

il nuovo Anestesista Rianimatore

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica

Direzione: Via XX Settembre n° 98/E - 00187 Roma - Redazione: Via Ferrante Imparato n° 140 - 80146 Napoli - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli

NOVEMBRE - DICEMBRE
2015
6
Anno XXXVI

Piazza SS. Apostoli a Roma in Azzurro!

Le bandiere dell'AAROIEMAC hanno colorato la manifestazione del 28 Novembre



Foto di Domenico Minniti

Il 28 Novembre si è svolta a Roma la Manifestazione che ha riunito in Piazza SS. Apostoli i Sindacati della Dirigenza Medica e la FNOMCeO.

Un evento organizzato per lanciare un messaggio chiaro rivolto per conoscenza ai Cittadini, ma che è diretto alla Istituzioni di Governo: "State riducendo a pezzi il SSN!"

L'AAROIEMAC, impegnata nell'organizzazione attraverso tutti i ruoli direttivi nazionali e regionali, ha dato dimostrazione di compattezza e unità, molto più di ogni altra OS. La Piazza, infatti, era colorata di azzurro, grazie alle centinaia di bandiere dell'Associazione che hanno sventolato per l'intero pomeriggio.

Con orgoglio, sono state portate in piazza le legittime rivendicazioni dei Medici e i diritti dei Cittadini alla qualità alla sicurezza delle cure. I Medici hanno in mano la salute dei pazienti ed è per questo motivo che devono poter lavorare in condizioni psicofisiche ottimali.

A Roma è emersa la reale volontà comune di voler rivendicare il ruolo professionale e sociale che spetta al Medico, e in particolare che spetta ai Colleghi più giovani, precarizzati o confinati nel limbo dei contratti atipici.

Lo Sciopero Nazionale di 24 ore del 16 Dicembre - che, non potendo prevedere i tempi di consegna del giornale, potrebbe essere già passato al momento della lettura di queste pagine - è l'altro importante momento in cui l'AAROIEMAC farà sentire la sua voce.

Alla vigilia della ripresa delle trattative contrattuali, dopo anni di stallo normativo e di blocchi economici, è fondamentale arrivare ai tavoli dell'ARAN uniti per vincere una partita che sarà certamente dura e complessa.

a pagina 4

Stati Generali Riuniti oltre 300 Medici



Un momento importante per fare il punto della situazione e per proseguire la mobilitazione generale a tutela della sanità italiana sotto il comune

invito #iomimobilitoetu! L'AAROIEMAC ha aderito agli Stati Generali del 21 Ottobre con la partecipazione di gran parte dei suoi Ruoli Direttivi Nazionali, come prodromo alla Manifestazione del 28 Novembre e allo sciopero del 16 Dicembre.

a pagina 5

Sciopero 16 Dicembre! Serve un'adesione massiccia

Le ragioni dello Sciopero del 16 Dicembre risiedono in quelle stesse della manifestazione del 28 Novembre, hanno le proprie radici in anni di attacchi governativi ed istituzionali di ogni genere contro la nostra professione, che vanno al di là della "questione medica" in generale, e che impattano ancora più pesantemente su tutti i Medici rappresentati dall'AAROIEMAC.

Oggi più che mai occorre affermare con un'adesione massiccia la nostra

identità professionale, dando ancora più voce e più forza alla nostra Associazione.

Ogni iscritto rappresenta un pezzo fondamentale di questo Sindacato, e nessuno può ritenersi esonerato dal diritto/dovere di sostenerne le scelte strategiche in una fase così cruciale come quella che stiamo attraversando. Ogni singola adesione è preziosa, perché i numeri contano, e con i numeri si affermano le idee.

L'AAROIEMAC conta su di te!

a pagina 3

NORMATIVA ORARIO DI LAVORO

Un'articolata disamina della regolamentazione sugli orari di lavoro e sui riposi, conseguente all'applicazione della normativa europea, obbligatoria a far data dal 25 Novembre 2015 per tutti gli Stati membri dell'Unione Europea, per effetto della Legge 161/2014.

L'obiettivo è di indicare, da un punto di vista non solo sindacale, i principi basilari da rispettarsi in tema di orari di lavoro e di riposi giornalieri.

Fermo restando che non è pensabile che il Sindacato tolleri, avalli, o ancor peggio solleciti forzature nell'interpretazione delle normative di legge e di contratto, né tantomeno loro illegittime prassi applicative, altrimenti si verificherebbe una totale "deregulation", con tutte le connesse conseguenze in termini di soppressione di diritti.

Inserto estraibile alle pagine 7, 8, 9, 10

GOOD NEWS! MIGLIORIE ASSICURATIVE!

Con largo anticipo rispetto al termine del corrente anno 2015, a valere dal 31 Dicembre p. v., ancora buone notizie sul versante delle Polizze Assicurative, riservate in esclusiva a

tutti gli Iscritti in regola con il pagamento della quota associativa, di Responsabilità Civile e di Tutela Legale rispettivamente convenzionate dall'AAROIEMAC, attraverso il Broker AON, con le Compagnie Assicuratrici Am Trust e Itas!



a pagina 14

SIARED 2016 SAVE THE DATE

Roma sarà quest'anno la sede del 12° Congresso SIARED, che si terrà da Venerdì 10 a Domenica 12 Giugno 2016.

"L'Anestesista Rianimatore di fronte alle sfide di una medicina che cambia - Acquisire nuove competenze, allargare gli orizzonti, valorizzare il ruolo del medico interdisciplinare" è il titolo dell'appuntamento.

Nel prossimo numero del giornale e sul sito internet www.aaroieamac.it sarà disponibile il programma preliminare, con il dettaglio delle diverse sezioni e dei temi che verranno approfonditi nei tre giorni di congresso.

a pagina 16

BUON NATALE E FELICE 2016!



Si chiude un anno difficile, con altre difficoltà alle porte del nuovo anno, ma tutti insieme possiamo essere una grande forza, per far sì che gli Auguri per le Festività si realizzino in un futuro migliore

La Presidenza Nazionale

Insieme contro l'attacco finale al Welfare

La mobilitazione dell'AAROI-EMAC con gli altri Sindacati per la difesa del SSN



Due appuntamenti importanti per tutti i Medici Italiani a cui l'AAROI-EMAC ha deciso di aderire e di rendersi parte attiva nell'organizzazione. Un'adesione convinta per la necessità di unire le forze e alzare la voce in un momento decisamente critico per la sanità italiana. Forse il più critico.

La Manifestazione di sabato 28 Novembre 2015, già annunciata nel precedente numero, sotto la comune egida della FNOMCeO e la giornata di sciopero generale del 16 Dicembre rappresentano la volontà comune di dire BASTA!

Proveniamo da un periodo di blocco degli stipendi che dura ormai da oltre 6 anni, dichiarato illegittimo dalla Corte Costituzionale, che però non ci ha riconosciuto il diritto al ristoro del danno economico subito, utilizzando una singolare interpretazione dell'Avvocatura dello Stato.

Nella Legge di Stabilità - di cui si parla nella pagina accanto - per il rinnovo dei Contratti della Pubblica Amministrazione, sono stati stanziati pochi spiccioli: questo vuol dire che l'attuale Governo, lo stesso che spande ottimismo a destra e a manca sulle future e mirabolanti sorti del nostro Paese, nella parte economica del prossimo CCNL ci offrirà, forse, circa 100,00 euro lordi di aumento stipendiale all'anno, a fronte di chissà quali peggioramenti nella parte normativa.

Tale elemosina è già stata resa una beffa, perché nella stessa Legge di Stabilità l'attuale Governo ha disposto un taglio netto del 10% della retribuzione di risultato, cioè una riduzione che vale dalle 3 alle 8 volte l'offerta suddetta, e ha imposto un limite del 25% al turnover: questo significa che per quattro medici che andranno in pensione solo uno sarà reintegrato. A fronte di una elemosina stipendiale viene pre-

disposta una rapina!

In diverse Aziende si tenta di rapinare anche i fondi stipendiali dei medici, per elargire, in cambio, retribuzioni accessorie di vario genere ai rampanti infermieri "Dirigenti delle Professioni Sanitarie". Vedremo se i proclami di possibili assunzioni per far fronte all'entrata in vigore delle nuove norme sull'orario di lavoro diventeranno realtà. Al momento non c'è nulla di certo.

Il contenzioso medico-legale ha raggiunto livelli insostenibili, deteriorando il rapporto fiduciario con i pazienti, e rendendo improcrastinabile una legge sulla Responsabilità Professionale, già in iter parlamentare, dalla quale è sparita la dizione "responsabilità medica" a favore di una più generale "responsabilità sanitaria", con l'evidente intenzione governativa di fornire una tutela alla responsabilità professionale degli infermieri, al fine ultimo di prepararne, attraverso altri interventi legislativi, di fatto, l'equiparazione ai medici.

Non si è visto alcun impegno concreto del Governo per contrastare seriamente l'indegno fenomeno del precariato, che addirittura in numerosi casi è già divenuto "caporalato", mentre invece è indispensabile spezzare l'equivalenza "giovani = precari", trasformandola in "giovani = futuro", per garantire continuità, innovazione e rinnovamento del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

I LEA sono sempre più Livelli Eventuali di Assistenza, mentre i Livelli Essenziali di Organizzazione (requisiti minimi strutturali, tecnologici e funzionali delle strutture sanitarie) sono un miraggio. Proveniamo da anni di defianciamento del SSN, oltre che di progressivo inasprimento delle

sanzioni a danno dei medici, per qualunque ipotesi di inadempienza professionale o gestionale nell'assistenza e nel governo clinico, mentre invece l'inefficienza e la corruzione degli amministratori non hanno mai conosciuto riduzioni.

In definitiva, è in atto la fase finale dell'attacco a ciò che rimane del welfare nel nostro Paese, e soprattutto alla Sanità Pubblica, che è un Bene Comune di tutti i cittadini, a favore di uno scivolamento inesorabile verso una Sanità svenduta ai Privati, di cui rendere i medici vittime sacrificali.

Noi medici abbiamo in gran parte contribuito, con il nostro lavoro, a creare e mantenere, nonostante risorse e retribuzioni di gran lunga inferiori rispetto al panorama europeo, uno dei migliori Sistemi Sanitari Nazionali del mondo, di cui siamo orgogliosi, e che è nostro diritto e dovere difendere fino in fondo, per poterlo rilanciare attraverso una sua riorganizzazione che lo liberi dalle logiche clientelari di certa politica e dalle gestioni incapaci degli amministratori nominati dalla politica.

Al momento di pubblicazione del giornale, mancano alcuni giorni allo sciopero, ma la manifestazione del 28 Novembre ha già dato il risultato sperato. Il numero di Anestesisti Rianimatori presenti in Piazza Santi Apostoli a Roma era ben superiore rispetto a qualsiasi altra sigla sindacale aderente. Ringrazio, per questo, i Collegi presenti e quanti si sono adoperati nell'organizzazione. Nel prossimo numero saremo in grado di dare i numeri di adesione allo sciopero e speriamo di raccontare un altro momento di compattezza e coesione tra gli Iscritti.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

L'AAROI-EMAC, dal 1952 una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, a tutela dei Medici Anestesisti Rianimatori, dell'Emergenza e dell'Area Critica, offre a titolo completamente gratuito e soltanto per i propri Iscritti, i seguenti servizi:

PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI

Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti

CONSULENZE MANAGERIALI

Sul controllo di gestione dei servizi sanitari

PARERI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ETC.

A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia

CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL'AAROI-EMAC E DALLA SIARED, PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE AVANZATA, CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM

INVIO DEL PERIODICO UFFICIALE

"Il Nuovo Anestesista Rianimatore", rinnovato e aggiornato

CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:

- Responsabilità Civile e Professionale
- Tutela Legale
- Responsabilità Amministrativa
- Altri Settori (in corso di attivazione)

GLI ISCRITTI SONO LA VERA FORZA DELL'AAROI-EMAC SE ANCORA NON SEI ISCRITTO, RENDILA PIÙ FORTE, ISCRIVITI ANCHE TU!

Per richiedere l'iscrizione all'AAROI-EMAC occorre compilare e firmare la domanda (il modulo è disponibile in formato pdf anche sul sito web www.aaroiemac.it) ed inviarla come specificato:

in allegato email a: iscrizioni@aaroiemac.it
in alternativa via fax al n°: 06 92912888

L'AAROI-EMAC su INTERNET: www.aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETARIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroiemac@aaroiemac.it
SEGRETARIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIAARTI • Dr ANTONIO CORCIONE • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • ufficioesteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

ABRUZZO • Dr MICHELE FAVALE • abruzzo@aaroiemac.it
BASILICATA • Dr FRANCESCO ALLEGRI • basilicata@aaroiemac.it
CALABRIA • Dr VITO CIANNI • calabria@aaroiemac.it
CAMPANIA • Dr GIUSEPPE GALANO • campania@aaroiemac.it
EMILIA ROMAGNA • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroiemac.it
FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dr SERGIO CERCELLETTA • friuli@aaroiemac.it
LAZIO • Dr QUIRINO PIACEVOLI • laio@aaroiemac.it
LIGURIA • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • liguria@aaroiemac.it
LOMBARDIA • Dr ALESSANDRO VERGALLO • lombardia@aaroiemac.it
MARCHE • Dr MARCO CHIARELLO • marche@aaroiemac.it
MOLISE • Dr DAVID DI LELLO • molise@aaroiemac.it
PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dr GILBERTO FIORE • piemonte-aosta@aaroiemac.it
PUGLIA • Dr ANTONIO AMENDOLA • puglia@aaroiemac.it
SARDEGNA • Dr CESARE IESU • sardegna@aaroiemac.it
SICILIA • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
TOSCANA • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
UMBRIA • Dr ALVARO CHIANELLA • umbria@aaroiemac.it
VENETO • Dr ATTILIO TERREVOLI • veneto@aaroiemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO • Dr MASSIMO BERTELLI • bolzano@aaroiemac.it
PROVINCIA DI TRENTO • Dr ALBERTO MATTEDI • trento@aaroiemac.it

il nuovo
Anestesista Rianimatore
il nuovo Anestesista Rianimatore

Periodico Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - E.M.A.C.

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
FABIO CRICELLI
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

Direzione e Amministrazione
VIA XX Settembre, 98/E
00187 - Roma
Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733
email: ilnuovoar@aaroiemac.it

Redazione, progetto grafico, realizzazione e stampa
INK PRINT SERVICE s.r.l.
Via Ferrante Imperato, 190
80046 Napoli (Na)

Il giornale è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'AAROI-EMAC

Chiuso in Redazione il
3 DICEMBRE 2015

Tiratura: 10.600 copie
Spedito il
7 Dicembre 2015

Le Organizzazioni sindacali ANAAO ASSOMED - CIMO - AAROI-EMAC - FESMED - ANPO-NUOVA ASCOTI-FIALS MEDICI - FASSID - FP CGIL MEDICI - CISL MEDICI - INTESA SINDACALE - UIL MEDICI - FVM - FIMMG - SUMAI - SNAMI - SMI - FIMP - ANDI - FESPA

Il Comunicato Intersindacale diffuso per la proclamazione ufficiale dello SCIOPERO GENERALE DI 24 ORE MERCOLEDI 16 DICEMBRE 2015

riservandosi di individuare una seconda giornata nella prima data utile e di attivare ulteriori iniziative

Le Organizzazioni sindacali **denunciano**, in maniera unitaria, il grave e perdurante disagio causato ai cittadini da politiche orientate esclusivamente ad una gestione contabile del SSN, con l'unico obiettivo del risparmio economico, sempre meno legate all'obbligo di rispondere ai loro bisogni assistenziali secondo principi di equità, giustizia e sicurezza.

E **stigmatizzano** la mortificazione del ruolo, dell'autonomia e delle responsabilità dei Medici, il cui esercizio professionale di garanzia viene intimidito e limitato da norme e burocrazia, la subalternità del valore del lavoro dei professionisti che operano nel SSN alla logica dei conti, l'assenza di politiche nazionali a favore di una omogenea esigibilità del diritto alla tutela della salute in tutto il Paese.

A Governo e Regioni chiediamo attenzione per la salute dei cittadini e consapevolezza delle pesanti e negative ripercussioni sulle liste di attesa, sull'integrazione ospedale territorio, sulle condizioni di lavoro, sulla qualità e sicurezza delle cure, sulla sperequazione esistente nell'esigibilità del diritto alla salute e nei livelli di tassazione, che derivano da un progressivo impoverimento del servizio pubblico.

E di mettere fine alla intollerabile "caccia alle streghe" che prevede, panacea di ogni problema legato all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sempre e solo sanzioni e multe a carico dei Medici, capri espiatori delle colpe di decisori politici ed amministratori miopi e inadeguati.

Un livello di finanziamento del servizio sanitario inferiore al fabbisogno, e a quanto in precedenza stabilito da Governo

e Regioni, rappresenta l'anticamera di un ulteriore razionamento dei servizi cui concorre un blocco del turn over che, indifferente alla carenza di personale prevista nei prossimi anni, complice la gobba demografica, mette a rischio i livelli minimi di servizio, peggiora le condizioni di lavoro e costringe i giovani ad emigrare o adattarsi ad un precariato stabile.

Mentre la riduzione del costo del personale spinge per il licenziamento dei precari in settori fondamentali, quali il pronto soccorso, la proroga di fatto del blocco di contratti e convenzioni, in atto da 6 anni, e del salario accessorio, aumenta la perdita del potere di acquisto delle retribuzioni, impedisce legittime aspettative di carriera ed il pagamento dei turni notturni e festivi. La persistente assenza di una riforma delle cure primarie, finalizzata a rafforzare la continuità delle cure, accentua l'isolamento dell'ospedale ed il suo ruolo di ammortizzatore sociale.

Mettiamo a disposizione il difficile e gravoso impegno con cui quotidianamente assicuriamo la tutela della salute dei cittadini ed il loro diritto all'applicazione dell'articolo 32 della Costituzione.

PER

- il rilancio di una sanità pubblica unitaria, equa, universalistica, sostenibile;
- una riforma delle cure primarie che sia rispettosa del valore del lavoro e della dignità dei medici, favorisca l'integrazione del territorio con l'ospedale e un concreto rilancio della prevenzione;

- un ospedale sicuro, a tutela della salute dei cittadini e della serenità degli operatori, anche attraverso uno specifico provvedimento legislativo;
- il lavoro professionale interno al servizio sanitario come strumento di innovazione, di governo, di efficienza, di riduzione degli sprechi;
- il futuro dei giovani e dell'investimento formativo a beneficio del Paese;
- un nuovo modello gestionale dei servizi sanitari che concretamente coinvolga i professionisti rispettandone l'autonomia, la responsabilità e le competenze insieme con i valori etici e deontologici.

CONTRO

- il definanziamento progressivo, che taglia servizi e personale e riduce l'accesso alle cure;
- un federalismo inappropriato, che ha fatto la sanità a pezzi;
- la proroga del blocco dei contratti di lavoro e delle convenzioni, prevista dalla legge di stabilità sotto le mentite spoglie di un finto finanziamento;
- il blocco del turnover, che lascia al palo le speranze dei giovani e dei precari;
- l'uso intensivo del lavoro professionale e l'abuso dei contratti atipici che eludono gli obblighi previdenziali e riducono la sicurezza delle cure;
- la varietà di leggi e norme che impediscono al Medico il libero esercizio delle sue funzioni lasciandolo alle prese di una burocrazia sempre più invadente ed oppressiva che sottrae spazio all'attività clinica.

L'AAROI-EMAC fa molto per tutti gli Iscritti, aiutiamola tutti a fare di più!

Sullo sciopero, alle motivazioni dell'Intersindacale se ne sono aggiunte altre due, ultime arrivate a poche ore dal Comunicato Stampa sopra riportato: la prima è una pensata di Poletti (Ministro del lavoro e delle politiche sociali), per il quale i medici non devono avere orari, ma essere a disposizione totale delle Amministrazioni; la seconda è il prosieguo, con l'avallo della Cassazione, del vergognoso cammino del Governo Renzi verso la privatizzazione del SSN e dei suoi dipendenti. Questo è quanto ha stabilito la Sez. Civile Sez. I della Suprema Corte, nella Sentenza 24157/2015, dove si precisa che l'art. 18 della Legge 300/1970, per espressa disposizione del D.Lgs. 165/2001, si applica anche al pubblico impiego "contrattualizzato", tranne che agli universitari e ai magistrati. Le caste, come al solito, sono salve. Al momento in cui scriviamo, il Ministro della PA Madia si affretta a precisare che così non sarebbe. Altri due dei tanti rebus giuridico-legislativi in essere, ma soprattutto altri due ottimi motivi per scioperare tutti contro ogni balletto delle Istituzioni a nostro danno.

La Legge di Stabilità penalizza la Sanità

Tra tagli e accorpamento Università-ASL la Manovra non piace

Continua l'iter della Legge di Stabilità, che nel suo procedere alimenta le proteste dei Sindacati Medici. A partire dal finanziamento disposto per i contratti, che ha suscitato l'immediata reazione della COSMED: "Dopo 6 anni di blocco contrattuale il governo finanzia il prossimo contratto con un aumento di 200 milioni di euro per il 2016, essendo i dipendenti pubblici 2 milioni si tratta di un aumento medio pro capite di 100 euro lordi annui ovvero meno di 8 euro mensili lordi...

Contemporaneamente - prosegue la nota COSMED - però dal 1 gennaio 2016 il salario di risultato per i dirigenti sarà ridotto del 10%. Si tratta di una ulteriore decurtazione immediata assai maggiore dei futuri aumenti ipotizzati. Sul piano occupazio-

nale i tagli proposti sono brutali: la spesa per il personale si deve ridurre nel 2016 del 10% rispetto al 2015 con un turnover massimo del 40%, il 50% dei posti vacanti viene cancellato dalla dotazione organica. Il fondo per il SSN previsto dal patto della salute è ridotto di 2,5 miliardi dopo che in questi anni sono stati tagliati 32 miliardi. Si dimentica che il SSN è la più grande azienda del paese e concorre al 10 % del PIL".

Sul finanziamento previsto per la sanità nella Legge di Stabilità è intervenuta anche la Corte dei Conti in audizione davanti alle Commissioni Bilancio di Camera e Senato lo scorso 3 Novembre: "La Legge di Stabilità dispone la riduzione di oltre 2 miliardi del fabbisogno sanitario nazionale standard per il 2016 - ha sottolineato il Presidente dei Magistrati Contabili, Raffaele Squitieri -. In attesa di conoscere le conseguenti misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa (la cui individuazione è stata rinviata ad una successiva Intesa), va osservato che la riduzione operata, se valutata al netto degli 800 milioni necessari per l'adeguamento delle prestazioni ai nuovi LEA, fa sì che l'incremento delle risorse rispetto al livello 2015 sia solo di 500 milioni".

Altro punto caldo è la norma sull'accorpamento Università-ASL, bocciato in toto dall'Intersindacale della Dirigenza Medica: «La proposta contenuta nella legge di stabilità - si legge nel comunicato diffuso dalle OO.SS. -, divenuta ormai una legge omnibus con relativo attacco alla diligenza, che mira a unificare le Aziende Ospedaliere Universitarie con le Aziende Sanitarie Locali è da bocciare senza appello, in quanto modifica la architettura istituzionale del SSN inaugurando un meccanismo consociativo non previsto dalle leggi istitutive.

Con l'alibi, e il nobile proposito, di ridurre le poltrone, si estende l'influenza delle Facoltà di Medicina su bacini di servizi più vasti, rendendo la sanità pubblica ostaggio degli accordi tra Magnifici e Governatori di turno, in balia dei loro umori. Con pesanti conseguenze anche sull'organizzazione del lavoro e sui costi. A cominciare dal trasferimento dei rilevanti disavanzi delle Aziende Universitarie su strutture che magari hanno i conti in ordine. A legislazione invariata, si tratta di un affare a costo zero per le 43 Facoltà di Medicina che affollano il nostro Paese. Basti ricordare che i pochi posti apicali, ospedalieri e distret-



tuali, sopravvissuti alla cura degli standard, saranno a disposizione di personale universitario cui sia preclusa la carriera accademica. E, alla faccia del rapporto fiduciario, che per le Regioni è un dogma quando si tratta di personale ospedaliero, senza neppure il fastidio di una selezione o di una valutazione della coerenza del curriculum con l'incarico da svolgere. Una intesa verbale è sufficiente per affidare la direzione di strutture assistenziali, e la formazione dei futuri medicibirurghi, anche a chi ha scarsa dimestichezza con le sale operatorie o con la disciplina di attività. Senza dimenticare i "programmi ad personam" che attribuiscono lo stipendio di primario a personale universitario senza le responsabilità connesse alla funzione direttiva. E' per mantenere questo sistema che le Regioni battono cassa al Governo?".

Una contrapposizione netta, quindi, confermata anche a seguito degli emendamenti proposti dalle Regioni alla Legge di Stabilità: "Gli emendamenti presentati dalle Regioni alla Legge di Stabilità confermano un distacco preoccupante dal mondo della vita reale - affermano le OO.SS. in un Comunicato congiunto -, continua l'ossessione di tagliare i fondi contrattuali del personale, addirittura attaccando quelli del periodo biblico 1993, da decurtare del 30%. Ed emerge, attraverso il raddoppio del finanziamento alla SISAC la voglia di premiare le tecnostutture, a scapito, però delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale, cioè di una sanità pubblica in difficoltà.

Curioso che si adoperino a depauperare il Fondo Sanitario nazionale coloro che sono i primi a lamentarsi con il Governo della sua esiguità. Mentre invece, per ridurre i costi, e favorire sinergia e dialettica tra contratti e convenzioni, contribuendo all'armonizzazione funzionale e professionale dei diversi settori del SSN, sarebbe forse più coerente pensare di affidare a chi si occupa già dei contratti dei dipendenti del SSN, anche la rappresentanza per le convenzioni sanitarie".

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

25 Novembre 2015

Un giorno di (stra)ordinaria follia...europea

Scusate, ma l'ora legale è compatibile con il nuovo orario europeo? E se io faccio riposo durante il cambio dell'ora, poi conto un'ora in più o in meno? O faccio la media?

E con l'anno bisestile come la mettiamo? Quelle sei ore a fine anno a chi le regaliamo? E se durante il riposo obbligatorio io non dormo, che succede? L'assicurazione mi viene a cantare la ninna nanna?

È vero che è stata bandita l'espressione "Non vedo l'ora", perché incompatibile con il nuovo conteggio quadrisettimanale in cui l'ora si vede da lontano?

È vero che per qualche effetto della fisica quantistica applicata al contratto, le ore lavorative possono durare anche 85 minuti (quando finiscono presto) e quelle di riposo 35?

...continua...

Anestesisti Rianimatori in Piazza

Le immagini della manifestazione del 28 Novembre a Roma. L'AAROI-EMAC oltre che con una grande partecipazione è stata presente anche sul palco attraverso il nuovo video dell'Associazione, disponibile sul sito www.aaroiemac.it, l'intervento del Dr Matteo Nicolini (Sez. Reg. AAROI-EMAC Emilia-Romagna) e la lettura di un testo del Blog <https://nessunodicelibera.wordpress.com>



Foto di Domenico Minniti

#AAROI-EMACsimobilitaetu?



Oltre 300 Medici riuniti per gli Stati Generali

Il 21 Novembre a Roma il Convegno della FNOMCeO e delle OO.SS. Mediche



Roma 21 Ottobre 2015, ore 9,30: Roberta Chersevani Presidente FNOMCeO apre ufficialmente gli Stati Generali della Professione Medica. I primi dopo un numero imprecisato di anni, come la stessa Chersevani ha affermato all'inizio del suo discorso. Una frase per sottolineare il valore dell'incontro che ha riunito oltre 300 Medici tra rappresentanti di Organizzazioni Sindacali, Società Scientifiche, Associazioni insieme a esperti di politica sanitaria, politici, rappresentanti del Parlamento.

Un momento importante, che ha fatto il punto della situazione, e che è servito anche per preparare la mobilitazione generale a tutela della sanità italiana, svoltasi il 28 Novembre, sotto il comune invito: **#iomimobilitoetu** !

L'AAROI-EMAC ha aderito agli Stati Generali Generali con la partecipazione di gran parte dei suoi Ruoli Direttivi Nazionali, come prodromo



Roberta Chersevani, Presidente FNOMCeO

alla Manifestazione del 28 Novembre e allo sciopero del 16 Dicembre. Al dibattito ha partecipato il Presidente Nazionale AAROI-EMAC. Di seguito il testo dell'intervento: "È oggi un appuntamento importante per tutti i Medici, di qualunque categoria - convenzionati, dipendenti, liberi professionisti - finalmente riuniti sotto l'egida professionale comune della FNOMCeO, che si è resa promotrice di un evento non solo di protesta, ma anche e soprattutto di proposte concrete e collaborative verso l'obiettivo comune di ripensare in modo costruttivo e regolato il SSN, a garanzia di un'offerta di salute ai cittadini adeguata ai loro bisogni.

Proposte che invece non hanno la stessa concretezza e la stessa collaborazione allorquando provengono dalla politica, la quale non riesce a far altro che chiedere ai medici la disponibilità a non opporre resistenze verso le ambizioni di altre categorie.

Nessun medico, oggi, si sente in diritto o in dovere di salire sulle barricate contro altre professioni, ma in modo altrettanto convinto nemmeno può fingere di non accorgersi che in molti ospedali la remunerazione economica delle progressioni di carriera di alcuni dirigenti delle professioni sanitarie non mediche viene effettuata attingendo in modo più o meno artificioso agli ormai scarni fondi contrattuali dei medici, così come alcuni dirigenti amministrativi vengono "premiati"



L'AAROI-EMAC agli Stati Generali

attraverso la remunerazione di "progetti" di fantasiosa denominazione, finanziati con i proventi della libera professione dei medici.

Gli Anestesisti Rianimatori italiani, che l'AAROI-EMAC rappresenta come categoria in massima parte monospecialistica, quindi fortemente caratterizzata nelle sue competenze e nelle sue prerogative professionali, non sono disponibili a fungere da sportelli bancomat per altre categorie di lavoratori.

Sono invece disponibili a collaborare con tutti i decisori politici, oltre che con tutti gli altri professionisti che lavorano al loro fianco nelle sale operatorie, nelle rianimazioni, e in tutte le altre unità operative presso le quali prestano la loro opera, affinché ciascuna professione sanitaria, medica e non medica, non solo mantenga la dignità che le spetta, ma possa anche accrescerla, purché nel pieno rispetto di quella altrui, che oggi non pare essere.

Non siamo contro le professioni sanitarie, siamo contro un'esigua minoranza di dirigenti delle professioni sanitarie che non intende abbandonare il sempre malcelato obiettivo di sfruttare il lavoro

dei professionisti sanitari non medici che prestano assistenza al paziente al nostro fianco, sul campo, quotidianamente, per arroccarsi dietro ad una scrivania, all'interno di ovattati uffici amministrativi.

Il tutto nel momento in cui, a fronte di un impellente scadenza, rappresentata dal 25 Novembre prossimo venturo, quando diverrà inevitabile per gli ospedali italiani riconoscere ai loro medici il diritto a turni di lavoro "europei", continuano ad esserci imposte turnazioni insostenibili, nel silenzio assordante delle amministrazioni".



Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC

A conclusione dell'incontro sono stati approvati 10 punti per progettare il futuro del SSN:

NO al sottofinanziamento che porta allo smantellamento del SSN ed al razionamento dei servizi al cittadino

NO alla Professione governata per decreti ed a protocolli di Stato suggeriti da chi è lontano dalla relazione quotidiana con le persone

NO agli obblighi amministrativi che tolgono tempo alla relazione di cura

NO a una formazione che non si confronta con i bisogni di salute

NO a una politica ostile al medico e poco attenta alla sicurezza delle cure

SÌ a una Professione libera di curare in un SSN che offra equità e pari opportunità di accesso

SÌ a una formazione finalizzata ai bisogni di cura e a una coerenza tra accesso allo studio, al lavoro e al ricambio generazionale

SÌ a una informatizzazione che offra anche occasioni di conoscenza dei bisogni di salute

SÌ alla verifica, tra pari, dei comportamenti professionali ed alla meritocrazia

SÌ ai medici con e per le Persone.

Foto FNOMCeO

È ora di far valere tutta la nostra forza

Il Medico è in una condizione critica come interfaccia tra Sistema e Utente

Nella attuale organizzazione della sanità in cui la gestione economica sovrasta la gestione clinica, il Medico si trova in una condizione di grande criticità in quanto rappresenta l'interfaccia tra Sistema e Utente, è quindi costretto da un lato ad ottemperare a direttive che provengono dai gestori del sistema (Economisti, Avvocati, Esperti di Sistemi, Ragionieri etc., raramente Medici) dall'altro a dare risposte cliniche ad una domanda di sanità reale e non numericamente virtuale.

Il Medico è costretto a muoversi in un'area ad alto rischio di contenzioso, perché la responsabilità di cura è solo del Medico, che dovrebbe e dovrà scegliere tra appropriatezza amministrativa e indicazione clinica. Quando un esame o una procedura clinica non effettuata perché a rischio di essere inappropriata porteranno ad un danno per l'Utente l'unico responsabile sarà il Medico. E tutto ciò perché dicono che le prestazioni non appropriate sono la maggior causa di spreco di risorse! Perciò, è qui che bisogna intervenire. L'azione sul risparmio delle risorse viene focalizzata sull'utenza, che vedrà limitato l'accesso ai servizi, e sui Medici, considerati come produttori di spesa ed esauriti dalla libertà di prescrizione, che potrebbero essere sottoposti a sanzioni. Le attività e le decisioni cliniche prese al fine di curare adeguatamente i Pazienti rischiano quindi di essere considerate sprechi!

Poca o nessuna enfasi viene data agli sprechi amministrativi: le gare, gli appalti, le consulenze, il numero di Amministrativi pleorico in un'era in cui con l'aiuto del computer le risorse umane potrebbero essere limitatissime, e ancora le cattedrali nel deserto, come Ospedali interi e reparti ultimati o ancora da ultimare di cui non si sa la destinazione e che potrebbero non essere mai utilizzati. Sono state diffuse cifre impressionanti causate dalle inappro-

prietezze cliniche, ma si sono mai fatti i conti in cifre del danno derivante dalle inapproprietezze amministrative? Inappropriatezza clinica significa erogare una prestazione in più, magari non dovuta ma a vantaggio del Paziente, ma chi trae vantaggio dalla inapproprietezza amministrativa?



Si colpiscono i Pazienti e coloro che in prima persona fanno Sanità, ma non alzando un dito verso quello che è il vero spreco per la Sanità: la cattiva e a volte non lecita gestione amministrativa.

Una delle componenti, forse la maggiore, della costellazione di concause che ha portato a questa situazione è la perdita di autorevolezza della categoria medica, divisa da interessi interni contrapposti, e che a volte ha fatto basso mercato, non solo economico, di se stessa. Risalire la china sarà difficile se non impossibile, ma bisogna tentare.

Trovare unione tra tutte le componenti e passare ai si-

stemi di protesta più estremi consentiti oggi è, credo, l'unica soluzione, facendo valere con tutta la forza che abbiamo, o meglio che ci rimane. Le ragioni non sono solo le nostre, ma anche di tutti quei pazienti che si vedranno privati di qualcosa che negli anni avevano acquisito: la tutela della salute. Ma tutto questo potrà attuarsi solo se vertici e base agiranno in sintonia.

È tutta la classe medica che deve reagire pena la totale perdita della peculiarità del rapporto con il Paziente, con il rischio di essere ridotta a mera esecutrice di protocolli e direttive decise in asettiche stanze esclusive senza il contatto con malati e malattie, con buona pace per la mission medica.

Cominciamo noi Anestesisti Rianimatori (siamo stati per queste cose sempre un passo avanti rispetto agli altri, ci hanno accusato per questo di essere corporativisti, ma se corporativismo significa difendere una corretta interpretazione della professione finalizzata al bene del paziente ben venga il corporativismo!) col cercare unità e condivisione tra noi e con le Istituzioni (Ospedali, Sindacato, Società scientifiche, e altre Associazioni riferenti alla nostra specialità), ma soprattutto alla base, evitando sterili ed infantili contrapposizioni generazionali, e vedendo nel Collega non un avversario o peggio un nemico, ma un compagno che ti può aiutare quando ti trovi in difficoltà e che potrai aiutare quando si troverà lui in difficoltà. I nemici stanno altrove, sono chiusi negli Uffici "dei piani alti", a trovare sistemi di strategia economica che portino alla quadratura del cerchio agendo sulla gestione clinica, e scalando solo di striscio la gestione amministrativa.

Francesco Sgalambro
Istituto Oncologico del Mediterraneo
Viagrande (Catania)

Responsabilità Medica in Équipe

Il Capo Équipe: si torna alla subordinazione dell'Anestesista-Rianimatore al Chirurgo?

La recente sentenza della IV Sezione Penale della Corte di Cassazione n. 33329 del 28 luglio 2015 ha riaperto l'antica questione sulle funzioni del così detto "Capo Équipe", normalmente individuato nella persona del primo chirurgo.

Il caso riguardava il decesso di una donna sottoposta ad intervento per ascesso peritonillare nel quale si verificava la mancata intubazione tracheale a causa verosimilmente dell'edema imponente. Il medico anestesista aveva proceduto a intubazione con l'uso dei miorilassanti e, nella sentenza di condanna, veniva coinvolto anche il chirurgo otorinolaringoiatra perché, pur essendosi accorto che la tecnica della mio-risoluzione era pericolosa, nulla aveva fatto per impedirla.

(Per chi volesse approfondire ecco il link della sentenza: www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=790133.pdf).

Tutti noi sappiamo che esiste un principio generico di sorveglianza reciproca per cui qualsiasi medico che si trovi

in presenza di scelte manifestamente errate in base al comune sapere, ha l'obbligo di attivarsi e intervenire in favore del paziente.

Tuttavia il parere giuridico che all'interno della équipe chirurgica ci sia un così detto "Capo Équipe", ancora una volta ha dato luogo a dubbi e proteste tra gli specialisti di Anestesia e Rianimazione, dato che un rapporto di subordinazione con il primo chirurgo stravolgerebbe di fatto la nostra funzione. Infatti, la specialità di Anestesia e Rianimazione è separata dalle altre branche chirurgiche proprio per consentire allo specialista di Anestesia di effettuare scelte, nell'interesse della sicurezza del paziente, che esulano da quelle inerenti il mero atto chirurgico.

Associazione Obiettivo Responsabilità, che ha l'obiettivo culturale di approfondire il tema della responsabilità sia professionale che organizzativa in ambito sanitario e a cui partecipano esponenti di diverse discipline e rappresentanti dei

diritti del malato (www.obiettivoresponsabilita.it), ha quindi ricevuto da più parti sollecitazioni a trattare il tema del Capo Équipe. Dopo discussione si è affidata la questione a Vincenzo Castiglione, consigliere dell'Associazione ed esimio magistrato, che ha scritto una approfondita disamina che ho il piacere di proporvi.

Nessuna subordinazione, come vedrete, tra le diverse specialità, ma un obbligo di coordinamento da parte del Capo Équipe a favore della sicurezza e della salute del paziente. Penso che la lettura di questo scritto di Vincenzo Castiglione possa esserci di aiuto nel chiarire quali sono i nostri doveri di sorveglianza e possa inoltre aiutare a migliorare sia la sicurezza del paziente che l'armonia stessa della équipe chirurgica.

Dr Paolo Gregorini

Del. Scientifico Sez. Reg. AAROI-EMAC Emilia-Romagna
Presidente Associazione Obiettivo Responsabilità

Le considerazioni del Magistrato

La Sentenza ha riaperto l'antica questione sulle funzioni del cosiddetto "Capo Équipe", e ha dato luogo a dubbi e proteste tra gli Specialisti in Anestesia e Rianimazione.

Sulla questione si propone il parere di Vincenzo Castiglione, Magistrato e Consigliere dell'Associazione Obiettivo Responsabilità.

A) PREMESSE

La settorializzazione e la specializzazione delle professionalità sanitarie hanno profondamente inciso sulle modalità di svolgimento dell'attività medica, soprattutto quella chirurgica, che ormai ordinariamente si svolge in forma multidisciplinare, attraverso la partecipazione e la convergenza dell'attività di più professionisti, ciascuno investito delle competenze proprie della materia in cui è specialista. L'attività in équipe, come è noto, risponde alla logica della divisione del lavoro e l'obbligo di garanzia gravante su ciascun sanitario, è un obbligo diviso: ciascun professionista deve proteggere il paziente in proporzione e nei limiti del rispetto delle *leges artis*, che disciplinano le proprie mansioni.

Questa prassi, per quanto finalizzata alla migliore riuscita dell'intervento, fa tuttavia insorgere delicate questioni in ordine ai criteri di attribuzione della responsabilità penale all'interno dell'équipe. Si pone principalmente il problema di stabilire se ciascun medico, oltre al rispetto delle regole proprie del suo ambito di competenza e specializzazione, sia tenuto ad osservare anche un più ampio e generale obbligo cautelare, avente ad oggetto il controllo e la vigilanza

dell'altrui operato e, conseguentemente, risponde di eventuali comportamenti colposi, riferibili ad altri componenti dell'équipe che abbiano causato o contribuito a causare l'evento lesivo.

Orbene, dottrina e giurisprudenza (cfr. tra le altre: Cass. Sez. pen. IV 24 gennaio 2005, n.18548; Cass. Sez. pen. IV 6 aprile 2005, n.22579 ed altre) concordano nel ritenere che la regola ordinaria cui i componenti dell'équipe devono ispirare la loro condotta è quella dell'affidamento, in base al quale ciascun partecipante deve riporre fiducia nel corretto adempimento da parte degli altri componenti dei compiti di loro spettanza, dedicandosi da parte sua all'esecuzione della propria prestazione e di questa sola assumendosi la responsabilità.

La Corte di Cassazione, al proposito, ha affermato il principio, in forza del quale *"in tema di responsabilità colposa nella attività di équipe, implicante la partecipazione di più soggetti secondo una divisione di competenze e con obblighi diversi, deve operare il fondamentale "principio" di affidamento, finalizzato a temperare il principio di responsabilità personale con la specializzazione e la divisione dei compiti. Alla base di questo principio vi è la considerazione che ogni consociato può confidare che ciascuno si comporti adottando le regole precauzionali normalmente riferibili al modello di agente proprio dell'attività che, di volta in volta, viene in questione. Cosicché, proprio invocando il principio dell'affidamento, il soggetto titolare di una posizione di garanzia, come tale giuridicamente tenuto ad impedire la verifica di un evento dannoso, può andare esente da responsabilità quando questo possa ricondursi alla condotta esclusiva di altri, (con)titolare di una posizione di garanzia, sulla correttezza del cui operato il primo abbia fatto legittimo affidamento. L'ipotesi tipica in cui può trovare applicazione il principio è proprio quello della responsabilità professionale del medico, specialmente nel caso di interventi in équipe, laddove la divisione delle responsabilità, proprio in ragione del richiamato principio, è dovuta alla necessità di consentire che ciascuno si concentri sul proprio lavoro, confidando sulla professionalità degli altri, della cui condotta colposa, poi, non può essere chiamato di norma a rispondere"* (Cass. Sez. IV pen. 26 gennaio 2010, n.3365).

Un siffatto canone di ripartizione degli obblighi e delle connesse responsabilità risponde ad esigenze pratiche



evidenti. Ed, invero, se il dovere di diligenza incombente su ciascun membro dell'équipe dovesse estendersi sino a comprendere la prevenzione dell'altrui negligenza, il fatto stesso della cooperazione fra più soggetti, invece di semplificare e rendere più sicura l'attività di gruppo, si convertirebbe in un fattore di ostacolo ed intralcio al suo svolgimento. Il principio di affidamento consente invece al singolo sanitario, che partecipa all'attività curativa in équipe - diagnostica e terapeutica - di dedicarsi, con la dovuta esclusività e concentrazione, ai compiti specifici di sua competenza e di adempierli al meglio, libero dalla costante preoccupazione di controllare l'operato altrui. D'altro canto, pretendere un pedissequo e meticoloso controllo sull'altrui operato, finalizzato alla prevenzione o al rimedio delle negligenze altrui, farebbe sì che questi sarebbe continuamente distolto dalla attuazione dei propri doveri, cui non potrebbe attendere con la dovuta diligenza, non senza voler trascurare il fatto che negare cittadinanza al diritto di affidamento significherebbe sempre affermare la responsabilità del sanitario membro dell'équipe per il solo fatto della sua partecipazione all'intervento, con buona pace del fondamentale principio della personalità della responsabilità penale.

In linea generale, quindi, la determinazione della concreta regola di diligenza che ciascun membro dell'équipe deve osservare è condizionata dall'operatività del principio di affidamento, in forza del quale ogni sanitario non è tenuto a regolare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, ben potendo fare affidamento sulla circostanza che gli altri agiscano lecitamente, ossia osservando gli obblighi di diligenza su di loro incombenti (F. Albergiani: I reati di agevolazione colposa, Giuffrè ed., Milano 1984, pag. 152; E. Belfiore: Profili penali dell'attività medico-chirurgica in équipe, in Arch. Pen., 1986, pag. 294 e ss).

L'operatività del principio in esame, però, non è incondizionata, ma subisce incisivi tempe-

ramenti che si giustificano in ragione della finalità verso cui è proiettato il trattamento terapeutico, ossia la salvaguardia del bene primario della salute del paziente, il quale impone un penetrante coordinamento fra tutte le attività del personale medico e paramedico coinvolto nell'intervento ed una convergenza degli obblighi divisi nella direzione della buona riuscita dell'intervento.

Tali temperamenti vengono tradizionalmente ravvisati, per un verso, laddove sussista una struttura gerarchicamente organizzata, nella posizione apicale del c.d. capo équipe, il quale risulta funzionalmente investito di un obbligo collaterale di vigilanza, coordinamento e direzione dell'attività dei propri collaboratori; per converso, nell'esistenza di una situazione di fatto che possa inficiare l'originaria aspettativa di un altrui comportamento conforme ai doveri di diligenza, prudenza e perizia, come avviene nell'ipotesi in cui, a causa dell'altrui condotta colposa, è già esistente una situazione di pericolo per il paziente, ovvero vi è ragione di temere che essa si verifichi a causa delle concrete circostanze, percepite o percepibili dall'agente. In queste ipotesi, vengono meno le limitazioni al dovere di diligenza indotte dal principio di affidamento: su ognuno dei medici, che ha in cura il paziente, incomberà non solo l'obbligo di eseguire con diligenza e perizia i propri compiti specifici, ma anche l'obbligo di prevenire e neutralizzare l'altrui comportamento inosservante delle *leges artis*; con la conseguenza che, in caso di mancato o scorretto adempimento di questo ulteriore dovere cautelare, è configurabile una responsabilità penale di tipo concorsuale per l'evento verificatosi.

In ogni caso, il dovere secondario di controllo non scalfisce il principio della divisione del lavoro, né tantomeno comporta la trasformazione di un dovere diviso in un dovere comune in quanto lo stesso si caratterizza per l'eccezionalità e la limitazione dei presupposti che lo attivano.

Continua a pagina 11



Disamina delle disposizioni normative e contrattuali sugli Orari di Lavoro “europei” dei Medici italiani

Documento condiviso e approvato dal Consiglio Nazionale dell'AAROI-EMAC per fornire una lettura oggettiva delle norme in vigore dal 25 Novembre

Alla regolamentazione sugli orari di lavoro e sui riposi, conseguente all'applicazione della normativa europea, obbligatoria a far data dal 25 Novembre 2015 per tutti gli Stati membri dell'Unione Europea, per effetto della Legge 161/2014, sono interessati tutti i medici ospedalieri dipendenti pubblici e privati.

Orari di lavoro e riposi adeguati sono condizioni necessarie per la sicurezza dei medici e dei cittadini.

Tuttavia, non meno interessati alla questione dovrebbero essere tutti i Decisori Politici, la gran parte dei quali invece appare preoccupata solo di derogare alla normativa, aggirandola come parrebbe essere già stato richiesto dalle Regioni con un decreto legislativo di deroga calato dall'alto; parimenti interessati dovrebbero essere tutti gli Amministratori delle Strutture Sanitarie del SSN, in primis quelle pubbliche, i quali, gravati ora dal rischio di essere sanzionati ogni qualvolta non rispettino la normativa comunitaria, sono invece ridotti a sperare nelle deroghe.

Essendo da sempre le turnazioni di lavoro dei medici ospedalieri (in particolare quelle degli Anestesisti Rianimatori e dei Collegi dell'Emergenza e dell'Area Critica) sufficientemente uniformi su tutto il territorio nazionale per quanto attiene alle fasce orarie giornaliere di copertura delle loro attività professionali, ci sarebbe stato tutto il tempo, nell'anno inutilmente trascorso dall'emanazione della Legge 161/2014, per riorganizzare i servizi ospedalieri del SSN, anche con l'obiettivo di risolvere le innumerevoli e disomogenee derive decentralizzate, che come noto sono anche alla base dello stato di agitazione dei medici in corso in questi giorni.

Al momento, stante l'assenza assoluta di qualsiasi intervento normativo al riguardo, la situazione è la seguente.

Nessuna indicazione realmente operativa è mai stata emanata dalle Istituzioni competenti in modo organico e uniforme a livello nazionale.

Le eventuali emanazioni di “regole regionali” che fossero in contrasto con la normativa di riferimento, nel migliore dei casi altro non sarebbero che maldestri tentativi di porre rimedio a tale carenza, nel peggiore si configurerebbero come una deliberata volontà di perpetrare all'infinito le illecità alla base della procedura di infrazione dell'UE aperta nei confronti dell'Italia, al momento sospesa solo grazie all'emanazione della Legge 161/2014.

Ecco perché eventuali provvedimenti legislativi d'urgenza finalizzati a procrastinare l'entrata in vigore ricostituirebbero la ripresa di tale procedura di infrazione: in buona sostanza, per evitare di investire risorse in personale, l'Italia rischierebbe di gettare al vento buona parte di queste risorse pagando sanzioni economiche senza nulla risolvere.

Questo sarebbe uno spreco ben più scandaloso di quelli che le Istituzioni affermano di voler combattere nel SSN.

Un altro rischio da non sottovalutare, per il Governo, è l'emanazione dall'alto di decreti legislativi derogatori alla normativa comunitaria su richiesta unilaterale delle Regioni, in quanto tale emanazione, benché prevista dal D.Lgs 66/2003, non solo si paleserebbe come un disconoscimento delle trattative sindacali nazionali, ma potrebbe essere anch'essa all'attenzione della Corte di Giustizia UE, o in altra sede giurisdizionale.

Alle Istituzioni Nazionali spettava provvedere per tempo alle necessarie indicazioni nel merito dell'applicazione della Legge, mentre quelle Regionali e Aziendali dovevano applicarla uniformemente su tutto il territorio nazionale.

Quest'obiettivo, in assenza di assunzioni di nuovo personale, appare oggi una chimera, perché in pochi giorni il lavoro dei medici dovrebbe essere riorganizzato in modo completamente

diverso rispetto a come finora si è fatto. Ma questo è un problema la cui responsabilità non può essere scaricata sulle Organizzazioni Sindacali, che chiedono invece di esporre le loro ragioni e contrattare le soluzioni.

Quest'informativa si propone di indicare da un punto di vista non solo sindacale i principi basilari da rispettarsi in tema di orari di lavoro e di riposi giornalieri, sulla base della normativa legislativa e contrattuale vigente a seguito della Legge 162/2014, cogente a far data dal 25 Novembre 2015.

Il suo obiettivo è quello di essere, a partire dal principio generale rappresentato dal rispetto dei diritti e dei doveri di tutti i soggetti interessati, uno strumento di disamina.

Non può essere trascurato, però, almeno un accenno alle strategie che deve darsi un Sindacato che sia veramente tale.

Un Sindacato, per procedere a testa alta nel suo mandato, deve adeguare le proprie azioni a tutela dei legittimi interessi dei propri Iscritti, sostenendoli nelle legittime rivendicazioni economiche, ma sempre nel pieno rispetto delle normative legislative e contrattuali vigenti, vigilando affinché quelle legislative emanande tengano in adeguato conto una adeguata organizzazione del lavoro nelle realtà del SSN senza calpestare ulteriormente la contrattazione collettiva nazionale.

Non è pensabile che il Sindacato tolleri, avalli, o ancor peggio solleciti forzature nell'interpretazione delle normative di legge e di contratto, né tantomeno loro illegittime prassi applicative, altrimenti si verificherebbe una totale “deregulation”, con tutte le connesse conseguenze in termini di soppressione di diritti.

Tanti, troppi nostri Collegi sono stati quasi costretti ad accettare di dover oltrepassare ogni limite previsto dagli istituti contrattuali finalizzati a retribuire l'orario di lavoro aggiuntivo a quello contrattualmente dovuto; l'applicazione di tali istituti, va ricordato, avrebbe dovuto realizzarsi in relazione ad una straordinarietà e provvisorietà temporale legata a carenze delle dotazioni organiche di personale. Invece, nel tempo, se ne sono cronizzate diverse distorsioni di computo, sperequazioni distributive, con abusi che hanno finito per avallare addirittura i blocchi del turn-over.

I nostri Collegi, con grande senso di responsabilità, hanno consentito di garantire, pur con le sempre più scarse risorse di organico, l'erogazione di servizi indispensabili per i cittadini, evitando, nel contempo, il collasso del sistema.

Ma un Sindacato non può essere ridotto ad una foglia di fico per chi ha finora visto le carenze di personale del SSN come una situazione da procrastinarsi all'infinito, né prestarsi a sostenere il dovere, o addirittura il diritto, di lavorare no-stop, a danno del futuro dei giovani Collegi precari, sfruttati da contratti atipici, quando non addirittura soggetti a capolarati di vario genere e specie.

Ecco perché resta fermo l'impegno a favore della necessità di garantire che i nostri giovani Collegi abbiano accesso al lavoro attraverso il CCNL, e non elemosinando contratti atipici aberranti, o rincorrendolo con l'emigrazione in zone del nostro paese meno soggette a potentati locali.

Un sogno? Solo il tempo potrà appurarlo. Intanto, per la scrivente Presidenza, la sostenibilità del SSN dipende anche dal rispetto reciproco tra lavoratori contrattualizzati con CCNL e giovani Collegi, oltre che, tra lavoratori e parte datoriale, delle leggi, e dal contrasto comune all'esistenza di “zone franche” che pretendano di porsene al di fuori.

Questa è un'occasione unica per mettere le Regioni in condizione di ripristinare un SSN equo e sostenibile in tutto il ter-

ritorio nazionale, e a risolvere tutte le situazioni di squilibri, inefficienze, sprechi a danno di tutti i Cittadini.

Gli esiti dell'incontro tra OOSS e ARAN del 10 Novembre 2015, causa un approccio iniziale ARAN condizionato dalla parte governativa statale e (soprattutto) regionale, hanno cambiato le carte in tavola: ai Sindacati è stato chiesto di condividere con le Istituzioni di Governo del SSN la responsabilità di un SSN allo sbando.

L'AAROI-EMAC, ivi rappresentata dal sottoscritto, accompagnato dal Vice Presidente Dr Fabio Cricelli, è riuscita ad ottenere un risultato non da poco, ribaltando, almeno per ora, una partita che si profilava sempre più pericolosa, con la condivisione di tutti i Sindacati (in particolare dell'area medica) su una regola di metodo: alle Istituzioni di Governo spetta dire per prime la loro, ai Sindacati spetta invece (eventualmente) contestarne il merito in sede di trattativa, e ad entrambe ricercare un accordo nel rispetto delle norme di legge e di contratto.

Al momento, appare sempre più consistente l'ipotesi di una proroga dell'entrata in vigore della 161/2014, il che (unico fatto positivo in questo strano Paese) darebbe qualche tempo in più per riorganizzare il sistema.

Le articolazioni periferiche regionali e aziendali dell'AAROI-EMAC restano pertanto NON autorizzate ad agire in autonomia, sia per quanto riguarda la diffusione di interpretazioni della normativa, sia per quanto riguarda regole applicative della stessa ai loro rispettivi livelli di relazioni sindacali. Qualora l'avessero fatto in precedenza alla presente Informativa, e/o lo facessero successivamente, la responsabilità è di chi firma o concorda eventuali regolamentazioni decentralizzate, che al momento, qualunque ne sia il contenuto, sarebbero illegittime, ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs 66/2003.

Intendiamo far sì che la responsabilità nei casi di ipotesi di mancato rispetto della normativa spetti non ai medici, ma alle Istituzioni.

Per quanto riguarda i dubbi interpretativi legati a talune disposizioni normative, essi possono e devono essere affrontati, nell'attuale quadro legislativo e contrattuale, in base alla lettura del combinato disposto dalle norme di riferimento. Alle Organizzazioni Sindacali, in questa fase, spetta conoscere a fondo ed esattamente tali norme, ed informarne anche in dettaglio gli interessati.

A tutela di coloro i quali le Aziende tentassero di coinvolgere in tali responsabilità (i Primari o loro incaricati di redazione turni) stiamo approntando un format di sgravio di tale responsabilità da inviarsi, a libera scelta individuale, alle Direzioni aziendali.

A tutela di tutti i Collegi che non intendano soccombere a quantitativi orari di lavoro straordinario (compreso quello svolto durante la reperibilità lavorata) stiamo approntando format di comunicazione all'Azienda, sempre a libera scelta individuale, per il diritto contrattuale al recupero orario di tale lavoro in luogo della sua remunerazione.

A tutela del diritto alle ferie, stiamo approntando format di comunicazione all'Azienda al fine di ribadire che tale diritto è integralmente irrinunciabile nei termini previsti dalla Costituzione e dalle norme di legge, considerata la possibilità che il tentativo di negare questo diritto venga posto in atto giustificandolo con la necessità di garantire i servizi.

Per quanto riguarda gli eventuali timori nell'ambito assistenziale, si rimanda all'ultima pagina della presente informativa.

Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale

Per un approfondimento tecnico sulla materia, nelle pagine seguenti si riporta la disamina normativa curata dalla Presidenza, e condivisa nelle sue parti principali all'interno del Consiglio Nazionale dell'AAROI-EMAC il 07 Novembre scorso; tale disamina è da intendersi espositiva dell'attuale quadro normativo e giuridico, con l'espressa precisazione che si tratta di una “fotografia” scattata alla data odierna, e fatta salva l'eventualità di involontari refusi

LE VARIAZIONI LEGISLATIVE INTRODOTTE IN ITALIA DALLA LEGGE 161/2014

La Legge 30 Ottobre 2014, n. 161 - “Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis”, all'articolo 14 recita: “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”.

Di seguito vengono riportati (barrati) i contenuti degli articoli abrogati.

13. Al personale delle aree dirigenziali degli

Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66. La contrattazione collettiva definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche.

(Testo abrogato del comma 13 dell'articolo 41 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133)

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 dei lavoratori.

(Testo abrogato del comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, come dalla legge Finanziaria 2008)

Di seguito vengono riportati i contenuti degli articoli del D.Lgs 66/2003 che dal 25 Novembre 2015 riprendono pieno ripristino per i Medici italiani con rapporto di lavoro dipendente pubblico e privato.

Art. 4 D.Lgs 66/2003

Durata massima dell'orario di lavoro

1. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono la durata massima settimanale dell'orario di lavoro. 2. La durata media dell'orario di lavoro non può in ogni caso superare, per ogni periodo di sette giorni, le quarantotto ore, comprese le ore di lavoro straordinario.

3. Ai fini della disposizione di cui al comma 2, la durata media dell'orario di lavoro deve essere calcolata con riferimento a un periodo non superiore a quattro mesi.

4. I contratti collettivi di lavoro possono in ogni caso elevare il limite di cui al comma 3 fino a sei mesi ovvero fino a dodici mesi a fronte di ragioni obiettive,

tecniche o inerenti all'organizzazione del lavoro, specificate negli stessi contratti collettivi.

Art. 7 D.Lgs 66/2003

Riposo giornaliero

1. Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità.

La Legge 161/2014 delega alle Regioni il compito di garantire “la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili sulla base della legislazione vigente” e demanda ai CCNL il compito di disciplinare “le deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso”.

A proposito del suddetto dettato legislativo, si rimarca che “una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili” dovrebbe considerare, anche e soprattutto, i carichi di lavoro effettivi in capo alle diverse équipe delle diverse UUOO composte dai diversi medici specialisti: è anacronistico continuare a consentire che il ricambio conseguente al turn-over, per quanto reso complessivamente inadeguato da ogni ultimo intervento legislativo orientato ad una “spending review” basta sui tagli lineari, non tenga conto delle variazioni organizzative ospedaliere, in primis quelle conseguenti alla riduzione dei posti-letto di UUOO appartenenti ad alcuni settori specialistici, e/o alla de-ospedalizzazione di numerose attività assistenziali.

Ci si augura, infine, che l'applicazione delle norme sugli orari di lavoro e sui riposi “europei” dei Medici italiani, anche ai fini della sostenibilità del SSN, non venga in nessun modo aggirata attraverso un'esacerbazione del già insostenibile fenomeno del precariato mascherato sotto forma di contratti libero-professionali fittizi (compresi quelli esternalizzati a cooperative), che in realtà sono veri e propri rapporti di lavoro dipendente privi di qualunque tutela contrattuale pubblica. Nel SSN, affinché esso sia realmente sostenibile, oltre che equo come le cure che dovrebbe garantire, i Medici devono essere assunti unicamente attraverso le regole concorsuali vigenti, nel pieno ed incondizionato rispetto della contrattazione collettiva di lavoro.

CONSEGUENZE SUL CCNL

Le norme contrattuali nazionali, e a maggior ragione le quelle regionali ed aziendali non coerenti con le Direttive europee vigenti in materia di orario di lavoro e di riposi perderanno anch'esse di efficacia a partire dal 25 novembre 2015.

A questo punto, vale la pena analizzare (commentandone i passaggi maggiormente significativi) il D.Lgs 66/2003, come reso vigente dalla Legge 161/2014, finora bistrattato – tra l'altro – da altre leggi nazionali, limitatamente agli articoli di interesse per i Medici dipendenti pubblici e privati, al fine di evitare il rischio che ne venga stravolta la dovuta applicazione.

D.Lgs 66/2003

“Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro”

Art. 1

Finalità e definizioni

1. Le disposizioni contenute nel presente decreto, nel dare attuazione organica alla direttiva 93/104/CE del Consiglio, del 23 novembre 1993, così come modificata dalla direttiva 2000/34/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 giugno 2000, sono dirette a regolamentare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, e nel pieno rispetto del ruolo della autonomia negoziale collettiva, i profili di disciplina del rapporto di lavoro connessi alla organizzazione dell'orario di lavoro.

2. Agli effetti delle disposizioni di cui al presente decreto si intende per:

a) “orario di lavoro”: qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni;

b) “periodo di riposo”: qualsiasi periodo che non rientra nell'orario di lavoro;

c) “lavoro straordinario”: è il lavoro prestato oltre l'orario normale di lavoro così come definito all'articolo 3;

d) “periodo notturno”: periodo di almeno sette ore consecutive comprendenti l'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino;

...

f) “lavoro a turni”: qualsiasi metodo di organizzazione del lavoro anche a squadre in base al quale dei lavoratori siano successivamente occupati negli stessi posti di lavoro, secondo un determinato ritmo, compreso il ritmo rotativo, che può essere di tipo continuo o discontinuo, e il quale comporti la necessità per i lavoratori di compiere un lavoro a ore differenti su un periodo determinato di giorni o di settimane;

g) “lavoratore a turni”: qualsiasi lavoratore il cui orario di lavoro sia inserito nel quadro del lavoro a turni; ...

l) “riposo adeguato”: il fatto che i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari, la cui durata e' 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;

m) “contratti collettivi di lavoro”: contratti collettivi stipulati da organizzazioni sindacali dei lavoratori comparativamente più rappresentative.

NOTA: Questo significa quanto segue.

Dev'essere attribuita la massima rilevanza ai dettati contrattuali nazionali rispetto a quelli decentrati. La contrattazione nazionale sovrintende a qualsivoglia contrattazione decentrata, sia di livello regionale sia di livello aziendale. La contrattazione decentrata, a qualunque livello, non può pertanto in alcun modo porsi in contrasto con la contrattazione nazionale per effetto dell'acclarata gerarchia dei livelli contrattuali.

L'art. 1 del D.Lgs 66/2003 definisce a chiare lettere, riprendendo quanto già affermato dalla direttiva 1993/104/CE, e considerando essenziale la contemporaneità delle tre condizioni citate, l'orario di lavoro come “qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni”.

La struttura della frase non lascia dubbi sul fatto che sia la concorrenza e non l'alternatività dei suddetti tre elementi condizionanti a caratterizzare il periodo di tempo definito “orario di lavoro”.

Tale nozione, sebbene sia palesemente più ampia di quella scandita nel precedente regime ed incentrata sul concetto di lavoro effettivo, non riesce a risolvere tutte le problematiche che erano affiorate in pendenza del Regio decreto-legge 15 marzo 1923, n.692. Tuttavia, è innegabile che tale nozione abbia il merito di aver allargato il concetto di lavoro a tutte quelle attività che presuppongono comunque una “messa a disposizione” a favore del datore di lavoro.

Una conferma dell'accezione allargata della nozione di orario di lavoro è data non solo dalla Circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali n.8 del 3 marzo 2005 (la quale afferma che “l'attuale formulazione ha una accezione certamente più ampia, così come ha chiarito la stessa Corte di giustizia europea, che ha ritenuto compresi nell'orario di lavoro i periodi in cui i lavoratori sono obbligati ad essere fisicamente presenti su luogo indicato dai datori di lavoro e a tenersi a disposizione di quest'ultimo per poter fornire immediatamente la loro opera in caso di necessità”), ma dalla stessa disamina dell'intera normativa che, contrariamente al passato, ha incluso nel proprio raggio di applicazione quelle occupazioni che richiedano per loro natura un lavoro discontinuo o di semplice attesa, per esempio, per i medici ospedalieri, i turni di guardia.

A latere, altri aspetti riguardano le vecchie questioni in tema di tragitto casa-lavoro, di reperibilità e di tempi di vestizione.

Riguardo alla prima questione (tragitto casa-lavoro), l'art.8 del D.Lgs. n.66/2003, conformemente a quanto sostenuto da tempo dalla stessa giurisprudenza di legittimità, esclude espressamente ai fini dell'applicazione dei limiti di orario il tempo impiegato dal lavoratore per recarsi sul posto di lavoro. La stessa giurisprudenza (Cassazione, Sentenza 22 marzo 2004, n.5701) ha avuto cura di precisare che “il tempo impiegato per raggiungere il posto di lavoro rientra nell'attività lavorativa vera e propria (con sommatoria al normale orario di lavoro), allorché sia funzionale rispetto alla prestazione. Tale requisito sussiste quando il dipendente, obbligato a presentarsi alla sede dell'impresa, sia inviato, di volta in volta, in varie località per svolgere la prestazione lavorativa”.

Riguardo alla seconda questione (reperibilità), l'aspetto controverso riguarda la c.d. clausola di reperibilità del lavoratore fuori dall'orario di lavoro, in vista di una eventuale richiesta di prestazione lavorativa. Sul punto l'orientamento dominante della giurisprudenza tende a disconoscere la corrispondenza tra periodo di reperibilità e svolgimento dell'orario di lavoro, in quanto, seppur presente il requisito della “messa a disposizione” a favore del datore di lavoro, mancherebbe l'ulteriore elemento dell’“esercizio delle funzioni” richiesto dalla norma sopra citata. In altre parole - secondo tale orientamento - durante la reperibilità il lavoratore non è né al lavoro né nell'esercizio delle sue attività, ma è soltanto a disposizione del datore di lavoro.

La stessa autonomia collettiva, sul piano patrimoniale, tende a riconoscere ai lavoratori (in regime di reperibilità) non una vera e propria retribuzione, ma una semplice indennità, quasi a volere compensare solo il disagio patito dal lavoratore, indipendentemente da un suo concreto intervento.

Sempre per quanto riguarda la reperibilità, sussistono alcune problematiche concernenti il suo collocamento in rapporto ai riposi giornalieri. La questione è stata esaminata dal Ministero del Lavoro in due risposte ad interpello, formulate rispettivamente il 5 novembre 2007 (n. 5) ed il 29 maggio 2008 (n. 13). In entrambe le occasioni, la Direzione generale per l'attività ispettiva ha rimarcato il principio dell'infrazionabilità dei riposi, confermando che laddove l'intervento lavorativo effettuato durante il turno di reperibilità interrompa la fruizione dei riposi giornaliero o settimanale, i momenti iniziali degli stessi riposi “decorrono nuovamente dalla cessazione della prestazione lavorativa, rimanendo escluso il computo di ore eventualmente già fruiti”. Nella seconda risposta, tuttavia, è stata evidenziata la differente intensità dei precetti riguardanti le due tipologie di riposi: mentre l'infrazionabilità del riposo settimanale è un principio che non ammette eccezioni, in materia di riposo giornaliero i contratti collettivi sono legittimati all'introduzione di deroghe dall'art. 17 c.1, del D.Lgs 66/2003 (oltre che dall'art. 18 della

direttiva), con il limite della necessaria previsione dei riposi compensativi ovvero, in caso di oggettiva impossibilità della loro fruizione, della concessione di una “protezione appropriata”.

Il Ministero del Lavoro, quindi, nella risposta all'interpello n.13/2008, ribadisce che il servizio di mera reperibilità non rientra nell'orario di lavoro se non per il tempo in cui comporta l'effettiva prestazione lavorativa, confermando una consolidata giurisprudenza europea (Corte Giustizia CE, 3 ottobre 2000, sentenza n.303).

Ancora per quanto riguarda la reperibilità, sussistono alcune problematiche che discriminano gli Anestesisti Rianimatori salvaguardando incomprensibilmente i Collegi in servizio presso le UUOO di Pronto Soccorso, che ancora oggi sono nella quasi totalità dei casi “immuni” dal dover assicurare tale reperibilità. Un tempo questo veniva giustificato dal fatto che le équipe mediche operanti in PS prestavano la loro opera in questo servizio a titolo di guardia “interdivisionale” (cioè erano in ruolo presso altre UUOO, mancando all'epoca i PS di una dotazione organica propria dei medici impegnati in tale servizio), e quindi avevano in capo, quando non di servizio in PS, l'obbligo alla reperibilità presso le UUOO di appartenenza.

Oggi però, e non da ieri, tutti i PS possono contare su una propria ed autonoma dotazione organica di Medici, i quali pertanto non possono più essere sottratti all'obbligo di assicurare, al pari di tutti gli altri colleghi, la messa a disposizione del datore di lavoro per le esigenze legate ai loro compiti di servizio, concorrendo al pari di tutti gli altri colleghi alla miglior organizzazione aziendale possibile dei servizi minimi ed essenziali, tra cui senza dubbio rientra il servizio di reperibilità.

Riguardo alla terza questione (tempi di vestizione), bisogna premettere che mentre la giurisprudenza di legittimità attribuiva a questi ultimi natura di semplice attività preparatorie od accessorie dell'obbligazione lavorativa in senso stretto (Cassazione, Sentenza 12 febbraio 1992, n. 4824), secondo cui il tempo necessario per indossare l'abito di lavoro era stato escluso dal lavoro effettivo, rientrando invece tra le frazioni di tempo trascorso in azienda dal dipendente non implicanti “svolgimento di attività lavorativa”, la giurisprudenza di merito, invece (Pret. Roma 19 settembre 1989, in Riv. Giur.Lav., 1990, II, 369 ss., Pret. Milano 22 dicembre 1993, in Riv. Crit.Dir.Lav., 1994, 587 ss, Trib. Milano 4 giugno 1994, in Dir Lav., 1994, II, 904 ss.), li ricomprese nell'ordinario tempo di lavoro, equiparandoli alle mansioni cui era normalmente adibito il lavoratore, concordemente in forza della considerazione secondo cui “in linea di principio l'orario di lavoro inizia quando il dipendente si assoggetta alle disposizioni dell'imprenditore poiché, da questo momento, anche il tempo del dipendente diventa tempo “interno” all'impresa subendone i condizionamenti e le modificazioni in relazione a quel potere di “conformazione” che viene riconosciuto come un dato caratteristico della subordinazione tecnico-personale”. Ad oggi, ormai la giurisprudenza (Cassazione, Sentenza 21 ottobre 2003, n.15734), sulla scorta dell'interpretazione estensiva del concetto di orario di lavoro, tendente ad escludere soltanto gli intervalli di tempo di cui il lavoratore abbia la piena disponibilità, è alquanto concorde nel riconoscere la vestizione quale momento dell'attività lavorativa, facendo, tuttavia, alcune precisazioni; qualora, infatti, sia concessa al lavoratore la facoltà di scegliere il tempo e il luogo ove indossare la divisa stessa (presso la propria abitazione o prima di recarsi al lavoro), la relativa attività dovrà essere compresa tra quegli atti di diligenza preparatoria allo svolgimento dell'attività lavorativa e, come tale, non dovrà essere retribuita; qualora, invece, tale operazione sia diretta dal datore di lavoro, che ne disciplini il tempo e il luogo di esecuzione, dovrà essere ricompresa nel lavoro effettivo e, di conseguenza, il tempo ad essa necessario sarà retribuibile. È evidente che questo riguardi tutti i medici che lavorano nelle UUOO Ospedaliere di Anestesia e Rianimazione, Emergenza, Area Critica.

Art. 2

Campo di applicazione

1. Le disposizioni contenute nel presente decreto si applicano a tutti i settori di attività pubblici e privati con le uniche eccezioni del lavoro della gente di mare di cui alla direttiva 1999/63/CE, del personale di volo nella aviazione civile di cui alla direttiva 2000/79/CE e dei lavoratori mobili per quanto attiene ai profili di cui alla direttiva 2002/15/CE.

NOTA: Questo significa che i Medici non fanno eccezione rispetto ai lavoratori cui deve applicarsi il D.Lgs 66/2003.

Art. 4

Durata massima dell'orario di lavoro

1. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono la durata massima settimanale dell'orario di lavoro.

NOTA: Questo significa che le 38 ore settimanali costituiscono l'orario di lavoro lavorativo contrattualmente dovuto, fatti salvi eventuali accordi individuali (che in quanto tali non possono essere imposizioni aziendali) su prestazioni lavorative eccedenti tale orario, sempre entro il limite delle 48 ore massime settimanali in riferimento a un periodo non superiore a quattro mesi.

Si coglie l'occasione per rimarcare che all'interno delle 38 ore suddette devono rientrare le attività non assistenziali per la formazione e l'aggiornamento professionale contrattualmente previste, che maggiorazioni orarie mascherate fittiziamente sotto le mentite spoglie di progetti, obiettivi, risultati, qualora questi non siano adeguatamente contrattati e remunerati secondo contratto, devono cessare.

Si ribadisce il diritto/dovere contrattuale relativo alla riserva delle 4 ore di attività non assistenziali (art. 14 c.4 CCNL 03/11/2005, salvo quanto previsto dal successivo c.5) all'interno delle 38 ore settimanali.

Resta da chiarire se la formazione e l'aggiornamento, proprio perché non assistenziali, fermo restando quanto contrattualmente

previsto al riguardo, possano essere svolte, a discrezione esclusiva dell'interessato, anche durante i periodi di ferie e di riposo, in tali casi senza poter essere imposte né avere effetti interruttivi o sospensivi di tali periodi.

2. *La durata media dell'orario di lavoro non puo' in ogni caso superare, per ogni periodo di sette giorni, le quarantotto ore, comprese le ore di lavoro straordinario.*

NOTA: Resta da chiarire se nelle suddette 48 ore settimanali massime rientri anche l'orario di lavoro effettuato in libera professione, eventualmente differenziato per tipologia (libera professione economicamente a carico del paziente e attività libero-professionali ex artt. 55 comma 2 del CCNL 08/06/2000, 14 comma 6 e 18 del CCNL 03/11/2005 e loro successive modifiche e integrazioni, economicamente a carico del bilancio aziendale).

A questo proposito, ricordiamo che la Corte di Giustizia Europea, con la sentenza del 5 Ottobre 2004 (cause C-397/01 e C-403/01), a chiarimento della direttiva sull'orario di lavoro n.93/104/CE, ha stabilito che per il superamento dell'orario di lavoro delle 48 ore settimanali non è sufficiente una deroga a maggiori orari né in clausole di accordi collettivi né a riferimenti generici di contratti individuali.

Inoltre, la DIRETTIVA 2003/88/CE (successiva alle direttive 1993/104/CE e 2000/34/CE e al D.Lgs 66/2003), all'art. 6 - Durata massima settimanale del lavoro, ribadisce:

“Gli Stati membri prendono le misure necessarie affinché, in funzione degli imperativi di protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori:

a) la durata settimanale del lavoro sia limitata mediante disposizioni legislative, regolamentari o amministrative oppure contratti collettivi o accordi conclusi fra le parti sociali;

b) la durata media dell'orario di lavoro per ogni periodo di 7 giorni non superi 48 ore, comprese le ore di lavoro straordinario”.

Ma la DIRETTIVA 2003/88/CE, all'art. 15 - Disposizioni più favorevoli, ammette addirittura che:

“La presente direttiva non pregiudica la facoltà degli Stati membri di applicare o introdurre disposizioni legislative, regolamentari o amministrative più favorevoli alla protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori o di favorire o consentire l'applicazione di contratti collettivi o accordi conclusi fra le parti sociali, più favorevoli alla protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori”.

Un articolo tanto chiaro quanto, nella pratica, inattuato. Sempre la DIRETTIVA 2003/88/CE all'art. 22 - Disposizioni varie, precisa che:

“Gli Stati membri hanno facoltà di non applicare l'articolo 6, nel rispetto dei principi generali

della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori, a condizione che assicurino, mediante le necessarie misure a tale scopo, che:

a) nessun datore di lavoro chieda a un lavoratore di lavorare più di 48 ore nel corso di un periodo di 7 giorni, calcolato come media del periodo di riferimento di cui all'articolo 16, lettera b), a meno che non abbia ottenuto il consenso del lavoratore all'esecuzione di tale lavoro;

b) nessun lavoratore possa subire un danno per il fatto che non è disposto ad accettare di effettuare tale lavoro”.

Orbene, questo significa che in ogni caso le 48 ore settimanali massime restano un limite insuperabile alla richiesta di orario di lavoro avanzata da parte del datore di lavoro nei confronti del lavoratore.

3. *Ai fini della disposizione di cui al comma 2, la durata media dell'orario di lavoro deve essere calcolata con riferimento a un periodo non superiore a quattro mesi.*

4. *I contratti collettivi di lavoro possono in ogni caso elevare il limite di cui al comma 3 fino a sei mesi ovvero fino a dodici mesi a fronte di ragioni obiettive, tecniche o inerenti all'organizzazione del lavoro, specificate negli stessi contratti collettivi.*

NOTA: Questo significa che al momento, dato che i dettati contratti collettivi di lavoro nazionali vigenti non prevedono alcuna elevezione del limite di 4 mesi, tale limite resta non superabile.

Art. 5

Lavoro straordinario

1. *Il ricorso a prestazioni di lavoro straordinario deve essere contenuto.*

2. *Fermi restando i limiti di cui all'articolo 4, i contratti collettivi di lavoro regolamentano le eventuali modalità di esecuzione delle prestazioni di lavoro straordinario.3. In difetto di disciplina collettiva applicabile, il ricorso al lavoro straordinario e' ammesso soltanto previo accordo tra datore di lavoro e lavoratore per un periodo che non superi le duecentocinquanta ore annuali.*

4. *Salvo diversa disposizione dei contratti collettivi il ricorso a prestazioni di lavoro straordinario e' inoltre ammesso in relazione a:*

a) casi di eccezionali esigenze tecnico-produttive e di impossibilità di fronteggiarle attraverso l'assunzione di altri lavoratori;

b) casi di forza maggiore o casi in cui la mancata esecuzione di prestazioni di lavoro straordinario possa dare luogo a un pericolo grave e immediato ovvero a un danno alle persone o alla produzione;

c) eventi particolari, come mostre, fiere e manifestazioni collegate alla attività produttiva, nonché allestimento di prototipi, modelli o simili, predisposti per le stesse, preventivamente comunicati agli uffici competenti ai sensi dell'articolo 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241, come sostituito dall'articolo 2, com-

ma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e in tempo utile alle rappresentanze sindacali aziendali.

5. *Il lavoro straordinario deve essere computato a parte e compensato con le maggiorazioni retributive previste dai contratti collettivi di lavoro. I contratti collettivi possono in ogni caso consentire che, in alternativa o in aggiunta alle maggiorazioni retributive, i lavoratori usufruiscano di riposi compensativi.*

NOTA: I dettati contratti collettivi di lavoro nazionali vigenti consentono al Medico pubblico dipendente il recupero dell'orario di lavoro reso in regime di straordinario, in luogo del suo pagamento (art. 28 10/02/2004 c.2 del CCNL integrativo del CCNL 08/06/2000 “Le prestazioni di lavoro straordinario ... possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo”); ne consegue che tale recupero deve invece obbligatoriamente avvenire nel caso in cui l'entità oraria annua di lavoro straordinario comunque richiesto dall'azienda (sia in reperibilità che per altri motivi) ecceda il limite delle 250 ore di cui al c.3 del D.Lgs 66/2003.

Art. 6

Criteri di computo

1. *I periodi di ferie annue e i periodi di assenza per malattia non sono presi in considerazione ai fini del computo della media di cui all'articolo 4.*

2. *Nel caso di lavoro straordinario, se il riposo compensativo di cui ha beneficiato il lavoratore e' previsto in alternativa o in aggiunta alla maggiorazione retributiva di cui al comma 5 dell'articolo 5, le ore di lavoro straordinario prestate non si computano ai fini della media di cui all'articolo 4.*

Art. 7

Riposo giornaliero

1. *Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità.*

NOTA: Questo significa che le “undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore” non corrispondono, come erroneamente da alcuni frainteso, “undici ore di riposo tra un turno e l'altro”; la norma, infatti, è chiara nel prevedere 11 ore di riposo all'interno di un arco orario di 24 ore, il che è cosa ben diversa.

Peraltro, né questa norma, né altre, specificano esattamente l'inizio del suddetto arco orario di 24 ore. Nel merito, la Circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali n.8 del 3 marzo 2005 si limita a specificare che “il computo del periodo di 24 ore deve decorrere dall'inizio della prestazione lavorativa”, il che equivale ad escludere, per esempio, che il suddetto arco orario di 24 ore abbia inizio alle ore 00:00 e termine alle ore 24.00.

Nulla invece vieterebbe, stante l'esistente organizzazione in turni delle attività lavorative dei medici ospedalieri, ai fini del computo del riposo giornaliero, di considerare come inizio e fine della prestazione lavorativa di riferimento, alternativamente alle ore 08:00, le ore 14:00, o le ore 20:00, che rappresentano rispettivamente e con pari possibilità di adozione come criterio di computo, gli orari di inizio dei tre turni in cui sono organizzate, nella stragrande maggioranza delle realtà lavorative, le suddette attività lavorative dei Medici ospedalieri.

La disposizione normativa in base alla quale “Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità” è un'ulteriore elemento in base al quale, oltre che in base al comma 2 dell'art. 1, all'istituto della reperibilità (e unicamente a questo) potrebbe applicarsi il principio del cumulo del riposo giornaliero, fatte salve tutte le altre condizioni caratterizzanti il diritto al riposo in genere, oltre che fatto salvo il rispetto di tutte le altre disposizioni contrattuali riguardanti l'istituto della reperibilità.

Art. 8

Pause

1. *Qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e la cui durata sono stabilite dai contratti collettivi di lavoro, ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e della eventuale consumazione del pasto anche al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo.*

2. *Nelle ipotesi di cui al comma 1, in difetto di disciplina collettiva che preveda un intervallo a qualsivoglia titolo attribuito, al lavoratore deve essere concessa una pausa, anche sul posto di lavoro, tra l'inizio e la fine di ogni periodo giornaliero di lavoro, di durata non inferiore a dieci minuti e la cui collocazione deve tener conto delle esigenze tecniche del processo lavorativo.*

NOTA: La ratio del diritto alla pausa è da individuare nell'esigenza di consentire il recupero delle energie, nell'eventuale consumazione del pasto e nell'attenuazione del lavoro ripetitivo e monotono. La durata e le modalità della pausa sono stabilite dalla contrattazione collettiva; in assenza di una siffatta previsione, il lavoratore ha diritto a un intervallo non inferiore a 10 minuti. Il periodo di pausa può essere fruito anche sul posto di lavoro, in quanto la sua finalità è quella di costituire un intervallo tra due momenti di esecuzione della prestazione, ma non può essere sostituito da compensazioni economiche. La Circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali n.8 del 3 marzo 2005 precisa che “una eventuale “concentrazione” della pausa all'inizio o alla fine della giornata lavorativa, che determina in sostanza una

sorta di riduzione dell'orario di lavoro, può essere ritenuta lecita come disciplina derogatoria, ex art.17 comma 1 e per il legittimo esercizio della quale è necessario accordare ai lavoratori degli equivalenti periodi di riposo compensativo o, comunque, assicurare una appropriata protezione. Quindi si ritengono superate, dalle disposizioni di legge, quelle regole collettive o individuali che prevedono al posto della pausa la sola compensazione economica”.

Tenendo presente che le 6 ore di lavoro costituiscono un limite massimo per la fruibilità della pausa, il datore potrà sicuramente prevedere degli intervalli più frequenti a seconda delle problematiche concrete di ogni singola attività lavorativa. I periodi di pausa, stante la definizione di orario di lavoro, non vanno computati come lavoro ai fini del superamento dei limiti di durata.

3. *Salvo diverse disposizioni dei contratti collettivi, rimangono non retribuiti o computati come lavoro ai fini del superamento dei limiti di durata i periodi di cui all'articolo 5 regio decreto 10 settembre 1923, n. 1955, e successivi atti applicativi, e dell'articolo 4 del regio decreto 10 settembre 1923, n. 1956, e successive integrazioni.*

NOTA: Questo significa che, salvo diverse disposizioni dei contratti collettivi, non sono remunerabili tali intervalli lavorativi, in particolare i riposi intermedi presi sia all'interno che all'esterno dell'azienda, il tempo impiegato per recarsi al posto di lavoro, nonché le soste di lavoro (comprese tra l'inizio e la fine di ogni periodo della giornata di lavoro) di durata non inferiore a dieci minuti e complessivamente non superiore a due ore.

Dal punto di vista pratico, il tutto significa che, non potendo la durata di un turno di lavoro in qualunque attività lavorativa eccedere la durata continuativa di 6 ore, e mancando nell'attuale normativa contrattuale vigente la specificazione dell'“intervallo per pausa” di cui all'art. 8 c.1 del D.Lgs 66/2003, il datore di lavoro non può sottrarsi al dover ottemperare agli obblighi di cui al c.2, riconoscendo al medico una pausa reale (e non fittizia, come invece si ha notizia che spesso accada) di almeno 10 minuti.

Infine, vanno ricordate le pregresse raccomandazioni risalenti al 19 Gennaio 1996, concordate congiuntamente dall'AAROI dell'epoca con la Società Scientifica SIAARTI, le quali prevedono che “in generale una seduta operatoria non dovrebbe durare più di 6 ore per ragioni di sicurezza (affidabilità del personale)”, intendendosi tale durata come turno di lavoro di un Medico Anestesista Rianimatore dedicato a tale attività.

Art. 9

Riposi settimanali

1. *Il lavoratore ha diritto ogni sette giorni a un periodo di riposo di almeno ventiquattro ore consecutive, di regola in coincidenza con la domenica, da cumulare con le ore di riposo giornaliero di cui all'articolo 7. Il suddetto periodo di riposo consecutivo è calcolato come media in un periodo non superiore a quattordici giorni.*

NOTA: Questo significa che la domenica (giorno festivo) corrisponde al periodo di riposo settimanale di minimo 24 ore, che tale riposo, nel caso in cui non possa essere fruito nell'arco giornaliero di 24 ore corrispondente alla domenica può essere fruito in qualunque altro giorno della settimana, e che tale riposo deve essere aggiuntivo al riposo giornaliero, dovendo essere cumulato allo stesso.

Si coglie l'occasione per rimarcare l'assoluta incongruità, per le UUOO di Anestesia e Rianimazione, e per tutti gli ambiti di attività degli Anestesisti Rianimatori, delle organizzazioni fittizie dell'orario routinario di lavoro su 6 giorni lavorativi, mentre invece in realtà tali attività corrispondono ad organizzazioni dell'orario di lavoro su 5 giorni lavorativi.

Infatti, nella giornata di sabato tutti gli organici, rispetto a quelli presenti in servizio negli altri giorni della settimana (dal lunedì al venerdì), sono generalmente ridotti, ai soli “servizi minimi ed essenziali (guardie e/o reperibilità)”. Pertanto, il sabato, per tutte le UUOO di Anestesia e Rianimazione dovrebbe essere considerato, di norma, “non lavorativo”, e l'orario di lavoro organizzato su “5 giorni + 2”.

Se così non fosse, nelle Aziende in cui il sabato sia considerato “giornata lavorativa”, dovranno scomparire i due turni consecutivi di reperibilità previsti dall'art. 17 c.4 del CCNL 03/11/2005 (“Il servizio di pronta disponibilità ha durata di dodici ore. Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo per le giornate festive”).

In definitiva, delle due l'una: per quanto riguarda gli obblighi di presenza, che attengono strettamente ai riposi settimanali, o il sabato dev'essere assimilato in tutto e per tutto agli altri giorni non festivi diversi dalla domenica, o, perché di norma “non lavorativo”, dev'essere assimilato alla domenica e ai festivi.

Art. 10

Ferie annuali

1. *Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2109 del codice civile, il prestatore di lavoro ha diritto ad un periodo annuale di ferie retribuite non inferiore a quattro settimane. Tale periodo, salvo quanto previsto dalla contrattazione collettiva o dalla specifica disciplina riferita alle categorie di cui all'articolo 2, comma 2, va goduto per almeno due settimane, consecutive in caso di richiesta del lavoratore, nel corso dell'anno di maturazione e, per le restanti due settimane, nei 18 mesi successivi al termine dell'anno di maturazione.*

2. *Il predetto periodo minimo di quattro settimane non può essere sostituito dalla relativa indennità per ferie non godute, salvo il caso di risoluzione del rapporto di lavoro.*

3. *Nel caso di orario espresso come media ai sensi dell'articolo 3, comma 2, i contratti collettivi stabiliscono criteri e modalità di regolazione.*

NOTA: Il diritto alle ferie è un diritto irrinunciabile del lavoratore (art. 36 della Costituzione) in quanto le ferie hanno, unitamente ai riposi settimanali, il compito di permettere al lavoratore di recuperare le energie psico-fisiche che lo stesso impiega nell'espletamento dell'attività lavorativa.

L'art. 5, comma 8, del D.L. 95/2012, convertito con L. n. 135 del 7 Agosto 2012, ha stabilito, infatti, che: *“Le ferie, i riposi ed i permessi spettanti al personale, anche di qualifica dirigenziale, delle amministrazioni pubbliche inserite nel conto economico consolidato della pubblica amministrazione, come individuate dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) ai sensi dell'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, nonché le autorità indipendenti ivi inclusa la Commissione nazionale per le società e la borsa (Consob), sono obbligatoriamente fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti e non danno luogo in nessun caso alla corresponsione di trattamenti economici sostitutivi. La presente disposizione si applica anche in caso di cessazione del rapporto di lavoro per mobilità, dimissioni, risoluzione, pensionamento e raggiungimento del limite di età”*.

Sulla materia si è anche espresso il Dipartimento della Funzione Pubblica, con la nota n. 32937 del 06/08/2012 e con la nota n. 40033 del 08/10/2012.

I riferimenti al CCNL vigente per i pubblici dipendenti sono i seguenti: art. 21 CCNL del 05/12/1996, art. 24 CCNL 03/11/2005, art. 16 CCNL 06/05/2010.

L'art. 21 del CCNL del 05/12/1996, al comma 8, recita quanto segue:

“Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili ...omissis...95. Esse sono fruiti, anche frazionatamente, nel corso di ciascun anno solare in periodi programmati dallo stesso dirigente nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'azienda o ente; in relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, al dirigente è consentito, di norma, il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre”.

Per tutti gli altri dettagli contrattuali si rimanda agli articoli sopra citati.

In definitiva, deve essere mantenuto integro il diritto alle ferie, ai riposi e ai permessi così come previsto dalla legge e dal CCNL.

Art. 11

Limitazioni al lavoro notturno

1. L'inidoneità al lavoro notturno può essere accertata attraverso le competenti strutture sanitarie pubbliche.

2. I contratti collettivi stabiliscono i requisiti dei lavoratori che possono essere esclusi dall'obbligo di effettuare lavoro notturno. E in ogni caso vietato adibire le donne al lavoro, dalle ore 24 alle ore 6, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino. Non sono inoltre obbligati a prestare lavoro notturno:

- a) la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni o, in alternativa, il lavoratore padre convivente con la stessa;
- b) la lavoratrice o il lavoratore che sia l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a dodici anni;
- c) la lavoratrice o il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni.

NOTA: l'applicazione di tale articolo va disposta in combinato rispetto alle successive intervenute norme di legge nel merito, alle quali si rimanda.

Artt. 12, 13, 14, 15, 16 - CAPO IV - Lavoro notturno

NOTA: si omette di riportare tali articoli in quanto riguardanti i cosiddetti “lavoratori notturni”, tra i quali, in base all'art. 1 c.2 del D.Lgs 66/2003, non appaiono annoverabili i Medici.

Art. 16

Deroghe alla disciplina della durata settimanale dell'orario

NOTA: si omette di riportare tale articolo in quanto al momento non applicabile.

Art. 17

Deroghe alla disciplina in materia di riposo giornaliero, pause, lavoro notturno, durata massima settimanale

1. Le disposizioni di cui agli articoli 7, 8, 12 e 13 possono essere derogate mediante contratti collettivi stipulati a livello nazionale con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative. Per il settore privato, in assenza di specifiche disposizioni nei contratti collettivi nazionali le deroghe possono essere stabilite nei contratti collettivi territoriali o aziendali stipulati con le organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale

2. In mancanza di disciplina collettiva, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, su richiesta delle organizzazioni sindacali nazionali di categoria comparativamente più rappresentative o delle associazioni nazionali di categoria dei datori di lavoro firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro, adotta un decreto, sentite le stesse parti, per stabilire deroghe agli articoli 4, terzo comma, nel limite di sei mesi, 7, 8, 12 e 13 con riferimento:

... c) alle attività caratterizzate dalla necessità di assicurare la continuità del servizio o della produzione, in particolare, quando si tratta:

1) di servizi relativi all'accettazione, al trattamento o alle cure prestati da ospedali o stabilimenti analoghi, comprese le attività dei medici in formazione, da case di riposo e da carceri;

NOTA: Quest'articolo impedisce la stipula di accordi decentrati in deroga agli articoli 4 (tempo massimo di lavoro settimanale), 7 (riposi), 8 (pause), 12 e 13 (lavoro notturno). Deve intervenire prima un contratto collettivo nazionale.

Altre deroghe non appaiono al momento possibili né legittime, stante l'inapplicabilità dell'art. 17 c.2 a causa della mancanza dei suoi presupposti vicarianti la mancanza di disciplina collettiva contrattuale.

Per i Medici ospedalieri, il sistema di deroghe, possibile in quanto previsto dall'art. 17 c.1, può al momento riguardare unicamente, in minima parte, l'istituto della reperibilità, dato che il CCNL dei Medici ospedalieri pubblici dipendenti già prevede che *“Il servizio di pronta disponibilità ha durata di dodici ore. Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo per le giornate festive”* (art. 17 c.4 del CCNL 03/11/2005).

Resta da chiarire se le attività lavorative effettivamente prestate durante i turni di reperibilità possono produrre un effetto sospensivo oppure un'interruzione del riposo giornaliero. Sulla base degli orientamenti giuridici analizzati, si segnala che potrebbe essere inteso un effetto sospensivo (in luogo di un'interruzione in senso tecnico) del riposo giornaliero, con conseguente cumulabilità, ai fini del calcolo dei periodi minimi di riposo giornaliero, dei diversi segmenti non effettivamente lavorati a monte e a valle della prestazione di lavoro effettuata durante il turno di reperibilità.

Art. 19

Disposizioni transitorie e abrogazioni

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, unitamente al Ministro per la funzione pubblica, per quanto coinvolge i pubblici dipendenti, convoca le organizzazioni dei datori di lavoro e le organizzazioni dei lavoratori comparativamente più rappresentative al fine di verificare lo stato di attuazione del presente decreto nella contrattazione collettiva.

NOTA: superfluo ogni commento sulla mai avvenuta attuazione di quanto previsto dal c.1 dell'art. 19.

Un cenno a parte meritano le sanzioni in caso di violazione della normativa comunitaria esaminata.

L'accertamento delle possibili violazioni può essere effettuato dalla Direzione Territoriale del Lavoro, di propria autonoma iniziativa, o a seguito di segnalazione formale, circostanziata e documentata, da parte dei lavoratori interessati o di loro rappresentanze.

Sulle sanzioni, è in corso di edizione una tabella aggiornata.

CONSEGUENZE ASSICURATIVE IN CASO DI VIOLAZIONE DELLA NORMATIVA

Le Compagnie Assicuratrici (in particolare per quanto riguarda la Responsabilità Civile Professionale) potrebbero ricusare la copertura delle garanzie di polizza in caso di violazioni delle disposizioni di legge in materia di durata di orario e di riposi? Questo è forse l'argomento più spinoso per tutti i Colleghi.

L'AAROI-EMAC non può rispondere al posto delle Compagnie, ma non si esime dall'affrontare il problema.

Per quanto riguarda le polizze aziendali di Responsabilità Civile Professionale, che sono ovunque di sola colpa grave, appare del tutto probabile che la Corte dei Conti potrebbe reputarle non operative, dato che sono acquisite con fondi pubblici.

Per quanto riguarda tutte le polizze individuali o individualmente stipulate in convenzione, occorre considerare che particolarmente critiche appaiono le polizze di sola colpa grave, anche per il fatto che tali polizze intervengono solo a distanza di molti anni dall'evento, a seguito di sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato. Molte di esse, peraltro, escludono la copertura dei danni “riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso”, come si legge in alcune condizioni contrattuali.

Per quanto riguarda la polizza di Responsabilità Civile Professionale AM Trust convenzionata dall'AAROI-EMAC, che resta unica nel suo genere, in quanto copre la colpa sia lieve che grave, la suddetta esclusione non compare nel testo di polizza.

Per quanto riguarda la polizza di Tutela Legale Penale AM Trust convenzionata dall'AAROI-EMAC, essa esclude soltanto i “fatti dolosi dell'assicurato” (salvo proscioglimento o assoluzione con decisione passata in giudicato, o derubricazione del reato da doloso a colposo, o intervenuta archiviazione).

Questo conferma ancora una volta che le polizze assicurative convenzionate dalla nostra Associazione sono sempre state e sono a tutt'oggi le più tutelanti tra tutte quelle attualmente esistenti sul mercato assicurativo, e le più convenienti in termini di rapporto costo/qualità.

Per tutti gli Iscritti all'AAROI-EMAC, in ogni caso, l'Associazione sosterrà la tesi che la responsabilità professionale, sia civile che penale, in caso di mancato rispetto delle norme su orari di lavoro e riposi sia non del lavoratore, ma del datore di lavoro, a meno di violazioni conseguenti ad iniziative personali di cui il lavoratore sia consapevolmente responsabile.

Si consiglia comunque a tutti gli Iscritti all'AAROI-EMAC, in via cautelativa, di non accettare, opponendosi in forma scritta qualora siano imposte, violazioni della normativa vigente, rivolgendosi per eventuale supporto ai Rappresentanti Aziendali dell'Associazione, e di non intraprendere iniziative personali in contrasto con essa.

No alle deroghe da parte di Regioni e ASL

Su iniziativa AAROI-EMAC, le OO.SS. ANAAO ASSOMED, CIMO, AAROI-EMAC, 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.



Nota inviata via p.e.c.

Roma, 03 Novembre 2015

- Al 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 OO.SS. 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.

Continua da pagina 6

B) LA POSIZIONE DI GARANZIA DEL "CAPO ÉQUIPE"

Un dovere di controllo dell'operato altrui è senz'altro configurabile in capo a quel soggetto cui l'ordinamento attribuisca un ruolo apicale all'interno dell'équipe - in ragione dell'esperienza, dell'anzianità, qualifica professionale o posizione gerarchica -, in forza del quale questi abbia proprio lo specifico compito di dirigere, coordinare, sorvegliare l'attività dei propri collaboratori.

Il capo équipe, quindi, oltre a dover eseguire con diligenza e perizia le mansioni che a lui spettano, in ragione della divisione delle competenze fra i vari partecipanti al lavoro di gruppo, ha il dovere di coordinare l'attività dei collaboratori e di vigilare sul loro corretto comportamento professionale.

In altre parole, a differenza degli altri partecipanti al trattamento medico, il capo équipe non può legittimamente confidare nell'osservanza delle regole di condotta da parte dei suoi collaboratori, ma deve sorvegliare e controllare l'attività svolta dai colleghi in tutte le fasi in cui si articola l'intervento, potendo altrimenti essere chiamato a rispondere dell'evento lesivo cagionato dalla condotta colposa di un dei membri dell'équipe per aver omesso, ovvero inadeguatamente esercitato il controllo sul suo operato.

C) IL DOVERE SECONDARIO DI CONTROLLO SULL'OPERATO DEGLI ALTRI COLLEGHI

Non vi è dubbio che, in occasione di un trattamento in équipe, la necessaria interazione della condotta di ogni sanitario con quella degli altri e la convergenza dell'opera del singolo verso il primario obiettivo della cura del paziente, da un lato, esigono il coordinamento fra tutti i sanitari e, dall'altro, comportano la percezione dell'attività compiuta dagli altri colleghi.

Un obbligo di attivarsi può, quindi, sorgere in capo a qualsiasi membro dell'équipe, quando questi abbia occasionalmente avuto modo di percepire comportamenti scorretti ed inadeguati osservati da altri membri, tali da far prefigurare esiti pregiudizievoli per il bene della salute del paziente destinatario delle cure; in tal caso, insorge il dovere di segnalare quanto riscontrato al capo équipe, affinché intervenga con le opportune disposizioni, ovvero il dovere di attivarsi per porre rimedio personalmente alla inadeguatezza riscontrata.

La Corte di Cassazione ha avuto modo di affermare che *"in materia di colpa professionale di équipe, ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'équipe in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giac-*

ché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale" (Cass. Sez. IV pen. 6 ottobre 2006, n. 33619; v. anche: Cass. Sez. IV pen. 31 ottobre 2008, n. 40789).

La necessità di assicurare che la responsabilità penale derivante dalla violazione dell'obbligo secondario di controllo sia ancorata alla sussistenza di un effettivo legame personale tra il fatto e il suo autore è soddisfatta attraverso l'individuazione di parametri, che consentono di ancorare l'obbligo secondario di controllo e di intervento a precisi elementi di riconoscibilità dell'errore (Cantagalli: Brevi cenni sul dovere secondario di controllo e sul rilievo dello scioglimento anticipato dell'équipe in tema di responsabilità medica, in Cass. pen. 2006, pag. 2848).

A detta funzione assolvono efficacemente quei requisiti di "evidenza" e "non settorialità" in presenza dei quali la giurisprudenza ha ritenuto sussistere il dovere del sanitario di neutralizzare gli errori altrui.

Afferma, infatti, la Cassazione che *"in tema di colpa professionale, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da altro collega, sia pure specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, se del caso ponendo rimedio ad errori altrui che siano evidenti e non settoriali, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio."*

Il mancato rispetto di tale obbligo cautelare può fondare la responsabilità concorsuale" (Cass. Sez. IV pen. 26 gennaio 2010, n.3365, cit.).

È, tuttavia, evidente il ruolo di maggior corresponsabilità del capo équipe, come evidenziato dalla giurisprudenza, atteso che *"la posizione di garanzia del capo dell'équipe chirurgica non è limitata all'ambito strettamente operatorio, ma si estende al contesto post-operatorio"* (Cass. Sez. IV pen. 6 marzo 2012, n.17222).

LA SENTENZA DELLA CASSAZIONE SEZ. IV PEN. DEL 28 LUGLIO 2015, N.33329

La problematica relativa alla responsabilità medica nell'attività svolta in équipe, evidentemente, rappresenta una delle tematiche più frequenti e dibattute, in ragione proprio - come anticipato - delle esigenze di multidisciplinarietà che la scienza medica richiede sempre più spesso.

Merita un particolare richiamo la recentissima sentenza della Corte di Cassazione penale n. 33329 del 2015, che presenta diversi profili di complessità fattuale e processuale (che qui possono essere tralasciati), e che affronta nuovamente il problema della responsabilità medica nell'attività svolta in équipe.



Un primo commento a detta sentenza (Luca Benci) sembra avere creato - ingiustificatamente - sconcerto presso i professionisti della sanità, atteso che - si ritiene - *"nei confronti del capo del gruppo di lavoro"* (che ha il compito di dirigere e coordinare l'attività degli altri terapeuti) *"non opera in linea di massima il principio di affidamento"*.

A ben guardare, la Cassazione ribadisce principi (in precedenza esposti) consolidati, sottolineando ancora una volta che *"il lavoro in équipe vede la istituzionale cooperazione di diversi soggetti, spesso portatori di distinte competenze. Tale attività deve essere integrata e coordinata"*, e non può essere lasciata all'iniziativa dei singoli componenti l'équipe, pena l'anarchia ("anarchismo"). *"Per questo assume rilievo il ruolo di guida del capo del gruppo di lavoro. Costui... non può disinteressarsi del tutto dell'attività degli altri terapeuti, ma deve al contrario dirigerla, coordinarla. Nei suoi confronti non opera, in linea di massima, il principio di affidamento. Naturalmente, però, tale responsabilità non è senza limiti. Accade, infatti, che sia in questione sapere altamente specialistico che giustifica la preminenza del ruolo decisivo e della responsabilità della figura che è portatrice delle maggiori competenze specialistiche. Per semplificare, l'anestesista rianimatore è portatore di conoscenze specialistiche ed assume la connessa responsabilità in relazione alle fasi di qualche qualificata complessità nell'ambito dell'atto operatorio. Diverso discorso va fatto, invece, per ciò che attiene a scelte e determinazioni che rientrano nel comune sapere di un accorto terapeuta; nonché per quanto riguarda ambiti interdisciplinari, nei quali è coinvolta la concorrente competenza di diverse figure. In tali situazioni riemerge il ruolo di guida e responsabilità del capo équipe. Si vuol dire che, quando l'errore è riconoscibile perché banale o perché coinvolge la sfera di conoscenza del capo équipe, questi non può esimersi dal dirigere la comune azione ed imporre la solu-*

zione più appropriata, al fine di sottrarre l'atto terapeutico al già paventato anarchismo. Egli dovrà dunque avvalersi dell'autorità connessa al ruolo istituzionale affidatogli" (Cass. Sez. IV pen. n.33329 del 2015, cit.; v. nello stesso senso, anche: Cass. Sez. IV pen. 1 ottobre 1999, Altieri, in tema di équipe coinvolta in complesse operazioni inerenti ad un trapianto d'organo).

Va, infine, ricordato che, nella fattispecie esaminata dalla sentenza n.33329 del 2015, la Cassazione ha rilevato che *"che si era in presenza di specifica questione anestesilogica di carattere interdisciplinare, posto che il tema afferente alla tipologia dell'anestesista interferiva con quella afferente al controllo dell'edema e della funzioni respiratorie (della paziente, n.d.r.); e rientrava nella sfera di conoscenza del chirurgo otorino la ponderazione delle implicazioni connesse all'anestesia curarica. Ciò è tanto vero che egli manifestò il suo punto di vista che risultò corretto, ma non ne trasse la conseguenza necessaria; cioè il dovere di impedire l'anestesia eventualmente sospendendo l'esecuzione dell'atto operatorio che era urgente... ma non impellente"*.

Infine, vale sottolineare che, negli ultimi tempi, la giurisprudenza ha sviluppato un filone interpretativo, secondo cui la posizione di garanzia gravante in capo al medico, e dunque gravante anche sul capo équipe, è una posizione di garanzia di protezione del paziente, non certo di controllo sugli altri professionisti o di impedimento di illeciti altrui, posizione che non ha alcuna fonte normativa (Cass. Sez. IV pen. 1 giugno 2010, n.20584; Cass. Sez. IV pen. 13 settembre 2006, n.9638; Cass. Sez. IV pen. 6 ottobre 2006, n.33619), sicché non può configurarsi un dipendenza gerarchica dei professionisti dal capo équipe, il quale assume *"su di sé la responsabilità del buon esito dell'intervento"*, del quale deve coordinare le varie fasi (Cass. Sez. IV pen. 18 febbraio 2014, n. 7346).

Vincenzo Castiglione
Magistrato e Consigliere Obiettivo Responsabilità

Responsabilità professionale La Commissione Affari Sociali ha approvato il DDL che ora si prepara all'esame delle Camere

durre nel Codice Penale l'art. 590-ter che prevede come *"l'esercente la professione sanitaria che cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita"* debba rispondere dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, solo in caso di colpa grave, che è però esclusa quando viene ravvisato il rispetto delle raccomandazioni previste dalle linee guida e le buone pratiche clinico-assistenziali" (il vuoto normativo che si crea in attesa che le norme vengano recepite viene colmato con l'applicazione della Legge Balduzzi).

All'articolo 7, invece, viene prevista una doppia responsabilità: quella contrattuale per le strutture pubbliche e private (che comprende anche le prestazioni sanitarie svolte in regime intramurario o attraverso la telemedicina) e quella extracontrattuale per i medici che svolgano la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria pubblica o privata o in rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale (sono esclusi i liberi professionisti che operano privatamente nel loro studio per i quali continuerà a configurarsi una responsabilità di natura contrattuale).

Sempre all'art. 7 sono previste la disciplina dell'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti del medico in caso di

dolo e colpa grave (nella misura massima di un quinto della retribuzione e nessuna "promozione" per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione pronunciata nel giudizio di rivalsa) e il tentativo obbligatorio di conciliazione che prevede la partecipazione obbligatoria al procedimento di accertamento tecnico preventivo per tutte le parti, comprese le compagnie assicuratrici. Quello che viene introdotto è il principio in base al quale prima dell'avvio di qualunque procedimento si devono fare tutti i tentativi possibili (la mancata partecipazione obbliga il giudice a condannare le parti che non hanno partecipato al pagamento delle spese di consulenza e di lite, oltre che ad una pena pecuniaria, in favore della parte che è comparsa alla conciliazione).

All'art. 8 si fa riferimento alle compagnie assicuratrici che, secondo il relatore Gelli, escono da questo provvedimento con alcuni vantaggi in termine di trasparenza.

L'art. 9 istituisce un Fondo di garanzia per i cittadini che hanno subito un danno da una prestazione e che in alcune condizioni potrebbero non ricevere ristoro mentre l'art.10 prevede che il perito abbia esperienza nella branca specialistica sotto indagine e che possa svolgere perizie solo in quell'ambito.



Il Disegno di Legge sulla Responsabilità Professionale sanitaria e sul rischio clinico è stato approvato a fine novembre dalla Commissione Affari Sociali della Camera. Ora è al vaglio delle Commissioni competenti e presumibilmente a Gennaio arriverà nell'Aula di Montecitorio. Secondo il relatore, Federico Gelli, quello approvato è un *"testo equilibrato che dà garanzie a cittadini, medici, compagnie"*.

Ma cosa contiene? In particolare all'art.6 si propone di intro-

AAROI-EMAC Toscana

Riordino Sistema Sanitario Regionale, dibattito sulla nuova Legge

L'Intersindacale Medica, Veterinaria, Sanitaria scrive all'Assessore alla Sanità Stefania Saccardi

In Toscana parte il dibattito sulla nuova Legge di riordino del Sistema Sanitario Regionale. Le sigle aderenti all'Intersindacale medica, veterinaria e sanitaria regionale ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI-EMAC – FVM – FASSID – CISL MEDICI – FESMED – ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI – UIL MEDICI – SINAFO – AUPI hanno scritto all'Assessore alla Sanità, Stefania Saccardi, per manifestare le forti preoccupazioni per le ricadute sul sistema sia clinico che della prevenzione, tra riduzione dei posti letto, esuberi e rischi di frammentazione della unitarietà gestionale delle strutture complesse. Di seguito la nota dell'Intersindacale:

“Con il mese di Novembre la riscrittura della Nuova legge di riordino del sistema sanitario regionale della Toscana, che integra e dettaglia la legge 28 del Marzo scorso, entra nel vivo. Entro Natale ne è prevista l'approvazione in Consiglio Regionale senza che vi sia stata una adeguata condivisione con la società civile e con il mondo della Sanità.

Molte le criticità da affrontare in questa fase di riscrittura di una legge che non potrà essere, nelle parti più critiche, la fotocopia di quella in abrogazione.

Di seguito alcuni dei temi di maggiore rilievo sul tavolo “sanitario” della Toscana.

1. La Riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale appare sostanzialmente finalizzata ad **ottenere economie che vadano a compensare i pesanti tagli che da anni il Governo Centrale opera sul welfare e soprattutto sulla Sanità tanto da mettere in discussione la tenuta del Sistema.**

2. Il continuo taglio di risorse sul fronte dell'assistenza ospedaliera: la **riduzione del numero di posti letto per acuti** che, come sempre negli ultimi anni, nei mesi invernali, porterà inevitabilmente al blocco del pronto soccorso che non sapranno dove ricoverare i pazienti acuti o riacutizzati.

3. La **mancanza di una determinazione dei LEO** (i Livelli Essenziali di Organizzazione che sono i requisiti minimi strutturali, tecnologici e funzionali delle Strutture Sanitarie) e la tendenza ad accorpare i Servizi a ridurre i Direttori di Struttura Complessa, i Primari, che oggi si trovano a dirigere contemporaneamente più reparti distanti anche molti Km l'uno dall'altro: due condizioni che porteranno a breve ad una destrutturazione della gestione della rete ospedaliera.

4. Il **blocco del turn over**, in discussione nella Legge di Stabilità 2016, verrà acuito dalla normativa sugli ESUBERI e dall'incremento dei pensionamenti previsti nei prossimi mesi per la fine del blocco legato alla legge Fornero. A ciò si aggiunga una **carenza di Specialisti** causata da un rallentamento delle procedure di selezione conseguenti alla nascita dell'ESTAR, ente unico

regionale che dovrebbe gestire tutti gli acquisti e la gestione del personale (tutti i concorsi) della Regione. Un combinato disposto che potrebbe mettere in ginocchio le strutture di ricovero e cura proprio quando l'Europa ci obbliga a ripristinare la normativa dei riposi dei medici che non potranno più svolgere i turni massacranti a cui spesso erano sottoposti con gravi rischi per la loro salute e per quella dei cittadini.



5. La preoccupazione per l'introduzione di nuove realtà dipartimentali, da quelle infermieristiche e ostetriche a quelle dei tecnici sanitari fino alla riconferma dei dipartimenti della medicina generale. Gli unici dipartimenti previsti dalla normativa nazionale (D.Lgs 502/92) saranno drasticamente ridotti di numero mentre i nuovi, se pensati come autonomi e gestionali, andranno a spezzettare l'uniformità di percorsi assistenziali interdisciplinari e di obiettivi che la legge nazionale prevede sotto un'unica filiera gestionale.

6. Il mondo della Dirigenza Medica e Sanitaria non è contrario a priori alla possibilità di permettere la crescita di altri profili professionali del sistema, ma non attraverso la mera creazione di nuove poltrone finalizzate ad aumentare lo scollamento e la distanza organizzativa oltre che culturale tra i vari professionisti del sistema. **Puntualizzare bene funzioni, spazi di autonomia e interazione funzionale tra i vari nuovi “Dipartimenti” è un passaggio da non prendere alla leggera.** La regione Lazio su questo tema ha subito un deciso stop da parte del TAR con la sentenza 6513 del maggio 2015.

7. Infine il tema dei rapporti con l'Università previsti dalla legge di stabilità che permetterebbe le fusioni tra Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere Universitarie. **In Toscana i policlinici universitari sono fonte di bilanci in rosso e di organizzazioni spesso ridondanti e inefficienti.** La normativa prevede che, a fronte della nomina di un docente da parte del Rettore, il Sistema Sanitario Pubblico debba automaticamente provvedere a nominarlo primario. La persistenza di questa anomalia ha visto il moltiplicarsi di strutture con pochissimi posti letto, bassissima casistica clinica, problemi di gestione e di spreco di risorse insostenibili. Procedere in questa direzione senza pesanti correttivi potrebbe equivalere ad un suicidio sia economico che organizzativo.

L'intersindacale Medica, Veterinaria e Sanitaria della Toscana confida che la convocazione dei tavoli di confronto sindacale regionale da parte dell'Assessorato, da tempo attesa, sia ormai prossima, che il confronto sarà produttivo e il nostro contributo, ci auguriamo, apprezzato”.

S.S.N. E SS.SS. REGIONALI

A Roma arriva il NUE

Seconda Regione dopo la Lombardia



Per il momento coprirà il territorio di Roma e provincia per poi essere esteso in tutta la Regione. È il NUE 112, il Numero Unico Emergenza, che la Regione Lazio ha adottato anche in vista del Giubileo. La centrale, che servirà un bacino di utenza di 3,5 milioni di persone, è stata inaugurata nei giorni scorsi.

Diversi i vantaggi che, secondo una nota della Regione, dovrebbero derivare da questa novità.

- **Ottimizzazione dei tempi di intervento:** con il 112 sarà possibile geolocalizzare la chiamata e garantire una risposta coordinata e integrata tra le varie forze alle emergenze.

- **Riduzione degli errori:** con il 112 viene filtrato più del 50% delle chiamate inappropriate eliminando chiamate inutili e veicolando alle forze interessate le notizie importanti che determinano gli interventi necessari nel minor tempo possibile.

- **Semplificazione:** fine alla giungla di numeri da chiamare per le emergenze, garantendo accessibilità a qualunque cittadino italiano o straniero da telefono fisso o mobile con relativa traduzione in lingua se necessario (14 lingue).

Secondo gli standard imposti dall'Europa la chiamata per l'utente deve essere gratuita e si deve essere in grado di dare risposte multilingue, in almeno 14 lingue.

La risposta ad un quesito di un Iscritto

Parere su possibilità somministrazione farmaci da parte di infermieri in emergenza territoriale

Gent.mi,

in qualità di iscritto AAROI e coinvolto attualmente in un contenzioso con l'Ordine dei Medici di Bologna per la mia, insieme ad altri colleghi, partecipazione alla stesura di procedure che autorizzano gli infermieri del 118 a somministrare farmaci (adrenalina, aspirina, nitrati sublinguali, morfina, glucosio, naloxone) nell'ambito di situazioni di emergenza/urgenza sulla base di protocolli controllati e autorizzati dalla Direzione medica del 118 e del Dipartimento di Emergenza, volevo chiedere se possibile quale sia l'opinione dell'AAROI al riguardo.

Grazie e cordiali saluti,
Lettera firmata

L'opinione della scrivente Presidenza Nazionale al riguardo è, in estrema sintesi, la seguente.

1) In generale, nell'ambito della gestione dell'Emergenza-Urgenza, molti passi in avanti di alcuni Collegi Anestesisti Rianimatori (anche iscritti all'Associazione) sono stati fatti in modo del tutto autonomo, e, purtroppo, senza alcun coinvolgimento dell'AAROI-EMAC, quando addirittura non in aperto contrasto con l'Associazione, appoggiandosi invece ad altre Società che in numerosi ambiti delle prerogative professionali della disciplina di Anestesia e Rianimazione hanno adottato atteggiamenti a dir poco contraddittori, quando addirittura non apertamente ostili.

2) Atteggiamenti di tal genere hanno condotto a sostenere, per mero esempio purtroppo non esaustivo, che medici non Anestesisti Rianimatori possano svolgere attività prettamente anestesilogiche (mascherandole sotto la denominazione di “sedazioni procedurali”), e prettamente rianimatorie (nelle varie Trp Intensive mascherate sotto forma di OBI a gestione affidata ad UUO di ambito medico e talvolta chirurgico dei più svariati generi e delle più disparate specie), esistendo già al riguardo ampia documentazione ufficialmente diffusa dall'AAROI-EMAC di completo disaccordo.

3) Nel più ristretto ambito della gestione infermieristica dell'Emergenza Urgenza Territoriale, certamente NON esiste, da parte dell'AAROI-EMAC, una chiusura totale a considerare l'opportunità di una condivisione di proce-

ture finalizzate, nei limiti delle risorse a disposizione, alla salvaguardia della salute dei cittadini, e predisposte anche valorizzando adeguatamente il ruolo degli Infermieri. Di certo però non può chiedersi all'Associazione presieduta dal sottoscritto di avallare decisioni nelle quali non solo essa non è mai stata coinvolta, ma che addirittura sono state e vengono spesso, anche oggi, inalberate come vessilli rivendicativi contro la stessa.

4) Pertanto, nello specifico del quesito posto, attesi i riferimenti normativi citati nel documento SIMEU/IRC del 07 Novembre 2015 linkato, a proposito delle responsabilità di tutti i soggetti coinvolti, laddove viene affermato che “la somministrazione, da parte degli infermieri, di terapie, anche farmacologiche, secondo protocolli condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura)”, non potendosi peraltro conoscere esattamente le diverse decine di tali protocolli adottati nel nostro Paese in completa e rivendicata come esclusiva autonomia locale, per quanto avallata genericamente da Società estranee all'AAROI-EMAC, al momento si ritiene che altro non sia possibile affermare se non che appare ragionevole ritenere, anche tenuto conto dell'estraneità dell'AAROI-EMAC in tali protocolli, che tale responsabilità non possa gravare sui singoli medici in servizio presso le C. O. di riferimento per i mezzi di soccorso infermieristici, ma esclusivamente sul decisore individuato e sugli operatori fisicamente presenti sul posto dove viene trattato ogni singolo caso clinico.

5) Naturalmente, un coinvolgimento dell'AAROI-EMAC più adeguatamente rispettoso del ruolo fondamentale, anche nell'Emergenza-Urgenza, dell'Associazione e di tutti gli Anestesisti Rianimatori che essa rappresenta, e non finalizzato alla tutela solo di alcuni, potrebbe costituire la premessa per giungere, auspicabilmente, a meglio delineare un'opinione ufficiale più dettagliata e precisa dell'AAROI-EMAC al riguardo, che possa essere condivisa nella reciproca soddisfazione di tutti i soggetti coinvolti.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

La "Legge Fornero" deve essere corretta

Il pensionamento anticipato e l'Opzione Donna per molte categorie di Medici è una reale esigenza per garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

La normativa introdotta dalla riforma Fornero, oltre ai già noti disastri sugli "esodati", ha aperto una voragine nella sicurezza nell'attività di numerose categorie di Medici: Anestesisti/Rianimatori, Chirurghi, Neonatologi, Operatori di PS e di 118.

Per comprendere la gravità e l'inderogabilità dell'intervento legislativo basta immaginare quale livello di efficienza e di attenzione ci si può attendere da un ultrasessantenne deputato ad un intervento chirurgico o rianimatorio verso le 5 o le 6 del mattino, dopo una notte di guardia attiva e con alle spalle una settimana di turni massacranti (di duro lavoro).

Per questi Colleghi, se maschi, non esiste nessuna alternativa se non quella di stringere i denti e rischiare fino a 67 anni.

Per le donne, invece, fino alla fine del 2015, è possibile fruire dell'Opzione Donna, che consente un'uscita anticipata, a fronte di una penalizzazione di circa il 46% sull'assegno di pensione.

Tutto ciò è assolutamente inaccettabile e mette a serio rischio la qualità delle prestazioni erogate.

È assolutamente indispensabile che la Legge di Stabilità corregga questa stortura introducendo per tutti la possibilità di flessibilità in uscita con una penalizzazione economica accettabile: non superiore all'1-2% per ogni anno di anticipo rispetto alla data di quiescenza prevista dalla legge.

Giuseppe Ambrosino
Vice Presidente AAROI-EMAC Lombardia



Congedi e permessi non cumulabili

Incumulabilità per conciliare al meglio i tempi di vita e di lavoro

Con il Decreto Legislativo del 15 Giugno 2015, n. 80, attuativo della delega contenuta nel Jobs Act, il legislatore era intervenuto sull'art. 32 de T.U. maternità/paternità (Dlgs. 151/2001) introducendo un criterio generale di fruizione del congedo in modalità oraria che trova attuazione in assenza di contrattazione collettiva anche di livello aziendale. In particolare, secondo questo criterio generale, in assenza di una contrattazione collettiva che disciplini compiutamente il congedo parentale su base oraria, i genitori lavoratori dipendenti possono fruire del congedo parentale ad ore in misura pari alla metà dell'orario medio giornaliero del periodo di paga quadri settimanale o mensile immediatamente precedente a quello nel corso del quale ha inizio il congedo parentale. La riforma prevedeva inoltre, in questa ipotesi, l'incumulabilità del congedo parentale ad ore con altri permessi o riposi disciplinati dal T.U.

L'Inps, con il messaggio n. 6704 del 3 Novembre, è intervenuta sulla questione ad integrazione di quanto già indicato dall'Istituto previdenziale con la circolare n. 152 del 18 Agosto 2015, con la quale lo stesso Istituto aveva fornito le prime istruzioni operative in ordine al congedo parentale in modalità oraria previsto dal comma 1 ter dell'art. 32 del T.U. per fornire alcune precisazioni circa l'incumulabilità del congedo parentale ad ore con altri permessi o riposi disciplinati dal T.U. maternità/paternità.

Tale incumulabilità risponde all'esigenza di conciliare al meglio i tempi di vita e di lavoro utilizzando il congedo in modalità oraria essenzialmente nei casi in cui il lavoratore intenda assicurare, nella medesima giornata, una (parziale) prestazione lavorativa.

Alla luce di questo principio, ad integrazione di quanto indicato nella circolare 152/2015, vengono fornite indicazioni di maggior dettaglio.

Il genitore lavoratore dipendente che si astiene dal lavoro per congedo parentale ad ore (ex art. 32 T.U.) non può usufruire nella medesima giornata né di congedo parentale ad ore per altro figlio, né dei riposi orari



per allattamento (ex artt. 39 e 40 del T.U.) anche se richiesti per bambini differenti.

Allo stesso modo il congedo parentale ex art. 32 T.U. fruito in modalità oraria, non è cumulabile con i riposi orari giornalieri di cui al combinato disposto degli artt. 33, comma 2, e 42 comma 1 del T.U., previsti per i figli disabili gravi in alternativa al prolungamento del congedo parentale (art. 33 co. 1 T.U.), anche se richiesti per bambini differenti.

Risulta invece compatibile la fruizione del congedo parentale su base oraria con permessi o riposi disciplinati da disposizioni normative diverse dal T.U. maternità/paternità, quali ad esempio i permessi di cui all'art. 33, commi 3 e 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, quando fruiti in modalità oraria.

In sintesi:

- Congedo parentale ad ore (art. 32 T.U.)
- Parentale ad ore per altro figlio (art. 32 T.U.): non compatibile;
- Riposi per allattamento, anche per altro figlio (artt. 39 e 40 T.U.): non compatibile;
- Permessi orari, fruiti in alternativa al prolungamento del congedo parentale, an-

che per altro figlio (artt. 33 e 42 T.U.): non compatibile;

- Permessi fruiti in modalità oraria per l'assistenza ai familiari, anche se minori (art. 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104): compatibile;

- Permessi fruiti in modalità oraria dal lavoratore a beneficio di se stesso (art. 33, comma 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104): compatibile.

Viene infine rammentato che in base al disposto di cui all'art. 32, comma 1 ter, le ipotesi di incumulabilità indicate trovano applicazione nei casi di mancata regolamentazione, da parte della contrattazione collettiva, anche di livello aziendale, delle modalità di fruizione del congedo parentale su base oraria.

Ne consegue quindi che la contrattazione collettiva, anche di livello aziendale, nel definire le modalità di fruizione del congedo parentale, può prevedere tra l'altro anche criteri di cumulabilità differenti rispetto a quelli definiti dal citato comma 1 ter dettati con il presente messaggio

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

Risarcimenti: danno biologico e danno morale

L'errore medico (per negligenza, imprudenza o imperizia) può causare serie conseguenze al paziente e per questo il danneggiato ha il diritto di chiedere un adeguato risarcimento. Il danno in questione non è patrimoniale ma di altro tipo: biologico (è una qualsiasi menomazione dell'integrità psico-fisica del soggetto e comprende tutte le possibili sofferenze collegate alla lesione della salute) o mo-

rale (forme di dolore, di sofferenza e di turbamento dell'animo del paziente non legati alla lesione della sfera fisica).

La possibilità di risarcire i danni non patrimoniali risale al 1986 quando si è espressa la Corte Costituzionale (*sentenza 184 del 14/07/1986*) ma è la Costituzione che prevede e garantisce i due tipi di pregiudizio: all'art. 32 pone il danno biologico a tutela del diritto alla salute, mentre all'art. 2 viene ricondotta la lesione dell'integrità morale, massima espressione della dignità umana.

La valutazione del danno spetta al Giudice, che deve tenere conto, nella quanti-

ficazione, per esempio della gravità delle lesioni, dei postumi permanenti, dell'età del danneggiato e delle sue le condizioni sociali e familiari. La decisione può essere adeguata o meno dalla quantificazione indicata da apposite tabelle per la determinazione del quantum come quelle delineate dal Tribunale di Milano ma è importante che la valutazione tenga conto del caso concreto (*Cass. Civ., sent. n. 4852 del 19/05/1999*) anche se le tabelle sono utili a far sì che casi diversi non vengano valutati diversamente perché trattati da magistrati differenti (*Cass. Civ., sent. n. 12408 del 07/06/2011*).

Resp. Prof. e Linee Guida

Rispettandole si riduce il rischio penale?

Mancano ancora precedenti chiari in tal senso, mentre si ripetono casi di condanna per negligenza, imperizia e imprudenza, per le quali, peraltro, il solo consenso informato non può bastare ad evitare un giudizio di colpevolezza.

L'Ottobre scorso, la Corte di Cassazione, con la *sentenza n. 40708/2015*, ha confermato la condanna di un chirurgo plastico (già giudicato colpevole in primo e secondo grado) per condotta negligente, imperita e imprudente, e per violazione

delle norme dell'arte medica, perché per ben tre volte - ha sancito la Suprema Corte - aveva sottoposto lo stesso paziente a un intervento errato.

Il Collega, in questo caso, non ha potuto avallarsi dell'articolo 3 del "Decreto Balduzzi", in base al quale "l'esercente una professione sanitaria non risponde penalmente per colpa lieve nel caso in cui si attenga alle Linee Guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica".

Consenso informato

Non può essere presunto o tacito

Il consenso informato, perché si possa considerare validamente prestato dal paziente, deve essere acquisito in modo adeguato, facendolo precedere da tutte le informazioni relative all'operazione a cui sarà sottoposto, così da poterne valutare anche i rischi. Lo ha stabilito la terza sezione civile della Corte di Cassazione nella *sentenza n. 19212/2015*.

Il caso è quello di una donna straniera che si era procurata una lesione ad un ginocchio sciando. Al momento dell'intervento, avendo in precedenza ottenuto valido consenso per il ginocchio leso, il Chirurgo opera anche il ginocchio sano - sostenendone a posteriori l'interesse della paziente ed il relativo consenso verbale dato nel corso dell'intervento stesso - quando la paziente, straniera, - ha osservato la Suprema Corte - è già sotto l'effetto dei narcotici. La Cassazione, nel caso specifico, ha motivato la sentenza asserendo che "il medico ha l'obbligo di ottenere il consenso informato da parte del paziente, altrimenti l'intervento è da considerarsi illecito seppur eseguito nell'interesse del paziente".



Convenzioni Assicurative

Ulteriori tutele per il 2016!

Un altro passo in avanti della nostra Associazione a tutela di tutti i suoi Iscritti, anche in prospettiva dell'attesa conclusione dell'iter parlamentare del Disegno di Legge "Gelli" sulla Responsabilità Professionale.

➤ Per quanto riguarda la Polizza di TL Penale Itas, la convenzione è stata già resa triennale invece che annuale, a dimostrazione dell'attuale stabilità di una polizza chiara e trasparente, raggiunta e mantenuta nelle relazioni con la Compagnia Itas attraverso un impegno quotidiano congiunto dell'AAROI-EMAC e del Broker AON, che ha permesso applicazioni delle condizioni di garanzia che tutelano senza mezzi termini, in esclusiva, gli Iscritti all'Associazione. Inoltre, è in corso la definizione di un network di Legali e di Periti, al fine di rendere ancora più efficiente la Polizza.

Questa modifica non è di poco conto, anche in considerazione delle difficoltà di vario genere in cui versano invece tutte le altre polizze di tutela legale, di cui talune, sulle quali preferiamo per ora non infierire, convenzionate da altre Associazioni o da altre Organizzazioni Sindacali, e financo da alcuni Ordini Provinciali dei Medici, con Società di Servizi e Compagnie recentemente assunte all'attenzione dei media per fatti di scarsa trasparenza o addirittura per contestazioni di gestioni illecite.

➤ Per quanto riguarda la Polizza di RC Am Trust, sono già state accordate, in esclusiva a favore degli iscritti all'AAROI-EMAC, le seguenti migliorie:

– Dalle "esclusioni" dalla copertura in garanzia sono state eliminate le eventuali relazioni fatte dall'Assicurato e/o le eventuali richieste di relazione formulate all'Assicurato da parte di strutture, cliniche o istituti facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, affinché tali relazioni e/o richieste non comportino mai il rischio di essere considerate "fatto noto" e, pertanto, di comportare esclusioni dalla garanzia.

Per fare un esempio pratico del vantaggio di questa modifica a favore di tutti gli Iscritti all'AAROI-EMAC, coloro i quali (sia prima di aderire, sia dopo aver aderito alla polizza facoltativa di "primo rischio") avessero presentato relazioni all'Azienda, ovvero fossero stati destinatari di una richiesta di relazione da parte dell'Azienda, non rischieranno di vedersi opporre dalla Compagnia, per eventuali successive richieste di risarcimento conseguenti ad eventi oggetto di relazione, una mancata copertura per "fatto noto", ma tali sinistri verranno regolarmente aperti e presi in carico dagli Assicuratori.

– È stato eliminato ogni riferimento all'esclusione di operatività della polizza per atti invasivi/chirurgici.

Questo elimina qualsiasi dubbio interpretativo sulla copertura degli atti invasivi/chirurgici di competenza di tutti gli Iscritti Assicurati operanti nell'ambito della specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto della Medicina Critica e dell'Emergenza, comprese la Terapia del Dolore, la Terapia Iperbarica e l'Emergenza Sanitaria 118, e le Cure Palliative (p. es. tracheotomie e tracheostomie, posizionamento chirurgico di devices per accessi vascolari e perineurali per la terapia del dolore, etc.), che pertanto non rischieranno scoperture di garanzia.

– È stata formalizzata l'operatività della garanzia per la "sommministrazione di cure palliative" e per "le attività svolte dall'Assicurato nell'ambito di eventi sportivi e gare nonché nell'ambito del servizio assistenziale di continuità o volontariato presso ONLUS...".

Il perimetro di copertura delle attività professionali svolte degli iscritti all'AAROI-EMAC è stato ampliato e reso più esplicito, sia con la precisazione relativa alle cure palliative, sia con l'aggiunta della copertura di alcune attività extra-ospedaliere, così da rendere la polizza più ampia ed efficace.

– È stata recepita la facoltà per l'Assicurato di acquistare l'ultra-attività di cinque anni per il passaggio da un'attività a maggior rischio ad un'attività a minor rischio (p. es. dalla libera professione ad un rapporto di lavoro dipendente con il SSN).

Questa estensione offre agli Assicurati la possibilità di essere tenuti indenni per richieste di risarcimento relative ad attività svolte in un contesto a maggior rischio che dovessero essere notificate successivamente al passaggio ad una attività caratterizzata da un profilo di rischio più contenuto. Sino ad ora, l'unica possibilità per rispondere a questa esigenza era continuare a versare il premio relativo all'attività più rischiosa: da oggi è possibile acquistare l'ultraattività di cinque anni in un'unica soluzione, corrispondendo per i successivi periodi assicurativi il premio più basso previsto per la nuova attività con minor rischio. Tale garanzia sarà immediatamente acquistabile anche da coloro che fossero passati da un'attività a maggior rischio ad altra con minor rischio negli anni passati.

– È stata introdotta - a seguito di richieste pervenute da alcuni Iscritti - la facoltà di estendere la garanzia all'attività svolta in qualità di guardia medica e sostituto del medico di base, a fronte di un premio annuo lordo aggiuntivo di € 200,00 (tale possibilità di



Animali d'affezione in Rianimazione

Dopo aver verificato "tutte le condizioni di tutela sanitaria previste, tra cui le condizioni cliniche del paziente, le condizioni logistiche, nonché i requisiti e i documenti dell'animale", alla ASL2 di Savona è stato consentito a un cane di far visita alla sua anziana padrona ricoverata nel reparto di Rianimazione. "Gli animali da compagnia - dicono dall'ASL che per la prima volta ha consentito questa procedura - svolgono un ruolo importante nella cura dei malati: è infatti dimostrato che un animale può calmare l'ansia, trasmettere calore affettivo, aiutare a superare lo stress e la depressione che possono insorgere nei pazienti ricoverati". Sulla scia di questo primo esperimento, l'ASL della città ligure sta mettendo mano al proprio regolamento per far sì che questo tipo di situazione possa ripetersi in totale sicurezza per i pazienti e per gli animali.

estensione era già operativa dallo scorso anno per gli Specializzandi, a fronte di un premio annuo lordo aggiuntivo di € 150,00).

Questa facoltà interessa una minoranza di Iscritti, ma proprio per questo testimonia, con la collaborazione del Broker AON, il capillare e meticoloso impegno dell'AAROI-EMAC, nei limiti del possibile, nel tener conto di ogni esigenza di tutti i suoi Iscritti, anche di quelli che hanno particolari situazioni personali di attività professionale.

Non appena formalizzate, le Polizze saranno pubblicate sulle pagine web del Broker AON dedicate alle Convenzioni Assicurative stipulate dall'AAROI-EMAC, che ne darà notizia agli Iscritti per email.

Zibaldone semi-serio: il florilegio arguto di Gian Maria Bianchi

Lana, latte, letto

Tra i rimedi della nonna uno dei più conosciuti è quello delle "3 L": lana, latte, letto. Fino agli anni Sessanta era l'unica cura per le malattie dei reni. Oggi è ancora il rimedio raccomandato nelle sindromi influenzali di grandi e piccini.

Lana. Calore e candore.

La maglia di lana, lavorata a maglia dalla nonna.

La sciarpa di lana, indossata contro i rigori dell'inverno.

Lo scialle di lana, portato in giro per la casa da mamme, nonne, zie, prima di accendere la stufa.

Il gomitolo di lana, srotolato lentamente da dita che sferruzzavano veloci.

Il materasso di lana, scucito e lavato ogni 5 o 6 anni e messo a nuovo dal materassaio, con la sua macchina dentata in mezzo al cortile.

La lana è calda, è candida, è morbida. La pecora si fa tosare per donarcela, per tenere al caldo chi ha freddo, chi è freddoloso, chi è malato. La pecora è anche uno dei personaggi principali del presepe, dopo la sacra famiglia, i re magi e i pastori. Il pastore è colui che bada al gregge e che si prende cura delle pecore. È un badante, è un curante.

L'immagine del pastore, nella Bibbia, oltre che nell'annuncio a Betlemme, è presentata in tantissime situazioni. Parabola della pecorella smarrita: lui lascia le altre 99 pecore per andarla a cercare. Isaia: "Come un pastore egli fa pascolare il gregge, e con il suo braccio lo raduna, porta gli agnellini sul petto e conduce pian piano le pecore madri." Lui tiene in braccio i lattanti e rallenta l'andatura perché le pecore gravide sono più appesantite.

Lana, caldo, pecora, pastore, cura. La lana è una medicina!

Latte. Calore e candore.

La tazza di latte, bianco e fumante.

Che diventa zuppa, con l'aggiunta del pane di ieri, spezzato e immerso.

Che diventa caffelatte, con l'aggiunta del primo caffè uscito dalla moka.

Che diventa rimedio contro il mal di gola, con l'aggiunta di due cucchiaini di miele di acacia.

Anche il latte è una medicina. Perché? Perché è il primo alimento dei mammiferi e dell'uomo. E quando ci si ammala, si torna bambini, lattanti. Indifesi e bisognosi del calore e del latte materno. Si ritorna, con la memoria cosciente e con il subconscio primordiale, a quando tu avevi la febbre e la mamma ti metteva a letto, ti faceva bere il latte caldo, ti teneva la pezzuola bagnata sulla fronte. Poi ti imboccava col cucchiaino di sciroppo per la tosse e ti metteva la supposta per la febbre.

Il latte era bianco, caldo, dolce, denso, a volte con un velo di panna che ti restava attaccato al labbro come un paio di baffetti.

Letto. Calore e candore.

Indossata la lana e bevuto il latte, adesso devi infilarti sotto le lenzuola. Una volta le lenzuola erano rigorosamente bianche: erano il corredo che tua nonna aveva religiosamente preparato per tua mamma. Se eri malato, tra le lenzuola si teneva la borsa dell'acqua calda. In campagna mettevano lo scaldaletto o "prete", quella piccola gabbia di legno con dentro lo scaldino. E tu, in stato di letargo (si era in pieno inverno) per la febbre alta, ti rintanavi sotto quelle lenzuola di bucato, calde, confortevoli e curatrici.

Dopo tre giorni interminabili di brividi e sudate, cominciava la convalescenza. Brodo di pollo, patata lessa, pera cotta. Al sesto giorno eri in piedi. Ed eri aumentato di due centimetri. Febbre e letto avevano il potere di allungarti.

Lana, latte, letto. Una volta.

Oggi è diverso. La diagnosi come si fa? Ter-

metrono elettronico istantaneo. Telefonata al Medico di Medicina Generale e poi inevitabile carrellata su internet. Una volta come si faceva? Dieci minuti di colonnina di mercurio sotto l'ascella, oppure mano e labbra della mamma sulla fronte. Medico di famiglia che visitava con occhi ("fai aaaa"), mano ("ripeti trentatré") e orecchio sulla schiena ("respira forte"). E tornava a visitarti ogni giorno.

Fatta la diagnosi si passa alla terapia. Vediamo quella di oggi. Antibiotico, antinfiammatorio, cortisonico, antitosse, fluidificante, vitamine, fermenti lattici, integratori. Proviamo a ricordare la terapia di una volta. Aspirina e, al massimo, un po' di codeina per la notte. E poi? Poi lana, latte e letto.

E quanto ci vuole per guarire, cioè qual è la prognosi? È rimasta quella di una volta: sei giorni. Anche il decorso è rimasto lo stesso: tre giorni in crescendo e tre giorni in calando. Come la febbre: sale per "crisi" e scende per "lisi". Brusca salita, con brivido, malessere generale, artro-mialgie diffuse. Lenta discesa, con sudorazione profusa, spossatezza, secchezza delle mucose.

Oggi, se sei bambino, si rispettano i tempi del decorso naturale. Se invece sei adulto, no. Devi essere attivo, efficiente, produttivo. E così vai a lavorare con la febbre. Col rischio di contagiare. Contagio? Ma cosa dici? È una parola medievale. Del resto anche Manzoni ce lo racconta con Renzo, durante la peste. "Va, va, povero untorello: - rispose colui - non sarai tu quello che spianti Milano."

E ti imbottisci di qualunque cosa: una farmacia ambulante. Molière fa iniziare "Il malato immaginario" col monologo di Argante che esamina il conto del farmacista. "Dunque, è andata che in questo mese ho preso uno, due, tre... otto medicine; e uno, due, tre... dodici lavativi. Mentre il mese scorso sono arrivato a dodici medicine e venti lavativi. Non c'è da meravigliarsi se in que-

sto mese sto meno bene del mese scorso. Lo dirò al dottor La Squacchera, perché rimetta le cose in ordine."

C'è un rischio legato all'"accanimento lavorativo" e all'"accanimento auto-terapeutico". È il rischio di complicità, di ricadute, di cronicizzazioni.

A questo punto, un manager del 2000 passerebbe a calcolare il rapporto costi-benefici (CBA: cost-benefit analysis). È un'operazione tale e quale quella del problema in quarta elementare.

La maestra dettava: "Conoscendo malattia, febbre e tipo di lavoro, calcolate il rapporto tra il "costo" di medicinali, contagio, stress, postumi e il "beneficio" del rientro in pista ultraveloce (come un pit-stop). Calcolate quindi il rapporto tra il "costo" di maglia, tazze di latte, letto caldo e il "beneficio" di cinque giorni di mutua con rientro al lavoro in forma perfetta. Vi do mezz'ora per risolvere il problema."

Essere o non essere malati: *that is the question*.

Don Abbondio aveva scelto di essere malato, senza esserlo. Colpa, furbizia o debolezza? Era, è e sarà sempre l'arma di difesa degli indifesi, dei deboli, dei pavidetti, dei tartassati.

Comunque, è sempre buona cosa rivolgersi ad un medico di fiducia.

Marco Valerio Marziale, poeta e insigne epigrammista del I secolo, ci narra la sua esperienza. *Languebam: sed tu comitatus protinus ad me / venisti centum, Symmache, discipulis.*

Centum me tetigere manus aquilone gelatae: / non habui febrem, Symmache, nunc habeo.

Stavo male: ma tu subito venisti da me, Simmaco, accompagnato da cento discepoli.

Cento mani gelate dalla tramontana mi toccarono: non avevo la febbre, Simmaco, ora ce l'ho. (*Epigrammata V, 9: Ad un medico*)

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

Tutti gli Iscritti possono inviare i loro Quesiti a: quesiti@aaroiemac.it

Rubrica a cura di Domenico Minniti (Vice Presidente Sez. Reg. AAROI-EMAC Calabria) e Arturo Citino (Coordinatore Formazione Sindacale)



RISCHIO ANESTESIOLOGICO

Quesito: Se qualcuno è stato giudicato non idoneo all'attività di anestesista dopo visita medico legale, ha diritto agli 8 giorni per "rischio anestesio logico"?

Risposta: L'articolo 39 del CCNL 10.2.2004, integrativo del CCNL 1998_2001, al comma 7 recita: "Al personale medico anestesista esposto ai gas anestetici compete un periodo di ferie aggiuntive di 8 giorni da usufruire in un'unica soluzione nell'arco dell'anno solare" e, di conseguenza, la risposta alla domanda è negativa.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE IN SEDI DIFFERENTI

Quesito: In caso di prestazioni aggiuntive per l'azienda in sede differente a quella di assegnazione dove timbra il dipendente?

Risposta: L'argomento deve essere trattato nella convenzione tra le Asl anche in dipendenza del fatto che venga remunerato il viaggio o meno, sia come computo delle ore sia come riconoscimento spese. Occorre anche porre attenzione alla assicurazione per infortuni sul lavoro nel tragitto che, trattandosi di libera professione, non è detto che sia garantita dalla convenzione.

MOBILITA'

Quesito: Alla luce della nuova normativa sulla mobilità (riforma della Pubblica Amministrazione), è lecito utilizzare per singole giornate uno o più colleghi su ospedali diversi della stessa ASL?

Risposta: La riforma della pubblica amministrazione (art. 4.Mobilità obbligatoria e volontaria della Testo del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90) ha stabilito la possibilità di trasferimento di uno o più colleghi in sede diversa (entro 50 km) purchè ci sia una carenza in una sede ed un esubero nell'altra.

Il trasferimento di cui trattasi si intende definitivo, non consente l'utilizzo per singole giornate di uno o più colleghi su ospedali diversi della stessa ASL e non va confuso con la mobilità d'urgenza che resta regolata dal CCNL al massimo per un mese all'anno.

REPERIBILITA' DIURNA

Quesito: La reperibilità diurna (dalle 8 alle 20) può essere usata anche per le attività di sala operatoria e/o per i trasporti extraospedalieri?

Risposta: Il CCNL 3.11.2005 all'Art. 17 Pronta disponibilità recita: "3. Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia dell'art. 16 ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina. Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa".

Di conseguenza non è possibile attivare alcuna pronta disponibilità diurna feriale.

TURNI E NEOMAMME

Quesito: Le neomamme con bimbi sotto i tre anni possono fare reperibilità diurne feriali e festive? Possono fare le notti di guardia?

Risposta: Non esiste norma che esoneri dall'obbligo di prestare lavoro diurno e/o festivo la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni.

La norma di riferimento è il "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e di sostegno della maternità e della paternità a norma dell'art. 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53", di seguito riportato, che esonera dall'obbligo del lavoro NOTTURNO la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni.

Art. 53 - Lavoro notturno (Legge 9 dicembre 1977, n. 903, art. 5, commi 1 e 2, lettere a e b)

1. È vietato adibire le donne al lavoro, dalle ore 24 alle ore 6, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino.

2. Non sono obbligati a prestare lavoro notturno:

a) la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni o, in alternativa, il lavoratore padre convivente con la stessa;

b) la lavoratrice o il lavoratore che sia l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a dodici anni.

3. Ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lettera c), della legge 9 dicembre 1977, n. 903, non sono altresì obbligati a prestare lavoro notturno la lavoratrice o il lavoratore che abbia a proprio carico un soggetto disabile ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni.

Si ribadisce peraltro il concetto che le reperibilità diurne sono previste esclusivamente per le giornate festive.

RICHIESTA FERIE: "FORMALIZZATA"

Quesito: Come avviene la richiesta di ferie? Va formalizzata per iscritto prima di effettuarle?

Risposta: La richiesta dev'essere formalizzata per iscritto prima che inizi il periodo di ferie. Prodotta successivamente non esclude la possibilità che possano essere addebitate sanzioni per assenza ingiustificata.

PRONTA DISPONIBILITA'

Quesito: È possibile che una contrattazione decentrata avalli una pronta disponibilità sostitutiva e/o feriale diurna?

Risposta: La contrattazione decentrata non può stabilire l'istituzione di attività non previste dal CCNL e non può trattare argomenti che il contratto non delega alla contrattazione aziendale; di conseguenza non è consentita l'istituzione di una PD diurna feriale e, per i nostri servizi, non è consentita l'istituzione di una PD sostitutiva.

INFERMIERE DI ANESTESIA

Quesito: È lecito che mi si chieda di lavorare senza infermiere di anestesia in una sala dove sono da sola, con infermieri non formati nel campo delle emergenze?

Risposta: Se si ritiene, come è lecito ritenere, che la presenza di un infermiere formato per collaborare con l'anestesista sia necessario a garantire un sufficiente livello di sicurezza per il paziente, si dovrebbe segnalare al Direttore di SC e, per conoscenza, al Risk Manager dell'Azienda, questa necessità ed i rischi ad operare da solo.

Un tempo esisteva l'infermiere specializzato in anestesia che aveva alcuni compiti esplicitati in un mansionario (D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225. Modifiche al R.D. 2/5/1940, n.1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici TITOLO III) - oggi quei compiti dovranno essere attribuiti ad infermieri che collaborano con l'anestesista anche se la figura dell'infermiere specialista non esiste più.

GRADUATORIE ATTIVE E CONCORSI

Quesito: Qualora dovessero essere presenti in regione graduatorie attive per anestesia-rianimazione è possibile indire un avviso pubblico per la copertura di posti a tempo determinato?

Risposta: L'utilizzo di una graduatoria di un'altra Azienda Sanitaria è una facoltà di ciascuna Azienda e non un obbligo - per un excursus normativo puoi vedere <http://bit.ly/1leBzxz>

RISCHIO ANESTESIOLOGICO

Quesito: Se non si utilizzano le ore dedicate all'aggiornamento, queste ultime devono comunque essere svolte come ore di attività di servizio?

Risposta: Il debito orario del Dirigente Medico (art. 14 CCNL 5 novembre 2005) è di trentotto ore settimanale, delle quali quattro (o tre e mezza, su richiesta dell'Azienda) "sono destinate all'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata etc". Nel caso non vengano utilizzate a tale scopo, resta immutato il debito orario nei confronti dell'Azienda. Infatti, continua il CCNL, "Tale riserva di ore non può in alcun modo comportare una mera riduzione dell'orario di lavoro".

Nota Bene: le "Risposte ai Quesiti" si basano sulle fonti legislative e contrattuali riferibili ai casi descritti, che a volte sono lacunose, e pertanto non possono avere alcuna pretesa di infallibilità, stanti le possibili diverse interpretazioni delle normative

12° Congresso Nazionale SIARED

L'Anestesista Rianimatore di fronte alle sfide di una medicina che cambia

Acquisire nuove competenze, allargare gli orizzonti, valorizzare il ruolo di medico interdisciplinare

Save the date

www.siared.it

10-12 giugno 2016 - Roma

Partecipare per crescere

CALENDARIO CORSI SIMULEARN PRIMO SEMESTRE 2016

Di seguito il calendario del primo semestre 2016 dei Corsi di Simulazione Avanzata del Centro AAROI-EMAC di Formazione e Aggiornamento "SimuLearn" di Bologna. I Corsi, strettamente riservati ai soli Iscritti dell'AAROI-EMAC, sono strutturati in due giornate consecutive (1° giorno pomeriggio + 2° giorno mattino e pomeriggio). Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il "Modulo di iscrizione" disponibile sul sito www.aaroiemac.it, dove sono pubblicate tutte le informazioni di riferimento. Per ulteriori ragguagli, è possibile rivolgersi al seguente recapito telefonico: 051.18899425

Gestione delle aritmie cardiache durante l'intervento chirurgico con sistemi di simulazione

	Lunedì 1 / Martedì 2 Febbraio Lunedì 22 / Martedì 23 Febbraio	Lunedì 21 / Martedì 22 Marzo	Mercoledì 13 / Giovedì 14 Aprile	Lunedì 16 / Martedì 17 Maggio Lunedì 30 / Martedì 31 Maggio	
--	--	------------------------------	----------------------------------	--	--

Gestione delle problematiche anesthesiologiche in pediatria con sistemi di simulazione

	Mercoledì 17 / Giovedì 18 Febbraio Lunedì 29 Febbraio / Martedì 1 Marzo		Lunedì 4 / Martedì 5 Aprile	Lunedì 23 / Martedì 24 Maggio	
--	--	--	-----------------------------	-------------------------------	--

Ecografia in anestesia locoregionale con sistemi di simulazione

Giovedì 14 / Venerdì 15 Gennaio	Lunedì 15 / Martedì 16 Febbraio	Lunedì 7 / Martedì 8 Marzo	Lunedì 11 / Martedì 12 Aprile	Lunedì 2 / Martedì 3 Maggio	
---------------------------------	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	--

Ecografia In Terapia Intensiva con sistemi di Simulazione

Lunedì 18 / Martedì 19 Gennaio		Mercoledì 16 / Giovedì 17 Marzo		Mercoledì 18 / Giovedì 19 Maggio	Lunedì 13 / Martedì 14 Giugno
--------------------------------	--	---------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------

Simulazione medica avanzata per l'anestesia e l'emergenza in ostetricia

Lunedì 25 / Martedì 26 Gennaio		Lunedì 14 / Martedì 15 Marzo	Lunedì 18 / Martedì 19 Aprile	Lunedì 9 / Martedì 10 Maggio	
--------------------------------	--	------------------------------	-------------------------------	------------------------------	--

Sicurezza in anestesia: verso nuovi standard lavorativi

	Lunedì 8 / Martedì 9 Febbraio				
--	-------------------------------	--	--	--	--