

20° CONGRESSO NAZIONALE ELETTIVO

**ROMA
21-23
GIUGNO
2019**

Relazione del Segretario Dott.ssa Carmela De Rango

Cari Amiche ed Amici CIMOP,
dopo tanti anni di intensa attività sindacale nella Famiglia CIMOP, mi è stato affidato l'onore, ma, soprattutto, l'onere nei tre anni trascorsi, di rappresentare un Sindacato di medici i cui 43 anni di storia sono la migliore testimonianza dell'impegno concretizzato da CIMOP ogni giorno. Ho avuto l'onore di succedere ad un Illustre Segretario, l'onore di raccogliere il "testimone" da **Fausto Campanozzi**, con il quale ho condiviso 22 anni di segreteria e gli ultimi tre di Presidenza, trovando in Lui un sicuro punto di riferimento ed un Amico leale e sincero. I tre anni trascorsi sono stati segnati da un compito gravoso, in un momento di dura crisi economica, politica e sociale del nostro Paese, con una ripercussione sulla sanità italiana, e quindi su pazienti e su operatori sanitari, sui medici in particolare e, conseguentemente, sulla contrattazione per il rinnovo del CCNL. L'Italia oggi mostra grandi difficoltà nel garantire la sostenibilità del sistema salute e le 21 sanità diverse, per effetto delle differenti organizzazioni dei servizi sanitari regionali, hanno accentuato le disuguaglianze in termini di accesso alle cure. È appena stato celebrato il quarantesimo anniversario (2 dicembre 2018) dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), fondamentale strumento di declinazione dei principi costituzionali, a partire dall'Articolo 32 che definisce la salute quale diritto fondamentale dei cittadini e al tempo stesso interesse della collettività. Una ricorrenza che deve rammentare a tutti una scelta di civiltà che il nostro Paese ha compiuto nel 1978 e che, ancora oggi, rappresenta un bene di inestimabile valore che va preservato e custodito. Il SSN è un fondamentale esempio di democrazia applicata ma, nato in un'epoca profondamente diversa, necessita di una profonda, accurata manutenzione per adeguarlo al mutato contesto sociale, culturale, etico, epidemiologico e tecnologico, rispondendo alla sfida epocale che ci chiede di assicurare al tempo stesso il **mantenimento dell'universalità** delle cure e la sostenibilità finanziaria e organizzativa.



SOMMARIO

Brelazione del Segretario	1
La storia del SSN	2
Spesa sanitaria in Italia e in UE ...	3
Contesto	4
Dove eravamo rimasti?	6
Cosa è successo in questi tre anni?....	7
Qual è il ruolo del Sindacato?.....	8
Rinnovo del ccnl a che punto siamo?..	9
Patto Federativo CIMOP– Federazione CIMO-FESMED.....	12
Quali scenari per il futuro? Quali obiettivi?.....	13
Ringraziamenti.....	14

NOTIZIE DI RILIEVO

20° CONGRESSO CIMOP

Apertura con una tavola rotonda:

“La comunicazione medico-sanitaria: perimetro, strategie opportunità.: Come i new media “soccorrono” medici e pazienti.

LA STORIA DEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale è nato con l'obiettivo di tutelare la salute, come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, e superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. Il principio alla base del SSN è l'universalismo ritenuto un presupposto per l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio (cfr Legge 23 dicembre 1978 n. 833, Art. 1, 2 e 3).

A circa quindici anni dalla legge istitutiva del SSN, in un quadro che vede il nostro Paese affrontare i forti vincoli di finanza pubblica imposti dagli accordi di Maastricht, si avviava la prima riforma, finalizzata a migliorare l'efficienza economica, attraverso l'aziendalizzazione delle articolazioni territoriali (Azienda sanitarie locali (Asl)). Tra i principi cardini di questa riforma la responsabilità del pareggio di bilancio in capo ai Direttori Generali delle Asl, la coerenza tra i livelli uniformi di assistenza sanitaria e il quadro clinico ed epidemiologico delle Regioni, infine il legame tra le prestazioni da garantire a tutti i cittadini e il volume di risorse a disposizione. Pertanto, prima la Legge del 30 dicembre del 1992, n. 502, poi quella del 7 dicembre 1993, n. 517, introducono nel sistema il concetto della compatibilità tra volumi di prestazioni e risorse finanziarie disponibili.

A distanza di pochi anni il SSN è interessato da una ulteriore riforma, nota come riforma "ter", con la quale il legislatore introduce i livelli essenziali e uniformi di assistenza (Lea) (cfr Legge 19 giugno 1999, n. 229). Si tratta di una lista di prestazioni, appropriate dal punto di vista clinico e correlate ai bisogni di salute della popolazione, utili per il

perseguimento delle finalità stabilite negli Articoli 1 e 2 della legge istitutiva del SSN.

L'essenzialità della lista richiama concetti di economicità ed efficienza, infatti, la selezione delle prestazioni è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al SSN che dovranno essere compatibili con i vincoli di finanza pubblica.

Il ciclo di trasformazione degli anni novanta si conclude all'inizio del nuovo millennio con altre due importanti novità legislative, la riforma del Titolo V della Costituzione e il Decreto legislativo n. 56 del 2000 che introduce il federalismo fiscale. La riforma costituzionale stabilisce che il potere legislativo in materia di sanità è concorrente tra Stato e Regioni e perfeziona il principio di sussidiarietà, secondo il quale chi governa un sistema deve essere vicino ai cittadini per coglierne meglio i bisogni e i desiderata. Allo Stato è assegnato il compito di stabilire il quadro normativo generale, alle Regioni è attribuito il compito di legiferare sul proprio territorio, per attuare le linee guida del Governo centrale e organizzare il servizio e gli interventi di sanità pubblica. Il Decreto legislativo in materia di federalismo fiscale ha stabilito le fonti di finanziamento dei Servizi sanitari regionali: il gettito dell'Iva, dell'Irpef e il fondo di perequazione. L'ammontare del finanziamento è stabilito dallo Stato per finanziare i Lea, gli eventuali deficit di bilancio sono stati posti a carico della fiscalità regionale. Da questa breve storia del SSN si evince facilmente come la riduzione delle disuguaglianze, sociali e territoriali, sia uno dei principi cardine del nostro welfare sanitario.



LA COMUNICAZIONE MEDICO-SANITARIA: PERIMETRO, STRATEGIE, OPPORTUNITÀ
Come i new media "soccorrono" Medici e pazienti

ROMA Hotel Novotel Eur
21 GIUGNO 2019
ore 15:30

INTERVENGONO
On. Rossana Boldi
Vice Presidente Commissione Affari Sociali della Camera
Dott.ssa Carmela De Rango
Segretario Nazionale CIMOP
Dott. Filippo Anelli
Presidente FNOIMCeO
Dott. Federico Gelli
Presidente Fondazione Italia in Salute e Urgente ASL Toscana Centro
Dott. Guido Quiri
Presidente Federazione CIMO-FESMED
Dott.ssa Barbara Cittadini
Presidente Nazionale ANOP
Padre Virginio Bebbier
Presidente Nazionale ARIS
Dott.ssa Daniela Bracco
Giornalista

INTRODUCE Dott. Fausto Campanozzi Presidente CIMOP
MODERA Dott. Francesco De Palo Giornalista



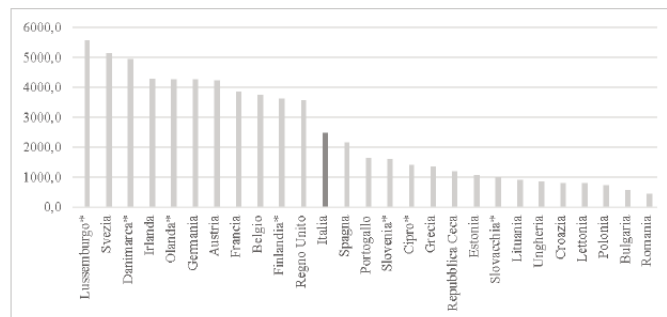
SPESA SANITARIA IN ITALIA E NEI PAESI DELL'UNIONE EUROPEA

Nel 2017, in Italia, la spesa sanitaria corrente è pari a circa 153 miliardi di euro, e incide per l'8,9% sul PIL e per il 74,0% (oltre 113 miliardi di euro) è finanziata dal settore pubblico. La spesa sanitaria privata, pari a 39.686 milioni di euro, è quasi interamente finanziata dalle famiglie (90,7%). La distribuzione della spesa sanitaria per funzione di assistenza presenta l'incidenza più elevata per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione (55,2%). Seguono per importanza i prodotti farmaceutici e gli altri apparecchi terapeutici (20,6%) e l'assistenza sanitaria a lungo termine (*Long Term Care*) che costituisce il 10,1% della spesa totale. La spesa per i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) costituisce l'8,1% della spesa totale, mentre la spesa per i servizi per la prevenzione delle malattie incide solo per il 4,0%. Dal lato degli erogatori di assistenza sanitaria, gli ospedali assorbono il 45,3% della spesa sanitaria, i servizi di assistenza ambulatoriale il 23,0% e le farmacie e altri fornitori di presidi medici il 16,3%. Un ulteriore 6,0% della spesa sanitaria è relativa alle strutture di assistenza residenziale a lungo termine. La spesa sanitaria dell'Italia, nel contesto dei Paesi dell'UE, si mantiene significativamente più bassa, sia in termini di valore pro capite che in rapporto al PIL (Grafico 1). Il nostro Paese, nel 2016, ha speso mediamente 2.477 euro per abitante, collocandosi al dodicesimo posto della graduatoria dei Paesi dell'UE e distanziandosi per oltre 1.000 euro dal Regno Unito che occupa l'undicesima posizione (3.566 euro).

SCENARI FUTURI

Scenario di spesa Le proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri non sono rassicuranti; infatti, nel 2028 le persone con grave *deficit* motorio tra gli anziani ultra 65enni saliranno a oltre 3,5 milioni e a oltre 4,1 milioni nel 2038. L'autonomia dell'anziano sarà uno dei problemi da affrontare nel futuro.

Lo scenario epidemiologico, sia pur parziale, prospettato per il futuro avrà sicuramente effetti sulla spesa sanitaria pubblica, già oggi soggetta a forti vincoli e in difficoltà a causa dei *deficit* accumulati dalle Regioni nel corso degli anni. L'esercizio di previsione per il futuro della spesa pubblica non è affatto facile, poiché alcuni dei fattori che la condizionano non sono agevolmente prevedibili. La Ragioneria Generale dello Stato effettua delle proiezioni sulla base degli scenari demografici, su ipotesi sulla dinamica dei consumi, sullo scenario macro-economico e sulle previsioni del PIL. Secondo queste previsioni il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dovrebbe crescere dal 6,6% del 2017 al 6,8% nel 2030, fino ad arrivare al 7,3% del 2040. In altre parole, dovremmo passare dagli attuali 114 miliardi a 139 miliardi nel 2030 e a 168 miliardi di euro nel 2040.



*Dati riferiti al 2015.

Fonte dei dati: Spesa sanitaria secondo il System of Health Accounts, Eurostat Database. Anno 2018.

Grafico 1 - Spesa (valori in €) sanitaria corrente pro capite per Paese dell'Unione Europea - Anni 2015-2016

Il nostro Paese, nel 2016, ha speso mediamente 2.477€ per abitante, collocandosi al dodicesimo posto della graduatoria dei Paesi dell'UE e distanziandosi per oltre 1.000€ dal Regno Unito che occupa l'undicesima posizione

Scenario personale medico

Un'altra emergenza che il SSN dovrà affrontare in un futuro non molto lontano è legata alla carenza del personale, in particolare dei medici. Il motivo di questa carenza è, principalmente, il rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Infatti, la dinamica della spesa sanitaria, a livello nazionale, nel corso degli ultimi 15 anni, è stata caratterizzata da un evidente rallentamento della crescita osservata dopo la prima metà degli anni Novanta.

A livello nazionale, il numero di medici e odontoiatri del SSN si è ridotto in modo costante tra il 2013 e il 2016, passando da 108.271 unità nel 2013 a 105.093 unità nel 2016 (-2,9%).

L'altra dinamica alla quale si sta assistendo è il progressivo invecchiamento del personale. Infatti, nel 2016, il 52% del personale medico era di oltre 55 anni, per salire al 61% tra gli uomini e si attesta al 38% tra le donne. Nella classe di età 50-59 anni la quota dei medici si attestava al 41%, mentre tra i 40-49 anni a circa il 23%.

La prospettiva futura è allarmante, in quanto, nel 2016, i medici con più di 55 anni sono oltre 56.000, quindi nel corso dei prossimi 15 anni, a legislazione vigente e al netto di uscite anticipate legate alla riforma nota come "quota 100", ci si attende una uscita per pensionamento di pari entità.

Lo scenario appena prospettato è aggravato dal fatto che la programmazione degli accessi ai corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, nonché quelli previsti per le Scuole di Specializzazione, non ha considerato il fabbisogno di medici che avrebbe dovuto assicurare, come dimostrano le stime che seguono effettuate dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

La carenza di medici avrà ancora di più un impatto negativo sul settore privato che sarà penalizzato nella scelta dei giovani per la ben nota questione dei titoli di carriera e per una retribuzione 50% inferiore al contratto Pubblico.

CONTESTO– Le strutture private accreditate

Le strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate sono complessivamente 1034 nell'anno 2016, con una prevalenza delle seconde (55.6%) rispetto alle prime (44,4%) (1).

Il sistema ospedaliero privato italiano, si presenta come una realtà più che consistente, con più di 1.000 istituti di cura, 200.000 posti letto, 8,8 milioni di ricoveri, 632.000 addetti e una spesa complessiva di 63,1 miliardi di euro, pari al 55,4% della spesa sanitaria pubblica totale.

La componente privata accreditata fornisce il 28.4% delle giornate di degenze a fronte di un investimento del 13,6% della spesa ospedaliera pubblica complessiva.

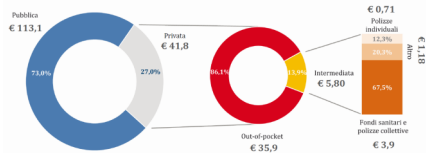
SPESA OSPEDALIERA

- ◇ Ospedali pubblici: circa 76%
- ◇ Ospedali universitari pubblici: circa 10%
- ◇ Privato: circa 14%
(14,4% nel 2011, scendeva al 13,6% nel 2013 ma risaliva al 13,8% nel 2014 per poi ricontrarsi al 13,6% nel 2015 e quindi al 13,5% nel 2016).

Ripartizioni geografiche	Ospedali pubblici			Ospedali privati accreditati		
	N. osp.	N. posti letto	Posti letto N. osp.	N. osp.	N. posti letto	Posti letto N. osp.
Nord	147	69.896	475	241	27.558	114
Centro	97	24.761	255	120	12.174	101
Sud	215	40.029	186	214	18.574	87
Totale	459	134.686	293	575	58.306	101

Dati estratti dal 16° rapporto Ospedali&Salute

€ 154,9 miliardi di spesa sanitaria



GIMBE

- **Età media personale SSN**
50,6 anni nel 2016 vs 43,5 nel 2001
Conto economico del personale della Pubblica Amministrazione 2016 (Ragioneria generale dello Stato, 01/02/2018)
- **Medici di medicina generale**
14.908 pensionamenti entro il 2022, 33.392 entro il 2028
Studio FIMMG-ANAAO 10/02/2018
- **Medici ospedalieri**
47.284 pensionamenti al 2028
Studio FIMMG-ANAAO 10/02/2018
52.000 pensionamenti al 2025 ← effetto Quota 100
Studio ANAAO 04/03/2019



GIMBE

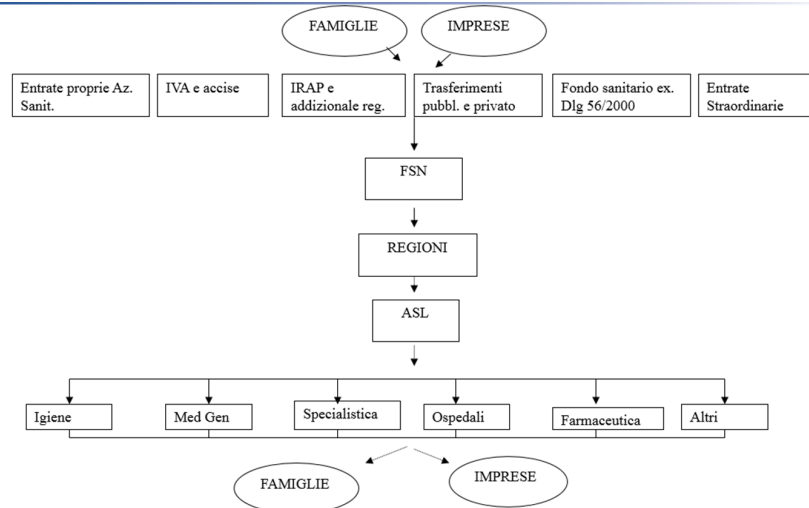
"Siamo oggi davanti all'opportunità e alla necessità di preservare al meglio gli obiettivi universalistici e solidali su cui si basa il nostro Servizio Sanitario Nazionale".

IL CIRCUITO FINANZIARIO del SSN

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (SSN)

Oggi il SSN registra una tendenza al definanziamento in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL).

L'impegno finanziario si attesta sulla soglia del 6,6% del PIL con conseguente rischio di garanzia per prestazioni adeguate.



Le fonti di finanziamento per tipologia di struttura sanitaria

PUBBLICO	PRIVATO NO PROFIT	PRIVATO PROFIT
-Ricoveri	-Ricoveri	-Ricoveri
-Ambulatoriale	-Ambulatoriale	-Ambulatoriale
-Funzioni non tariffate	-Funzioni non tariffate	-Funzioni non tariffate
-Utili della Gestione / Fondi di ripiano	-Utili della gestione	
-Contributi in c/capitale		

FILE F: rendicontazione di farmaci ad alto costo somministrati in ospedale in regime ambulatoriale o distribuiti per terapie domiciliari (es. farmaci chemioterapici)

I.R.A.P. e addizionali I.R.Pe.F.	34.764*	40,5%
I.V.A. e Accise	35.063*	40,8%
Trasferimenti da pubblico e privato	6.915*	8,0%
Ricavi ed entrate proprie varie	3.257*	3,8%
Ricavi straordinari	606*	0,7%
FSN e ulteriori integrazioni dello Stato	5.295*	6,2%

* Valori in milioni di Euro

Fonte: "Relazione Generale sulla Situazione Economica del Paese" - anno 2005 (Ragioneria Generale dello Stato - Ministero dell'Economia e delle Finanze)

CONTESTO-La spesa sanitaria

In termini di spesa sanitaria totale l'Italia mostra un rapporto con il PIL inferiore alla media dei Paesi del G7 (8,9% contro 11,4%), mantenendosi ancora al di sotto della media dei Paesi Ocse Europa (che è del 9,4%).

Nonostante le attese per la rinnovata attenzione mostrata sul tema del finanziamento del SSN in questa nuova fase politica, si conferma dunque il ridimensionamento dell'impegno dell'Italia rispetto ai maggiori Paesi dell'area occidentale in termini di impiego di risorse per la salute in rapporto alla ricchezza prodotta. Così come si rinnova la prospettiva di un progressivo e strisciante definanziamento, che farebbe scivolare il nostro sistema sanitario verso una nuova dimensione definita come "universalismo selettivo", all'interno della quale nuovi strumenti ancora in fase di progettazione e riconducibili al c.d. "Secondo pilastro", consentirebbero, secondo alcune linee di pensiero, una rinnovata sostenibilità complessiva. (1) All'interno del SSN gli operatori pubblici e privati si trovano spesso in competizione tra di loro.

Una competizione quasi sempre subita dal pubblico, attivamente ricercata dal privato. Laddove esistono libertà di scelta dei pazienti e pluralità di strutture di offerta esiste infatti possibilità di competizione.

La competizione avviene anche all'esterno del SSN, quando il settore privato offre gli stessi servizi con maggiore tempestività, comfort e qualità (percepita) rispetto al settore pubblico.

Il mix equilibrato tra produzione pubblica e privata offre, infine, libertà di scelta ai pazienti e un ambiente competitivo, che può stimolare l'emulazione e il miglioramento continuo della qualità.

"Abbiamo da poco ricordato i 40 anni del Servizio sanitario nazionale. È stato, ed è, un grande motore di giustizia, un vanto del sistema Italia che ha consentito di aumentare le aspettative di vita degli italiani, ai più alti livelli mondiali. Non mancano difetti e disparità da colmare. Ma si tratta di un patrimonio da preservare e da potenziare".

Sergio Mattarella
Discorso di fine anno del
Presidente della Repubblica

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 302 del 31 dicembre 2018 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Lunedì, 31 dicembre 2018 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

LEGGE 30 dicembre 2018, n. 145.

Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.



2019-2021: + 8,5 miliardi al FSN

514. Per l'anno 2019, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato è determinato in 114.439 milioni di euro. Tale livello è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021.

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo 1

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Giovedì, 28 dicembre 1978

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

40
1978 - 2018

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH



Dove eravamo rimasti?

CIMOP

CONFEDERAZIONE ITALIANA MEDICI
OSPEDALITA' PRIVATA



LINEE PROGRAMMATICHE DEL SEGRETARIO NAZIONALE PER IL TRIENNIO 2016/2018

19° CONGRESSO NAZIONALE C.I.M.O.P.

Roma 23 - 24 gennaio 2016

RELAZIONE DEL SEGRETARIO NAZIONALE
Dr. Fausto Campanozzi

Cari amici

con la relazione del Segretario Nazionale, che mi accingo a fare, si aprono i lavori del 19° Congresso Nazionale della CIMOP.

Considerando che il Congresso Nazionale si tiene periodicamente ogni tre anni, il numero 19 vi dà la misura di quanto cammino abbia fatto il nostro sindacato dal 1976, anno della sua costituzione, ad oggi e di quanto esso abbia cambiato la propria fisionomia nel corso degli anni, fino a diventare quello che io penso sia oggi e che cercherò di rappresentarvi nella mia relazione.

La CIMOP, a differenza di altri sindacati del settore, è riuscita nel corso degli anni a modificare il proprio ruolo e la propria missione, mediante una graduale, continua e costante crescita, un'evoluzione che ha trasformato il sindacato da quello che era in origine, cioè esclusivamente uno strumento di AIOF, ARIS e F&G finalizzato alla stipula del CCNL, a quello che oggi rappresenta: un'associazione sindacale nazionale, in tutta la sua dignità, istituzionalmente riconosciuta come l'unico rappresentante della classe medica nel comparto della Sanità Privata e nel ruolo che questa ha nel SSN del nostro paese.

Una organizzazione sindacale che oggi siede al tavolo con le altre OO.SS. mediche, con pari dignità, e riscuote il rispetto delle opinioni che esprime.

Un sindacato che oggi è convocato come interlocutore ai tavoli Istituzionali del nostro paese, che sia la FNOmCeo per il governo della professione o l'EMPAM per la previdenza della categoria, o i Ministeri della Salute e del Lavoro per il Governo Centrale.

Un sindacato che nel corso degli anni si è conquistato il diritto di rappresentare la parte sociale di un pezzo del lavoro dei medici, di tutelarla in tutte le sedi possibili e di pretendere di essere ascoltato.

CIMOP

CONF. ITALIANA MEDICI OSPEDALITA' PRIVATA
Segreteria Nazionale

ROMA ROMA, FIRENZE
VIA CESARE PAVESI, 340
TEL. 06/500.44.10
FAX 06/502.11.90
MAIL: cimop@italici.it



Al Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali
Direz. Generale per l'Attività Ispettiva
ROMA

Inviato via email
MAIL: DCS@italici.it
PEC: dcs@italici.it

Prot. Seg/Na. n. 019/2015

Oggetto: Intesa d'interpellato sulla corretta interpretazione della Legge 30 ottobre 2014, n. 161. Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-14.

Il sottoscritto dott. Fausto Campanozzi, segretario nazionale della CIMOP (Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata), organizzazione sindacale maggiormente rappresentativa sul piano nazionale, nonché firmataria del CCNL per il personale medico dipendente da Case di cura, IRCCS, presidi e Centri di riabilitazione, sottoscritto unitamente a AIOF (Associazione Italiana Ospedali Privati), ARIS (Associazione Relazioni Internazionali Socio-Sanitarie) e Fondazione Don C. Gnocchi, è con la presente a formulare, ex art. 9 Decreto Legislativo n. 124/2004, come modificato dal Decreto Legge n. 262/2006,

Intesa d'interpellato

per conoscere il parere di Codesta Direzione in ordine alla corretta interpretazione della disciplina di cui all'art. 14 (Disposizioni in materia di orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale. Procedura di infrazione n. 2011/418) della legge 30 ottobre 2014, n. 161, entrata in vigore il 25 novembre 2015.

Il CCNL CIMOP, sottoscritto in data 19 gennaio 2005, all'art. 13 (Orario di lavoro), comma 5, recita testualmente: *Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il medico ha diritto ad almeno nove ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore, salvo ulteriori deroghe stabilite in sede di contrattazione aziendale con la RSM CIMOP sulla base di peculiari situazioni locali.*

Si era in tal modo realizzata una deroga all'art. 7 del D.Lgs. 8 aprile 2003, n. 66, ma in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 17, 1° comma, della medesima disposizione legislativa, che recita:

Le disposizioni di cui agli articoli 7, 8, 12 e 13 possono essere derogate mediante contratti collettivi o accordi conclusi a livello nazionale tra le organizzazioni sindacali nazionali comparativamente più rappresentative e le associazioni nazionali dei datori di lavoro firmatarie di contratti collettivi nazionali di lavoro o, conformemente alle regole fissate nelle medesime intese, mediante contratti collettivi o accordi conclusi al secondo livello di contrattazione.

Con l'entrata in vigore della Legge 30 ottobre 2014, n. 161, il comma 3, seconda parte, dell'art. 14 prevede la decadenza delle disposizioni contrattuali in deroga alla normativa del D.Lgs. 66/2003:

Nelle aree del rinnovo dei contratti collettivi vigenti, le disposizioni contrattuali in materia di durata settimanale dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero, attuative dell'articolo 41, comma 13, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e dell'articolo 17, comma 6-bis, del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, cessano di avere applicazione a decorrere dalla data di abrogazione di cui al comma 1.

In tale disposizione di legge viene citato l'art. 17, comma 6-bis (Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute del lavoratore), ma non anche il 1° comma dell'art. 17, che permette di tuttora la Vigore.

Un ulteriore punto, che ha sollevato e solleva dubbi interpretativi, è se nel "personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale", di cui all'art. 14 della Legge 30 ottobre 2014, n. 161, rientrano anche i medici che operano nella struttura sanitaria privata accreditata.

Questa Organizzazione sindacale, in ordine alla pluralità di punti, anche autorevoli, e tra di loro per lo più contrattanti, ritiene doverosa rivolgere a Codesta Direzione generale una istanza d'interpellato per conoscere l'autorevole parere. Con ossequio

Il Segretario Nazionale

Fausto Campanozzi

Roma, 12 dicembre 2015

6

- Rinnovo del ccnl**
Il prossimo triennio deve vederci impegnati operativamente e finanziariamente nel rinnovo del ccnl: obiettivo **rinnovare a tutti i costi**.
Siamo fermi con il contratto al 2005: 11 anni senza contratto! E nel frattempo è cambiato il mondo del lavoro...!
Molte regioni, soprattutto quelle del centro e del sud, sono ancora in attesa di ricevere gli adeguamenti contrattuali siglati nel 2009. In questo modo anche i medici delle diverse regioni hanno subito una discriminazione tra nord, centro, sud. E' necessario trovare un'intesa con la controparte per sanare questa situazione.
E' fissato per il 27 gennaio prossimo, un primo confronto con le Associazioni Datoriali ARIS e AIOF. La squadra che seguirà le trattative è stata approvata dal consiglio nazionale del 24 gennaio 2016 e sarà guidata dal neo eletto Segretario Nazionale, dott.ssa Carmela de Rango. I component sono:
Dott. Riccardo Iuliani
Dott. Giuseppe Bongiovanni
Dott. Renato Biscetti
Dott. De Sanctis Lino
Dott. Rivellini Augusto
Dott. Musolino Giuseppe
Sono stati anche previsti dei component supplenti:
Dott. Salvatore Porzio
Dott.ssa Rossella Fortuna
Dott.ssa Livia Nazzaro Livia
- Politica sindacale condivisa concertata e a tutti i livelli territoriali regionali**
Tutte le Segreterie Regionali dovranno ricevere tempestivamente la cronistoria delle attività svolte dalla segreteria nazionale e dai delegati alla contrattazione. Per queste attività saranno coinvolti i colleghi Vice segretari del Sud, Pietro Ottomano, del Centro, Stefano Neri e del nord, Antonio Occhioni.
E' importante diffondere le informazioni che devono capillarmente arrivare a tutti i medici che hanno aderito a Cimop.
- Progetto per la revisione dei programmi della gestione delle risorse economiche**
Questo importante compito è affidato dal Segretario amministrativo, Luca Putignano, di concerto con il segretario nazionale.
- Sostegno legale per tutti, ormai necessario a tutti i livelli**
FONDAMENTALE deve essere l'estensione della consulenza legale online a tutte le sezioni, sostenuta dalla segreteria nazionale. L'idea è quella di estendere le consulenze rapide a tutti.
Può anche essere utile ipotizzare di costituire una "rete" di legali, esistenti sul territorio, ma il cui coordinamento, per evidenti ragioni di unicità delle politiche legal-sindacali, deve essere centralizzato. Non può essere, infatti, che in una regione si agisca legalmente in un modo e in altra regione in altro modo (magari con interpretazioni diverse di una stessa norma contrattuale o legale).
- L'organo di stampa di Cimop deve essere rivisto anche in considerazione dei mezzi informatici che oggi la tecnologia mette a disposizione.**
- Revisione della pagina WEB di Cimop**
Il sito Cimop deve essere reso più interattivo. Si vuole studiare l'inserimento di una rubrica sindacale e una rubrica legale dove possano arrivare le richieste di consulenza dei nostri iscritti che dovranno trovare appropriate risposte da parte del segretario o dell'avvocato. Ideale sarebbe creare una rubrica: "L'Aoocato Risponde".
- Rinnovare l'assicurazione per i medici iscritti Cimop con possibilità di estensione individuale (da studiare), contattando i maggiori broker italiani**
- Rivedere le risorse economiche delle sezioni regionali il cui progetto verrà presentato e discusso.**
- Formazione: fondamentale veicolo per la crescita di qualsiasi organizzazione sindacale. Sarà da studiare la possibilità di diventare Provider.**
- Collaborazione strettissima con il Consiglio di Amministrazione CAIMOP**
Il nostro fondo pensione il 23 gennaio 2016 ha eletto per la prima volta la componente medica del consiglio di amministrazione. Sono stati eletti i colleghi Adriana Nardo, Petros Papanikolaou, Sergio Pascale, Alkilani Mohammad. A tutti i colleghi eletti vanno le congratulazioni della segreteria nazionale ed un auspicio ad una stretta collaborazione con la Segreteria nazionale Cimop.
- Verificare a tutti i livelli la possibilità di ottenere l'equiparazione dei titoli di carriera tra medici della sanità pubblica e della sanità privata.**
E' questo un percorso che Cimop persegue da anni ma che deve trovare una risposta di tipo legislativo. Nel programma c'è la valutazione dell'ipotesi di presentare una interpellanza parlamentare su questo annoso problema
- Censimento di tutte le rappresentanze sindacali in Italia e delle loro attività territoriali con la verifica degli accordi aziendali, così come previsto dallo statuto.**
- Studiare la posizione dei colleghi LP e verificare l'attuabilità di un accordo anche per questa fascia di medici.**
- Combattere il precariato.**
- Confermare l'adesione con APM.**

Composizione dell'Esecutivo Nazionale

PRESIDENTE
SEGRETARIO
VICE SEGRETO SUD
VICE SEGRETARIO CENTRO
VICE SEGRETARIO NORD
SEGRETARIO AMMINISTRATIVO

FAUSTO CAMPANOZZI
CARMELA DE RANGO
PIETRO OTTOMANO
STEFANO NERI
ANTONIO OCCHIONI
LUCA PUTIGNANO

Commissione nazionale per il rinnovo del CCNL

Capo delegazione: De Rango Carmela

Iuliani Riccardo
Giuseppe Bongiovanni
Biscetti Renato
De Sanctis Lino
Rivellini Augusto
Musolino Giuseppe

SUPPLENTI
Porzio Salvatore
Fortuna Rosella
Nazzaro Livia

Il Segretario Nazionale CIMOP
Carmela De Rango

Carmela De Rango

Cosa è successo in questi 3 anni?

Nel triennio trascorso mi ero posta come obiettivo, insieme alle trattative nazionali per il rinnovo del ccnl, una particolare concentrazione sulla nostra associazione CIMOP e il mio sforzo è stato proteso a consolidare la nostra presenza sul territorio e tra i medici con l'intento di essere operativi a 360 gradi, in tutta Italia, in centro e in periferia, e allo stesso modo in tutte le regioni: piattaforme rivendicative uguali dappertutto. In molte regioni del centro e del sud abbiamo assistito, purtroppo, a numerosi fallimenti di strutture sanitarie, a passaggi di proprietà, chiusura di Case di Cura. I nostri Segretari Regionali e i vice Segretari Nazionali sono stati molto impegnati a seguire tutte le procedure necessarie per tutelare i medici coinvolti. Stiamo assistendo a licenziamenti e riassunzioni di medici con retrocessione di posizioni funzionali e anche economiche.

FONDAMENTALE cambiamento l'estensione della consulenza legale online a tutte le sezioni regionali Cimop e il consolidamento di una figura strutturata Cimop che potesse supportare la segreteria nazionali e le segreterie regionali. L'assunzione di Cristiano Auditori è stata fondamentale per l'organizzazione della segreteria.

Nel corso di questo triennio si è attuata una collaborazione strettissima con il Consiglio di Amministrazione CAIMOP e in particolare con il Presidente, dott. Petros Papanikolau e con il DG, dott. Mauro Mattiacci, che ringrazio. Il nostro fondo pensione il 23 gennaio 2016 ha eletto per la prima volta la componente medica del consiglio di amministrazione, figure precedentemente nominate da Cimop.

Tanti e tanti altri ancora i progetti che sono stati portati avanti. Tra i più importanti:

- ♦ nota inviata al ministero per la possibilità di ottenere l'equiparazione dei titoli di carriera tra medici della sanità pubblica e della sanità privata
- ♦ è stata garantita la nostra presenza in APM (Alleanza per la professione Medica), libera associazione fra le Organizzazioni sindacali e scientifiche mediche, con il supporto del vice segretario del centro, dott. Stefano Neri, che ringrazio.
- ♦ è stata garantita la collaborare con le altre OO.SS.
- ♦ è stata garantita la collaborazione con la FNOMCeO, con il supporto del presidente nazionale, dott. Fausto Campanozzi, che ringrazio.
- ♦ È stato aggiornato il "Manuale del Rappresentante Sindacale a cura dello studio avv. Berruti, la cui edizione è stata curata dalla Casa editrice Nicholaus e da Roberto Violante, in particolare che ricordiamo affettuosamente.

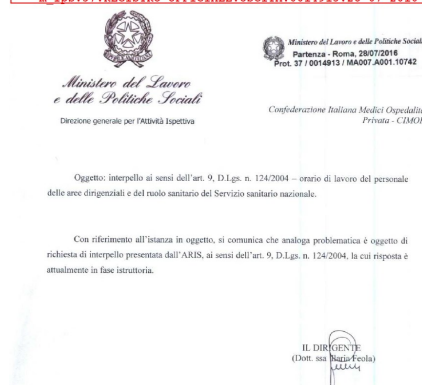
Attività Cimop 2016-2019

EN	10
CDN	11
CCNL	19
APM	12
Comi. Red.	4
EVENTI	5
FNOMCeO	12
TOTALE	72

In questi tre anni sono stati convocati 10 Esecutivi Nazionali, 11 Consigli Direttivi Nazionali, 19 incontri con le parti datoriali per il rinnovo del ccnl. Abbiamo garantito la presenza in 12 convocazioni APM. Sono stati convocati 4 comitati di redazione. Sono stati organizzati 5 Eventi ECM con sede a Udine a Brescia, a Reggio Calabria, a Milano e a Napoli.



m_lps.37.REGISTRO UFFICIALE.USCITA.0014913.28-07-2016



Qual'è il Ruolo del Sindacato?

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un profondo cambiamento delle regole che governano il mercato del lavoro. La situazione economica italiana, unitamente all'alto tasso di disoccupazione e alla crisi delle aziende, ha portato il governo italiano ad introdurre nuove regole, con il fine di favorire l'occupazione. Le nuove "regole", tuttavia, hanno comportato, e comportano, una diminuzione delle garanzie che la legislazione precedente aveva fino ad ora garantito. Per citare le più recenti, ricordiamo il Jobs Act (marzo 2015), e il successivo Decreto "dignità", emanato nel mese di luglio 2018, che hanno introdotto una notevole flessibilità nel lavoro, sia per effetto della quasi totale liberalizzazione del contratto a termine, sia con una notevole diminuzione dei costi, a carico delle aziende, in caso di licenziamenti dichiarati illegittimi. La variazione delle regole ha creato un gap tra il diritto del lavoro nato dallo Statuto dei Lavoratori nel 1970 e la nuova legislazione incentrata sulla flessibilità in entrata e in uscita dal mondo del lavoro.

In questo scenario si deve anche tenere conto della progressiva ma inarrestabile diminuzione del numero di medici operativi, conseguente ad una errata programmazione e formazione di nuovi medici.

Una nota ANSA di febbraio 2018 descriveva il fenomeno come "Un'emorragia di 45.000 medici in 5 anni: è quella che si determinerà in Italia per effetto dei pensionamenti e che riguarderà sia i medici di famiglia sia i medici del Servizio sanitario nazionale con impatto anche nelle aziende sanitarie private accreditate. Allarme ancora maggiore a 10 anni: al 2028, infatti, saranno andati in pensione 33.392 medici di base e 47.284 medici ospedalieri, per un totale di 80.676." Il dato grave, denunciato in questa nota dalle organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e dei medici dipendenti pubblici maggiormente rappresentativi, è anche un altro: le uscite stimate per effetto dei pensionamenti non saranno comunque bilanciate dalle presumibili nuove assunzioni.

Altro argomento importante, e di impatto notevole soprattutto sui medici, è il tema della responsabilità professionale e del rischio assicurativo, che rappresenta una delle attuali criticità della Sanità. Il rapporto Marsh del 2017 ha quantificato il costo delle polizze per le strutture in circa 118 euro per ricovero, 2.318 euro per infermiere, 5.528 euro per medico, che ha creato una vera crisi soprattutto sul fronte dei medici. Il 1° aprile del 2017 è entrata in vigore la Legge n. 24 del 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (cosiddetta Legge Gelli-Bianco). La nuova legge si pone l'obiettivo di migliorare la sicurezza delle cure rendendola omogenea sull'intero territorio nazionale e di contrastare alcuni fenomeni divenuti critici per il sistema sanitario.

Bisogna tuttavia precisare che l'applicazione di alcune delle previsioni normative, in particolare quelle relative alle coperture assicurative, dipenderà dalla emanazione dei decreti attuativi, ad oggi ancora non emessi. Bisognerà inoltre verificare come la magistratura interpreterà ed applicherà le norme sulla responsabilità.

Ora, come si colloca un Sindacato che si propone di difendere i diritti del medico, in un mondo del lavoro così precario?

Scriveva Vittorio Feltri nella prefazione del manuale *"I Sindacati"* di Luigi Cazzola: *"I sindacati sono ormai famosi solo per questo: gli scioperi; il tavolo delle concertazioni; gli scioperi; le parate romane con i pensionati e il cestello del pranzo gentilmente offerto; gli scioperi; la difesa ad oltranza dei fannulloni; le riunioni a un tavolo immenso con il governo. E i contratti, gli aumenti, le buste paga? PREISTORIA. Il libro scritto da Giuliano Cazzola, commenta Feltri, racconta con esemplare chiarezza - e vorrei dire arguzia - che cosa sono diventati i sindacati in Italia: un puro apparato di potere. Non si capisce se agganciati ai partiti della sinistra o se sono invece quei partiti ad essere dipendenti da queste poderose macchine di manifestazione. Le quali pompano denari trivellando giacimenti inesplorati grazie agli automatismi dei versamenti degli iscritti.... Il tutto senza doverne rendere conto a nessuno."*

Come si pone CIMOP nei riguardi di questa analisi effettuata da Feltri? Direi che noi siamo un'altra cosa, siamo un sindacato attivo, che tutela i medici a tutti i livelli, che attiva tavoli di concertazione centrali e decentrati, che tutela le posizioni dei medici in numerose vertenze di fallimento aziendali, che attiva tavoli sì con il governo ma solo e unicamente finalizzati allo sblocco di situazioni di stallo create con le associazioni datoriali per il rinnovo del ccnl. Insomma non siamo un sindacato dei partiti, e, soprattutto, non siamo un apparato di potere!!!

Studio Notarile
Dott. Lelio Ruggeri
Dott. Gaudentio Traspadini
Dott. Giancarlo Gamba
20121 Milano
Via del Vecchio Politecnico, 3
Tel. 798.0017 - 798.1355

Copia di Atto Notarile



STUDIO NOTARILE
Dott. LELIO RUGGERI
Dott. GAUDENTIO TRASPADINI
Dott. GIANCARLO GAMBÀ
Via del Vecchio Politecnico, 3
20121 MILANO Tel. 798.0017 - 798.1355

N.ro 13655/2373 di Rep.

CONSTITUZIONE DI ASSOCIAZIONE

Repubblica Italiana

L'anno millenovecentosettantasei addì quattordici del mese di maggio, in Milano, Via del Vecchio Politecnico 3.

Immediati a me

Dott. GAMBÀ Giancarlo, Notaio in Milano ed iscritto nel Collegio Notarile di Milano e riuniti; senza la presenza dei testimoni cui fu dai comparenti concordemente rinunciato col mio consenso.

Sono presenti

PERONI Lorenzo, nato a Ferrara il dieci luglio mille novecentosette, domiciliato a Milano, Piazza del Sestissimo Rosario 1, medico.

FASUO Leonida, nato a Benevento il ventiquattro aprile mille novecentoventicinque, domiciliato a Milano, Piazza Cinque Giornate 10, medico.

BISIANI Milan, nato a Postumia l'undici giugno mille novecentoventidue, domiciliato a Milano, Via Pergolesi 7, medico.

TRIGLIA Francoaugusto, nato a Milano il ventotto giugno mille novecentodiciotto, domiciliato a Milano, Viale Lazio 25, medico.

sono certo, mi dichiarano di voler costituire, come col presente atto costituiscono, una associazione denominata:

"CONFEDERAZIONE ITALIANA MEDICI OSPEDALITÀ PRIVATA - C.I.M.O.P."

Essa è retta, oltre che dalle norme di legge in materia, dallo statuto che, firmato dai comparenti e da me Notaio, a questo atto si allega sotto la lettera "A", per farne parte integrante e sostanziale.

La sede dell'associazione viene fissata per ora - ai sensi dell'articolo 4 del citato statuto - in Milano, Via Lanzone 31.

L'associazione ha per scopo di promuovere tutte le azioni sindacali e le iniziative atte a valorizzare e difendere la professione e la figura del medico operante nella ospedalità privata come più dettagliatamente specificato nell'articolo 3 del citato statuto. Essa ha durata illimitata.

Essa è retta da un Consiglio Direttivo Nazionale; provvisoriamente - sino alla prima assemblea del Congresso Nazionale che dovrà essere indetta entro dodici mesi da oggi - il Consiglio Direttivo Nazionale sarà composto da quattro membri.

A comporre detto Consiglio Direttivo Nazionale vengono chiamati i signori PERONI Lorenzo, FASUO Leonida,



Roma, 06.05.2019
Prot. 078/2019 Seg. Naz

Inviato via Pec/mail

Alla Presidente AIOP Nazionale
Dott.ssa Barbara Cittadini
aiop@cert.aconet.it

Al Presidente ARIS Nazionale
Padre Virginio Beber
arisassociazione.it@pec.it

e p.c. Al Capo delegazione AIOP
Dott. Guerrino Nicchio
direzione@ospedalecastiglione.it

Al Capo delegazione ARIS
Avv. Giovanni Costantino
g.costantino@costantinoandpartners.com

Direttore Generale AIOP
Dr. Filippo Leonardi
f.leonardi@aiop.it

Direttore Generale ARIS
Dr. Mauro Mattiacci
m.mattiacci@arisassociazione.it

Oggetto: Considerazioni generali sull'andamento delle trattative nazionali per il rinnovo del CCNL medici.
Contestazione della situazione di stallo instauratasi dopo l'incontro del 9 aprile 2019.

Egregi Presidenti,
in questa fase della trattativa, preso atto dello stato di stallo delle stesse, dopo l'ultimo incontro sindacale tra le tre delegazioni, tenutosi il 9 aprile scorso, presso la sede AIOP di Milano, è necessario un confronto politico sull'impianto generale del testo e sulle risorse economiche che AIOP e ARIS intendono mettere a disposizione per il rinnovo del CCNL medici.
Si vuole innanzitutto sottolineare la **grande flessibilità introdotta a favore delle aziende, fortemente voluta da AIOP e ARIS**. Mi riferisco, in particolare, alla introduzione degli incarichi dirigenziali e della possibilità per le aziende di non rinnovarli, il che determina una modifica sostanziale della posizione dei medici, fino ad oggi conosciuta. In particolare, si vuole rimarcare la grande disponibilità

VIALE EUROPA, 55 - 00144 ROMA / EUR - TEL. 06/500.40.63 - FAX 06/502.21.90



Sicuramente la base di partenza dovrà essere uguale per tutti e dovrà far riferimento al tabellare pieno del 2009.

Si aggiunga che è anche necessario considerare che con l'allegato 2 del ccnl del 2005, sottoscritto con Fdg e Aris per gli I.R.C.S. ed i Presidi equiparati ex art. 26 DPR 761/1979, veniva istituita la dirigenza, "Per gli I.R.C.S. ed i Presidi equiparati ex art. 26 DPR 761/1979, si convengono le seguenti modificazioni ed integrazioni del presente C.C.N.L."

1. E' istituita la dirigenza medica unica.
2. L'organigramma aziendale definisce il numero degli incarichi e la tipologia degli stessi:
 - responsabilità di struttura complessa;
 - responsabilità di struttura semplice;
 - specifici incarichi, anche di alta professionalità.

E con gli articoli 3 e 4 del citato allegato venivano introdotte delle indennità specifiche e delle retribuzioni di risultato:

3. "A decorrere dal 01.01.2005 il punto 4 del precedente protocollo è così sostituito:

Indennità di specificità: a tutto il personale medico dedicato sia all'assistenza che alla ricerca, è riconosciuta l'indennità di specificità di Euro 4.800,00 lordi annui.
Indennità di responsabilità: al personale medico (vedasi punti 1 e 2) sono riconosciute le seguenti indennità:

- responsabilità di Struttura complessa: Euro 7.200,00 lordi annui;
 - responsabilità di Struttura semplice: Euro 4.800,00 lordi annui;
 - responsabilità di specifici incarichi, anche di alta professionalità: Euro 2.400,00 lordi annui.
- I punti b) e c) dell'art 43 del C.C.N.L. vengono soppressi; rimane in vigore il punto a) del medesimo articolo.

4. L'articolo 61 del C.C.N.L. è così sostituito:

Retribuzione di risultato.

Le amministrazioni, a livello aziendale o di singola unità produttiva, potranno riconoscere una quota variabile fino al 25 (venticinque) % della retribuzione lorda annua (parti fisse e ricorrenti con esclusione della retribuzione individuale di anzianità), finalizzata al riconoscimento dei risultati raggiunti in ambito di ricerca e/o assistenza.

Le amministrazioni e le RSM CIMOP definiranno i criteri, le disponibilità finanziarie e le modalità di erogazione entro il primo trimestre di ogni anno, con riferimento all'anno precedente."

Nonostante tutte le difficoltà sopra evidenziate, l'articolo è stato portato a termine, con grande responsabilità da parte delle tre delegazioni, CIMOP, AIOP e ARIS, fatte salvo l'art. 14 (vecchia numerazione) (Caratteristiche del rapporto di lavoro), che non può trovare una soluzione per le numerose voci economiche che a tale articolo devono essere collegate.

Come più volte da CIMOP ribadito al tavolo di contrattazione, quali che siano le regole che andremo a sottoscrivere, dovranno essere garantite le retribuzioni in essere dei medici assunti all'atto della sottoscrizione dell'accordo e dovranno essere inseriti dei valori economici che possano controbilanciare la estrema flessibilità prevista dall'in-piano contrattuale, giunto ormai a conclusione.

In merito alle risorse economiche da mettere "sul piatto" è anche necessario tenere in considerazione alcuni elementi.

Primo elemento da prendere in considerazione è la forbice presente tra il ccnl pubblico e quello privato, con valori che si posizionano attorno al 40/50% in più nel pubblico, rispetto alle retribuzioni dei medici che operano nella sanità privata.

Secondo elemento riguarda l'inflazione, calcolata dal 2009 (anno di sottoscrizione dell'accordo ponte economico) ad oggi, che risulta essere pari al 12%.

VIALE EUROPA, 55 - 00144 ROMA / EUR - TEL. 06/500.40.63 - FAX 06/502.21.90

Rinnovo ccnl: a che punto siamo?



che CIMOP ha dimostrato nell'ascoltare le esigenze aziendali e ad accoglierle, e ciò a discapito di una consolidata tradizione di acquisizione di posizioni funzionali **DEFINITIVE** da parte dei medici.

Volendo essere maggiormente espliciti, le posizioni fino ad oggi consolidate (mi riferisco soprattutto ai primari) saranno convertite in posizioni dirigenziali **con incarichi a termine**, il cui rinnovo è rimesso alle Aziende con totale libertà, sia nel conferimento degli obiettivi, sia nella loro valutazione.

È pertanto fondamentale, in questa fase della trattativa, conoscere le disponibilità economiche delle Associazioni datoriali AIOP e ARIS, a tutt'oggi non formalmente note a CIMOP.

Lo stesso impianto definito nel pubblico e negli ospedali classificati ha un ben preciso tabellare economico che molto si differenzia da quelle che sono le retribuzioni fino ad ora previste dai nostri tabellari del 2009.

La diversità tabellare tra pubblico e privato è un primo fattore discriminatorio, unitamente al mancato riconoscimento dei titoli di carriera, secondo forte fattore discriminatorio, tra medici che svolgono le stesse funzioni, che producono gli stessi DRG, ma che lavorano nello scenario privato.

CONFRONTO DELLA RETRIBUZIONE DEI MEDICI DIRIGENTI PUBBLICI E DEI MEDICI DIPENDENTI PRIVATI

TABELLA RETRIBUZIONE DIRIGENTI PUBBLICI (dal 2009)				Stipendio base	Retribuzione pubblica mensile	Retribuzione pubblica annua	Retribuzione privata mensile	Retribuzione privata annua	Indennità pubblica mensile	Indennità pubblica annua	TOTALE
AREA IV	Dirigente medico a tempo pieno	CCNL 9/9/2019	Dirigente medico	43.010,00	24.145,00	289.740,00	4.000,00	48.000,00	10.470,00	125.640,00	133.610,00
				43.010,00	3.258,49	39.101,88	3.000,00	36.000,00	13.207,00	158.484,00	197.585,88
				43.010,00	4.830,57	57.966,84	3.000,00	36.000,00	13.167,00	158.004,00	195.970,84
				43.010,00	5,00	60.000,00	3.000,00	36.000,00	2.910,00	34.920,00	94.920,00

TABELLA RETRIBUZIONE MEDICI CASE DI CURA PRIVATE (dal 2009)

TABELLA RETRIBUZIONE				Stipendio base	Retribuzione pubblica mensile	Retribuzione pubblica annua	Retribuzione privata mensile	Retribuzione privata annua	Indennità pubblica mensile	Indennità pubblica annua	TOTALE
CONTRATTO CIMOP	Medico medico a tempo pieno	CCNL 9/9/2019	Medico medico	3.107,00	140,00	1.680,00	280,00	3.360,00	2.800,00	33.600,00	37.960,00
				3.107,00	140,00	1.680,00	130,00	1.560,00	2.800,00	33.600,00	35.960,00
				2.901,00	90,00	1.080,00	110,00	1.320,00	2.800,00	33.600,00	35.920,00
				2.410,00	70,00	840,00	20,00	240,00	2.800,00	33.600,00	36.640,00

OSPEDALI CLASSIFICATI

Tipologia incarichi		Tabellare CCNL	Compensazione	Assegno base	Indennità medica	Retribuzione pubblica mensile	Retribuzione pubblica annua	Indennità privata	Retribuzione privata mensile	TOTALE
OSPEDALI CLASSIFICATI	Dirigente medico a tempo pieno	2.112,00	537,00	570,00	507,00	6.084,00	72.960,00	2.000,00	24.000,00	96.960,00
	Dirigente medico a tempo pieno	2.112,00	537,00	570,00	507,00	6.084,00	72.960,00	2.000,00	24.000,00	96.960,00
	Dirigente medico a tempo pieno	2.112,00	537,00	570,00	507,00	6.084,00	72.960,00	2.000,00	24.000,00	96.960,00
	Dirigente medico a tempo pieno	2.112,00	537,00	570,00	507,00	6.084,00	72.960,00	2.000,00	24.000,00	96.960,00
	Dirigente medico a tempo pieno	2.112,00	537,00	570,00	507,00	6.084,00	72.960,00	2.000,00	24.000,00	96.960,00
	Dirigente medico a tempo pieno	2.112,00	537,00	570,00	507,00	6.084,00	72.960,00	2.000,00	24.000,00	96.960,00

A quanto sopra esposto si deve aggiungere la diversità di applicazione dell'accordo del 2009 nelle varie regioni italiane. Questo significa che attualmente, per quanto riguarda le Aziende AIOP, in alcune regioni è stato applicato SOLO il 50%. Per quanto riguarda le Aziende ARIS, nella Regione Lazio il contratto, **sia pur sottoscritto da ARIS**, è stato totalmente disapplicato.

QUESTA E' UNA CRITICITA' per entrambe le associazioni datoriali, ovvero applicazione dell'accordo del 2009 in modo diffuso se non addirittura mancata applicazione. **Su tale tema CIMOP attende delle risposte.**

VIALE EUROPA, 55 - 00144 ROMA / EUR - TEL. 06/500.40.63 - FAX 06/502.21.90



Terzo e fondamentale elemento (più volte citato nella presente comunicazione) riguarda l'inserimento nel nuovo testo di una estrema flessibilità (incarichi a tempo), che necessita di un adeguato riconoscimento economico.

Quarto elemento riguarda il tempo definito, retribuito attualmente con quote veramente irrilevanti, e che dovrebbe, a nostro parere, essere soppresso. In assenza di un accordo sul punto, i medici a tempo definito dovranno ricevere quanto meno una retribuzione commisurata alle ore settimanali lavorate, che sono state ipotizzate in 32.

Per concludere CIMOP esprime disapprovazione per la situazione di stallo che si è venuta ad instaurare dopo l'ultimo incontro del 9 aprile scorso, nonostante i numerosi solleciti fatti pervenire per le vie brevi ai Capi Delegazioni AIOP e ARIS e alla Direzione Generale AIOP.

Il 9 aprile, nel corso di quell'incontro, soprattutto AIOP aveva fatto intendere che nel pomeriggio dello stesso giorno, in occasione di un incontro dei vertici AIOP nella sede di Genova, sarebbe stata definita una proposta che a stretto giro sarebbe dovuta arrivare a CIMOP.

Da allora il NULLA PIU' ASSOLUTO!!!! Inutili le sollecitazioni telefoniche per la definizione di un incontro finalizzato alla presentazione delle risorse economiche, che le associazioni datoriali intendevano mettere a disposizione per il rinnovo del ccnl medici.

NULLA, IL NULLA PIU' ASSOLUTO!!!

Questa situazione non è più accettabile e sostenibile, e costringe CIMOP a formulare una ferma e formale presa di posizione di protesta.

CIMOP chiede pertanto un incontro URGENTE finalizzato alla formale comunicazione delle risorse economiche che AIOP e ARIS mettono a disposizione per il rinnovo del ccnl medici.

Un mancato riscontro a questa nota CIMOP ci metterà nelle condizioni di interrompere il tavolo di trattative e di proclamare lo stato di agitazione, riservandoci conseguentemente ogni azione sindacale a tutti i livelli.

Distinti saluti

Il Segretario Nazionale
Dott.ssa Carmela De Rango

Carmela De Rango

11

PATTO FEDERATIVO

tra le Organizzazioni sindacali Federazione dei medici CIMO - FESMED e la Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata (in sigla CIMOP)
Documento di preintesa da valutare con i singoli direttivi.

L'idea di un Patto Federativo tra CIMO-FESMED e CIMOP nasce da una convergenza della visione politica sanitaria tra le due organizzazioni sindacali che riguarda principalmente la professione medica, il regionalismo differenziato, la questione carenza dei medici e imbutto formativo.

Già da tempo i due sindacati hanno verificato una coincidenza di idee sui principali temi della professione ed hanno attuato una collaborazione di idee e di iniziative non pubbliche.

Al momento i nostri programmi, oltre alla difesa del potere d'acquisto dei medici del SSN, sono concentrati soprattutto sull'obiettivo di restituire al medico il ruolo centrale nella cura del paziente, quindi di leader nel lavoro di équipe e figura di riferimento nella governance clinica. Riteniamo che la politica debba avere un ruolo importante in sanità ma che le scelte non possano prescindere da un confronto costruttivo con la classe medica. Auspichiamo una soluzione equa per il sempre più grave problema del contenzioso sanitario, alimentato da figure equivocate votate alla speculazione a danno dei medici e dei pazienti. Proponiamo con convinzione per il medico che opera nel SSN l'introduzione di una carriera meritocratica che premi le maggiori competenze nella specialità. Chiediamo nuovi modelli per la formazione anche "sul campo", basati sullo scambio diretto di esperienze con i colleghi che hanno raggiunto competenze più elevate. Riteniamo che il medico che opera nel SSN sia nelle aziende pubbliche che in quelle private, debba avere la stessa dignità e le stesse opportunità di carriera e nella acquisizione.

Questo Patto federativo porta CIMO-FESMED e CIMOP, pur nei rispettivi differenti ruoli, a rappresentare insieme una parte rilevante dei medici ospedalieri della sanità pubblica e privata.

E' questo il primo passo per impedire gli isolamenti e gli individualismi e per unire due mondi della Sanità pubblica a gestione diversa ma con lo stesso obiettivo di centralità del paziente.

Poniamo il nostro progetto all'attenzione delle altre organizzazioni sindacali della stessa area, che condividono gli stessi obiettivi.

È un progetto ambizioso, ma la situazione del SSN e dei medici che vi lavorano sono sempre più difficili. Occorrono scelte coraggiose, che superino i particolarismi che caratterizzano il nostro mondo per restituire, tutti uniti, al medico il ruolo centrale nel sistema.



La Federazione dei medici CIMO-FESMED e la Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata (CIMOP) annunciano di aver siglato un patto federativo per unire le proprie forze e dare seguito alla convergenza di visione e progettualità che da tempo le vede dialogare su temi comuni per la tutela della professione e altre iniziative. Si tratta del primo accordo di **sinergia tra rappresentanze del mondo sanitario pubblico e privato in Italia.**

CIMO-FESMED: VIA NAZIONALE 163 - 00184 ROMA
CIMOP: VIALE EUROPA 65 - 00144 ROMA EUR

COMUNICATO CONGIUNTO

CIMO-FESMED E CIMOP CONVERGONO IN UN NUOVO PATTO FEDERATIVO

- La professione medica al centro dell'intesa tra le due storiche organizzazioni sindacali
- Prima unione tra sindacati del pubblico e del privato nel mondo sanitario italiano
- Obiettivo è rafforzare rappresentanza e rappresentatività per i diritti di tutti i medici
- Insieme per rivendicare un confronto costruttivo con la politica e le scelte sul SSN
- Un progetto sindacale oltre gli schemi, basato sulle competenze e sulla valorizzazione

Roma, 30 maggio 2019 – La Federazione dei medici CIMO-FESMED e la Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata (CIMOP) annunciano di aver siglato un patto federativo per unire le proprie forze e dare seguito alla convergenza di visione e progettualità che da tempo le vede dialogare su temi comuni per la tutela della professione e altre iniziative. Si tratta del primo accordo di sinergia tra rappresentanze del mondo sanitario pubblico e privato in Italia.

L'identità di indirizzo tra le due storiche organizzazioni sindacali su temi cruciali quali la difesa e la valorizzazione della professionalità dei medici, la tutela dei diritti nei contesti di aziende pubbliche e private, la carenza dei medici, l'imbutto formativo e le conseguenze, anche contrattuali, del regionalismo differenziato, è alla base dell'accordo che intende rafforzare rappresentanza e rappresentatività della categoria di fronte alle scelte politiche e alla gestione del SSN.

Questo patto federativo porta CIMO-FESMED e CIMOP, pur nei rispettivi differenti ruoli e autonomie, a rappresentare insieme una parte rilevante dei medici ospedalieri della sanità pubblica e privata, con un bacino complessivo stimabile oggi in circa 17.000 iscritti.

“È un progetto ambizioso e necessario – commenta il Presidente della Federazione CIMO-FESMED, Guido Quici – per la situazione del SSN e dei medici che vi lavorano, che sono sempre più difficili tanto nel perimetro pubblico quanto nel privato. Oltre che una scelta coraggiosa, questo patto è un segnale importante in direzione di quel cambiamento nella governance sindacale che abbiamo sempre invocato e che stiamo attuando concretamente per restituire al medico un ruolo centrale nel sistema, nel quale siano privilegiati competenza, meritocrazia e relazione con il paziente. Insieme ai diritti dei medici, intendiamo essere garanti dei loro doveri, legati al rispetto del codice deontologico più che al contesto di lavoro. Auspichiamo l'aggregazione a questo progetto di altre realtà del mondo medico, anche per superare le attuali frammentazioni”.

“In linea con CIMO-FESMED, riteniamo che la politica debba avere un ruolo importante in sanità ma che le scelte non possano prescindere da un confronto costruttivo con la classe medica – dichiara il Segretario Nazionale CIMOP, Carmela De Rango – ed è fondamentale che il medico, sia nelle aziende pubbliche che in quelle private, ottenga la stessa dignità e le stesse opportunità di carriera. È un dato di fatto che la professione medica, pubblica e privata, stia subendo una mutazione significativa, spinta sia dalle norme sulla responsabilità professionale che da un rapporto medico-paziente profondamente influenzato dalla comunicazione medico-sanitaria:

questa alleanza è la risposta alla necessità di strutturare consapevolmente nuove forme di partecipazione e azione che il futuro del mondo sindacale richiede”.

In vista di una sempre maggiore sinergia tra le due realtà e i loro servizi, CIMO-FESMED e CIMOP si confronteranno a breve per analizzare ed elaborare proposte congiunte in tema di contratto dei medici, autonomia differenziata, finanziamento del SSN, responsabilità professionale e formazione. Sin d'ora i programmi delle due organizzazioni sono concentrati, oltre alla difesa dei diritti sulla parte economica, sul voler restituire ai medici il ruolo chiave nella valutazione delle cure, nel lavoro di équipe e nella governance clinica, mentre sulla formazione entrambi intendono proporre nuovi modelli, anche basati su scambio diretto di esperienze con chi ha competenze più elevate.

Per informazioni:
Comunicazione – Ufficio Stampa CIMO-FESMED
06.6788404 – 3351039417
stampa@cimomedici.it
Servizi su: Facebook, Twitter

Ufficio stampa CIMOP
Cell. 3477876920
francesco.depalco@libero.it
Twitter: @Cimopitalia

La Federazione CIMO-FESMED nasce dall'intesa tra CIMO, il sindacato dei medici, e FESMED, la Federazione sindacale dei medici dirigenti, con l'obiettivo di dare maggiore determinazione ed efficacia alle proprie azioni per la promozione del servizio sanitario nazionale, la valorizzazione del medico come figura cardine in questo sistema, l'aggiornamento delle competenze degli iscritti e il miglioramento dei servizi a loro indirizzati. Rappresenta una piattaforma comune di aggregazione anche di altre organizzazioni sindacali, aperta alla piena collaborazione e sinergia delle Società Scientifiche e delle Associazioni dei pazienti, al fine di occupare un ruolo centrale nella cura e nella difesa della professione medica, ridare certezza al futuro dei giovani medici e garantire sicurezza e qualità delle cure ai cittadini.

Cimo rappresenta i medici, gli odontoiatri e i veterinari in servizio ed in quiescenza, qualunque sia la natura del rapporto ed il datore di lavoro. Tra i suoi principali obiettivi: promuovere ogni iniziativa e azione sindacale atta a valorizzare e tutelare la professionalità del medico ed il suo ruolo sociale, assume iniziative per favorire il più corretto inserimento dei giovani medici nell'ambito della professione e dei servizi sanitari, fornisce ai propri iscritti servizi di assistenza, formazione e tutela attraverso adeguati strumenti, promuove azioni di sensibilizzazione politica e istituzionale per la sostenibilità dell'organizzazione sanitaria e il miglioramento del rapporto tra medici e pazienti. Sottoscrive contratti con l'ARAN nell'area sanità. Per ulteriori informazioni visita il sito: www.cimomedici.it

Fesmed è la Federazione sindacale dei medici dirigenti che La FESMED è un'associazione che ha tra le sue priorità la tutela della salute individuale e collettiva da conseguire, in via prioritaria, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, la promozione e difesa della professione medica e in particolare degli associati, la valorizzazione dei medici dirigenti nell'organizzazione e gestione delle strutture del Servizio Sanitario; al miglioramento delle conoscenze mediche, sociali e giuridiche degli associati. Sono soci fondatori della FESMED le Associazioni: ACOI (Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani), AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani), SEDI (Sindacato Endoscopisti Digestivi Italiani) e SUMI (Sindacato Unitario Medici Italiani). Per informazioni: www.fesmed.it

CIMO nasce nel 1976 come sindacato unitario dei medici chirurghi e dei laureati in odontoiatria operanti nell'Ospedalità Privata, intendendo per Ospedalità Privata le Case di Cura propriamente dette o come tali configurabili, gli Istituti di ricerca a Carattere Scientifico, gli Istituti di riabilitazione, i Presidi Territorializzati, gli Ospedali Privati Classificati, le Residenze Sanitarie Assistite, e ogni istituto di ricovero diagnosi e cura anche a tipo Hospital Day purché di proprietà privata esclusiva o prevalente. Promuove e sostiene l'unità di tutti i medici dell'Ospedalità Privata per una rappresentanza sindacale unitaria di tutta la categoria. Coordina l'attività delle Sezioni Regionali, delle Sezioni Provinciali, le R.S.M. aziendali, sostenendone le azioni sindacali e rappresentative. Promuove tutte le azioni sindacali e le iniziative atte a valorizzare e difendere la professione e la figura del medico dell'Ospedalità Privata. Per informazioni: www.cimop.it

Quali scenari per il futuro? Quali obiettivi?

L'impegno maggiore deve sicuramente essere posto nella chiusura delle trattative per il rinnovo del CCNL. E' necessario trovare un punto di incontro su quanto da noi chiesto, ovvero la chiusura del gap economico tra noi e i colleghi del pubblico che ad oggi pesa per circa il 45/50%. Sarà poi da trovare un'intesa sulla disapplicazione, totale o parziale, dell'accordo ponte economico del 2009 nelle regioni del centro-sud.

1.  **Primo obiettivo: chiusura delle trattative per il rinnovo del ccnl e intesa sul pregresso.**

Nel corso del triennio appena trascorso il mio impegno maggiore è stato finalizzato alla coesione della famiglia Cimop. E' un momento di crisi per i sindacati, i medici dipendenti dall'ospedale privata si attestano attorno ai 9000 in tutta Italia e Cimop è l'unico sindacato rappresentativo di tutta la sanità privata accreditata. E' difficile far aderire i medici in quanto molto spesso sono le proprietà che pongono ostacoli e disincentivano le adesioni sindacali fatto salvo incentivarli per motivi di comodo.

2.  **Un secondo obiettivo è quindi cercare di coinvolgere i giovani all'interno del sindacato ed è opportuno condividere strategie comuni con tutte le segreterie provinciali e regionali.**

Una criticità rilevata è sicuramente di tipo organizzativo, con uno statuto che probabilmente deve essere adattato alla situazione contingente, con una meglio definizione dei pesi politici all'interno dell'organizzazione.

3.  **Rivisitazione dello statuto per adeguamento alle situazioni contingenti; è necessario convocare, a mio parere, un congresso straordinario subito dopo l'estate per la revisione dello statuto.**

Nel corso del triennio ho cercato di far diventare Cimop maggiormente territoriale, questo lavoro deve continuare con l'organizzazione di Eventi e riunioni in tutte le regioni.

4.  **Organizzare eventi e CDN in tutte le sezioni regionali Cimop.**

Una delle tre fonti istitutive di CAIMOP è Cimop. Le nuove normative e le circolari COVIP hanno ridefinito la rappresentatività dei medici in CdA che deve avvenire tramite votazione. Cimop, quale fonte istitutiva, ha interesse ad una stretta collaborazione con il Presidente e il CdA, come si è verificato in passato.

5.  **Quinto obiettivo, consolidare i rapporti con Caimop tramite le due figure politiche: Segretario Cimop e Presidente Caimop.**

Con la scomparsa di Roberto Violante, è necessario rivedere tutto il sistema di comunicazione adottato da Cimop verso l'esterno.

6.  **Sesto obiettivo è la ridefinizione degli organi di comunicazione Cimop: Sito, notiziario, social.**

E' importante partecipare ai tavoli FNOMCeO ai quali Cimop è sempre invitata.

7.  **Settimo obiettivo: mantenere i rapporti con la FNOMCeO partecipando attivamente a tutti i tavoli di lavoro organizzati**

Con la quasi scomparsa di APM, si avverte la necessità di condividere i temi trasversali ma anche sindacali con associazioni vicine agli obiettivi CIMOP.

8.  **Ottavo obiettivo: consolidare il PATTO FEDERATIVO CIMOP - Federazione CIMO-FESMED.**

9.  **Come obiettivo di chiusura ma più importante di tutti è 'UNITA'**

Il gioco di squadra

"In una comunità la vivacità di espressione è una inestimabile risorsa. Siamo fatti tutti in modo diverso, abbiamo culture e mondi di provenienza differente. Ciò che ci unisce è la professione, l'essere medico ci pone in una sorta di nuova comunità, differente dalle nostre origini, ma che ha come centralità il paziente. La nostra professione, le responsabilità da assumere, i rischi insiti nel mestiere portano il medico ad un individualismo utile al suo mestiere. In una comunità, l'individualismo, spesso associato ad un pizzico di narcisismo, uccidono le relazioni e quindi il gruppo. In un gruppo è il gruppo l'elemento fondamentale la cui unità facilita un gioco di squadra".
C.D.R.

RINGRAZIAMENTI



- ◇ Ringrazio tutti i componenti del Consiglio Direttivo Nazionale, per il loro impegno profuso centralmente ma soprattutto in periferia.
- ◇ Un ringraziamento sincero va al Presidente, Fausto Campanozzi, per aver cercato di supportarmi nel rispetto dei ruoli di entrambi.
- ◇ Ringrazio il segretario Amministrativo, Luca Putignano, per tutta l'attività svolta in questo triennio ma anche negli anni passati.
- ◇ Ringrazio i Vice Segretari Pietro Ottomano, Stefano Neri, Antonio Occhioni, per il lavoro svolto.
- ◇ Ringrazio la commissione trattante per il rinnovo del ccnl, Renato Biscetti, Giuseppe Bongiovanni, Lino De Sanctis, Riccardo Iuliani, Giuseppe Musolino, Cinzia Piacentini, Augusto Rivellini e Mauro Berruti.
- ◇ Ringrazio il CdA Caimop e in particolare il Presidente, Petros Papanikolau, e il Direttore Generale, Mauro Mattiacci, per la collaborazione instaurata tra Caimop e Cimop.
- ◇ Ringrazio Cristiano Auditori, Addetto alla segreteria Cimop e primo dipendente Cimop, per la grande professionalità e disponibilità.
- ◇ Ringrazio il nostro consulente Fiscale, Massimo Petruzzi, per la professionalità e per la pazienza nei nostri confronti.
- ◇ Ringrazio infine l'avv. Berruti soprattutto per la pazienza oltre che per il supporto tecnico che è stato fondamentale per CIMOP.

CIMOP

Viale Europa 55, scala A , int. 8
00144 Roma

Telefono: 06/5004063
Fax: 06/5022190
Indirizzo di posta elettronica:
cimop@pec.it

Voglio ricordare in questa sede Roberto Violante, direttore responsabile del *Notiziario Cimop*, scomparso recentemente, che ha accompagnato per tre lustri la comunicazione istituzionale del sindacato. A Roberto Violante vanno i ringraziamenti di Cimop .



Concludo **ricordando il ruolo fondamentale delle donne in Cimop**, oltre la sottoscritta che ha ricoperto il ruolo di segretario nazionale per tre anni e precedentemente vice segretario del nord e Segretario di Cimop Lombardia, ricordo l'impegno di Rossella Fortuna, Segretario Cimop Marche, Michela D'angelo, Segretario Cimop Molise, Adriana Nardo, responsabile amministrativo Cimop Lombardia e componente CdA Caimop, Liuisa Lopez ,componenti del CDN, Cinzia Piacentini componente della commissione trattante ccnl.

Auspicio una maggiore presenza di donne in E.N.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

1. 16° Rapporto AIOP
2. Brescia medica n. 383
3. I Sindacati _C.Calvelli, G. Cazzola, F. Pasquali, A. Servidori_ Libero FFEI_2007
4. Pubblico e privato nella sanità italiana_Vittorio Mapelli_Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi, Milano_ Pharmacoeconomics – Italian Research Articles 2012; 14 Suppl. 1
5. 4° Rapporto GIMBE.
6. Relazione dott. Campanozzi-Congresso Cimop 2016
7. <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/05/ro-2018.pdf>
8. www.libero.it