segretario Generale Cisl Medici Lombardia
- **Dr. Gerardo Larghi** - Segretario Generale Cisl dei Laghi

Illustra la RIFORMA

- **Dr. Filippo Cristofori** - Ricercatore Università Cattolica

Coordina

- **Dr. Cesare Guanziroli** - Referente Cisl Medici Como

Quali problemi nel nostro territorio? Quali le nostre prospettive? convegno lunedì 9 novembre alle 17 allo Yacht Club di Como, in via Puecher 8, con **Angelo Capelli** e **Fabio Rizzi**, consiglieri regionali e relatori della Riforma lombarda, **Luca Gaffuri**, consigliere regionale lombardo, **Gianluigi Spata**, presidente Ordine dei medici di Como, **Arturo Bergonzi**, segretario regionale Cisl Medici, **Gerardo Larghi**, segretario generale Cisl dei Laghi, coordina **Cesare Guanziroli**, referente comasco Cisl Medici, presenta la Riforma **Filippo Cristofori**, ricercatore - Università Cattolica, organizzano Cisl dei Laghi e Cisl Medici.

Corriere di Como 8.11.15