

# *il nuovo* Anestesista Rianimatore

**AARO IEMAC**  
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 Ferdinando del Carretto n° 26 - 80133 Napoli - Diffusione web tramite provider Aruba

MAGGIO - GIUGNO  
2019  
3  
Anno XXXX

## CCNL 2016-2018: siamo vicini alla meta?

**SimuLearn®,  
una scelta vincente**

**Benessere  
Donne Medico,  
Italia fanalino di coda**

**Riscatto laurea e TFR,  
ultime novità**

# Sommario

- 4 Attualità**  
CCNL 2016-2018 – Ultime novità
- 6 Dalle Regioni**  
Dalle Delibere sul Pronto Soccorso in Toscana allo stato di agitazione in Veneto
- 10 SimuLearn®**  
Centro AAROI-EMAC SimuLearn®: una scommessa vinta!
- 16 Lo Studio**  
Benessere lavorativo Donne Medico: Italia fanalino di coda

- 22 IntensiveAPP**  
NutriTI App, la Nutrizione in ambiente intensivo
- 24 Assicurazione**  
Quando una polizza assicurativa può essere considerata “adeguata”?
- 28 Previdenza**  
Riscatto Laurea, Richiesta Ferie arretrate e TFR: i chiarimenti dell'esperto
- AAROI-EMAC risponde**
- 38 Quesiti Sindacali**

News AAROI-EMAC in tempo reale [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

## INDIRIZZI UTILI

### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

**PRESIDENTE (SEGRETERIA)** • Dr ALESSANDRO VERGALLO • [aaroiemac@aaroiemac.it](mailto:aaroiemac@aaroiemac.it)  
**SEGRETARIO** • Dr ANTONINO FRANZESI • [franzesi@aaroiemac.it](mailto:franzesi@aaroiemac.it)  
**TESORIERE** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [amendola@aaroiemac.it](mailto:amendola@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE NORD** • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • [matarazzo@aaroiemac.it](mailto:matarazzo@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE CENTRO** • Dr CESARE IESU • [sardegna@aaroiemac.it](mailto:sardegna@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE SUD** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**COORDINATORE UFFICIO ESTERI** • QUIRINO PIACEVOLI • [ufficioesteri@aaroiemac.it](mailto:ufficioesteri@aaroiemac.it)

### CONTATTI EMAIL REGIONALI

**ABRUZZO** • Dr FABRIZIO MARZILLI • [abruzzo@aaroiemac.it](mailto:abruzzo@aaroiemac.it)  
**BASILICATA** • Dr FRANCESCO ALLEGRINI • [basilicata@aaroiemac.it](mailto:basilicata@aaroiemac.it)  
**CALABRIA** • Dr DOMENICO MINNITI • [calabria@aaroiemac.it](mailto:calabria@aaroiemac.it)  
**CAMPANIA** • Dr GIUSEPPE GALANO • [campania@aaroiemac.it](mailto:campania@aaroiemac.it)  
**EMILIA ROMAGNA** • Dr MATTEO NICOLINI • [emilia-romagna@aaroiemac.it](mailto:emilia-romagna@aaroiemac.it)  
**FRIULI-VENEZIA GIULIA** • Dr ALBERTO PERATONER • [friuli@aaroiemac.it](mailto:friuli@aaroiemac.it)  
**LAZIO** • Dr QUIRINO PIACEVOLI • [lazio@aaroiemac.it](mailto:lazio@aaroiemac.it)  
**LIGURIA** • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • [liguria@aaroiemac.it](mailto:liguria@aaroiemac.it)  
**LOMBARDIA** • Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI • [lombardia@aaroiemac.it](mailto:lombardia@aaroiemac.it)  
**MARCHE** • Dr MARCO CHIARELLO • [marche@aaroiemac.it](mailto:marche@aaroiemac.it)  
**MOLISE** • Dr DAVID DI LELLO • [molise@aaroiemac.it](mailto:molise@aaroiemac.it)  
**PIEMONTE - VALLE D'AOSTA** • Dr GILBERTO FIORE • [piemonte-aosta@aaroiemac.it](mailto:piemonte-aosta@aaroiemac.it)  
**PUGLIA** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [puglia@aaroiemac.it](mailto:puglia@aaroiemac.it)  
**SARDEGNA** • Dr CESARE IESU • [sardegna@aaroiemac.it](mailto:sardegna@aaroiemac.it)  
**SICILIA** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**TOSCANA** • Dr LUIGI DE SIMONE • [toscana@aaroiemac.it](mailto:toscana@aaroiemac.it)  
**UMBRIA** • Dr ALVARO CHIANELLA • [umbria@aaroiemac.it](mailto:umbria@aaroiemac.it)  
**VENETO** • Dr MASSIMILIANO DALSASSO • [veneto@aaroiemac.it](mailto:veneto@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI BOLZANO** • Dr.ssa ROBERTA PEDRAZZOLI • [bolzano@aaroiemac.it](mailto:bolzano@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI TRENTO** • Dr PIERGIORGIO CASETTI • [trento@aaroiemac.it](mailto:trento@aaroiemac.it)

Periodico Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - EM.A.C.

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

**Direttore Responsabile**  
Dr ALESSANDRO VERGALLO

**Vice Direttori**  
Dr CESARE IESU  
Dr.ssa TERESA MATARAZZO  
Dr EMANUELE SCARPUZZA

**Comitato di Redazione**  
Dr GIAN MARIA BIANCHI  
Dr POMPILIO DE CILLIS  
Dr COSIMO SIBILLA

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

**Redazione**  
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

**Progetto grafico:**  
Roberto Spiga

**Foto:**  
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 20-06-2019

## **Obiettivo: chiudere il CCNL 2016-2018 al più presto**

Il rinnovo del CCNL è una priorità dell'AAROI-EMAC e lo è per tutti gli Iscritti. Le trattative, ricominciate nel mese di Marzo dopo un periodo di stallo, stanno andando avanti. Qualcosa si muove, come descritto nella pagina successiva, ma al momento non ci sentiamo di fare trionfalismi perché le carte non sono ancora del tutto scoperte. Lo saranno nei prossimi incontri, già calendarizzati per il 26 Giugno e il 3 Luglio. L'obiettivo, è inutile nasconderselo, è di chiudere al più presto anche in considerazione del quadro generale italiano.

Si stanno rincorrendo in questi giorni notizie poco rassicuranti come l'inserimento nella Bozza del tanto atteso Patto per la Salute di una clausola di salvaguardia che potrebbe diventare uno stop all'incremento del FSN (Fondo Sanitario Nazionale) previsto per i prossimi anni. E non sarebbe la prima volta. La sanità italiana non può tollerare ulteriori tagli. Al contrario ha bisogno di risorse economiche e umane, oltre che di investimenti che abbiano come base un piano di riforme strutturali che consentano di assicurare l'universalità e l'equità del SSN in tutta la penisola, garantendo la qualità delle cure a tutti i cittadini.

In questo senso, l'AAROI-EMAC ha apprezzato la netta presa di posizione, rispetto alla clausola di salvaguardia, da parte del Ministro della Salute, Giulia Grillo, che ha minacciato di dimettersi qualora si andasse avanti in questo senso.

D'altra parte, a giorni alterni, si parla di rimpasto di Governo con tutto quello che potrebbe comportare in termini di ritardi e di questioni mai risolte, alcune di vitale importanza, come la formazione post laurea e la corretta programmazione dei fabbisogni.

I colori e gli equilibri politici – per quanto riguarda il Sindacato degli Anestesisti Rianimatori e dei Medici dell'Emergenza-Urgenza da sempre apolitico – non dovrebbero essere condizionanti in un periodo in cui qualsiasi rallentamento dell'attività ministeriale potrebbe mettere a rischio la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale. Di fronte ad una classe medica ridotta allo stremo, con una carenza di specialisti che è diventata ormai cronaca quotidiana e con l'oggettiva difficoltà di garantire i LEA, non è possibile perdere tempo, né tanto meno ridurre le risorse.

Riteniamo, quindi, senza voler entrare nel merito di quanto fatto in questo anno di attività, che l'eventuale decisione di cambiare oggi il titolare del Dicastero della Salute potrebbe non essere la scelta giusta.

**Alessandro Vergallo**  
*Presidente AAROI-EMAC*



# CCNL 2016-2018 Ultime novità

Certificato l'incremento contrattuale del 3,48%

**F**inalmente – nella riunione del 12 Giugno 2019 – l'ARAN ha certificato l'incremento contrattuale per il triennio 2016-2018 con la variazione dell'Atto d'Indirizzo e l'assicurazione che il MEF procederà alla certificazione delle risorse: si tratta dello 0,36% del monte salari per il 2016 (47.340.000,00); del 1,09% per il 2017 (143.480.000,00) e del 3,03% per il 2018 (397.380.000,00), o, se lo si vuole considerare a regime, il 3,48% (458.100.000,00) da Aprile 2018. È chiaro che il 3,48% da Gennaio 2019 è a regime.

Incassato l'incremento richiesto rispetto al precedente incontro in cui venivano prospettati solo 352.380.000,00 per il 2018 (quindi + 45.000.000,00), l'ARAN ha confermato che:

- entro alcuni giorni verrà inviato alle OO.SS. un testo normativo nel quale verranno prospettati alcuni Istituti che la parte datoriale intende rinnovare/modificare già con questo contratto;
- dalle anticipazioni si tratta di una proposta che riguarda:
  - a) riformulazione della progressione di carriera per gli incarichi ex articolo 27C del CCNL 8/6/2000, ipotizzando lo spacchettamento in 4 livelli, cui verranno attribuiti diversi valori di retribuzione di posizione minima unificata;
  - b) ridefinizione della cosiddetta "differenza sui minimi" al fine di chiarire meglio quale sia la retribuzione di posizione in funzione dell'incarico attribuito, anche ai fini pensione e TFS;
  - c) ipotesi di unificazione del fondo di posizione con quello di risultato;
  - d) clausole di salvaguardia per l'attuale retribuzione di posizione assegnata al momento dell'applicazione del nuovo modello.
- restano aperti i nodi emersi nella prima fase della contrattazione Marzo-Ottobre 2018: verranno esaminati al termine della negoziazione;
- intende accelerare la fase contrattuale al fine di giungere quanto prima alla sottoscrizione del nuovo CCNL.

Sono state fissate due riunioni, una il 26 Giugno, l'altra il 3 Luglio.

L'AAROI-EMAC ha sottolineato la necessità di avere ben chiari i flussi economici che costituiscono gli attuali Fondi Aziendali, prima di poter analizzare l'ipotesi di unificazione dei due Fondi come sopra evidenziato, dando per certo che in tale ipotesi non si possa che chiarire la componente economica destinata alla retribuzione di posizione da quella destinata al raggiungimento di obiettivi.

Inoltre ha chiarito che il 3,48% deve incrementare Istituti fissi e continuativi del CCNL (tabellare – retribuzione di posizione unificata) e non Istituti relativi alla componente variabile della retribuzione.

*La Commissione Contratto AAROI-EMAC*

## PETIZIONE COSMED

### **Fermiamo il taglio degli stipendi pubblici: aboliamo la scala ignobile!**

Un tempo esisteva la scala mobile che rivalutava automaticamente gli stipendi ristorandoli degli aumenti inflattivi. Da tempo è stata abolita per gli stipendi e limitata a più riprese (compresa l'ultima legge di bilancio) per le pensioni.

Molti non sanno che solo per i dipendenti pubblici è operativa dal 2011 una sorta di scala mobile al ribasso che riduce automaticamente le retribuzioni medie e la massa salariale.

È la scala ignobile!

Per denunciare questa ingiustizia la Confederazione COSMED ha lanciato un appello al Governo italiano e ai partiti politici affinché venga fermato il taglio agli stipendi dei dipendenti pubblici!

La petizione è online sulla piattaforma Change.org:

<https://www.change.org/p/al-governo-italiano-aboliamo-la-scala-ignobile-fermiamo-il-taglio-degli-stipendi-dei-dipendenti-pubblici>

Dalle  
Regioni



# AAROI-EMAC Toscana

**Delibere Pronto Soccorso  
senza coinvolgimento  
AAROI-EMAC**

## **La lettera del Dr Luigi De Simone, Presidente AAROI-EMAC Toscana, al Direttore di Quotidiano Sanità.**

Gentile Direttore,

ritengo doveroso esprimere sconcerto nell'aver appreso, dalla Stampa, come la Regione Toscana abbia dato il via libera a due Delibere sulla questione della grave sofferenza di organico nell'area dell'Emergenza-Urgenza. Tali Delibere sono state approvate senza alcun confronto con l'AAROI-EMAC, il Sindacato degli Anestesisti Rianimatori e dei Medici dell'Emergenza che il sottoscritto rappresenta in Toscana, nonostante il nostro diretto e peculiare coinvolgimento all'interno del settore.

Eppure, proprio l'AAROI-EMAC, durante l'incontro del 13 marzo scorso, aveva richiesto un tavolo di confronto tra Regione e Sindacati, finalizzato ad affrontare il problema della carenza dei medici in generale e di alcune specialità in particolare (Anestesisti Rianimatori, Medici dell'Emergenza, Pediatri etc.).

La Toscana, nei mesi scorsi, aveva individuato una carenza di 147 dirigenti medici in medicina e chirurgia d'accettazione e da una valutazione dell'Associazione, di oltre un anno fa, risultava anche una carenza di 250 Anestesisti Rianimatori. Da tempo vi è, quindi, una situazione di notevole difficoltà, aggravata da soluzioni organizzative delle Direzioni Aziendali e/o Dipartimentali quanto mai fantasiose e alternative.

La mancanza di coinvolgimento degli Anestesisti Rianimatori è particolarmente grave considerando il momento cruciale dovuto ad anni disastrosi per il Sistema Sanitario Regionale. Spending review, blocco delle assunzioni, blocco del contratto hanno determinato un impoverimento del SSR nell'ambito delle risorse umane tale da aver raggiunto un punto di non ritorno. Nella Regione Toscana si ha, inoltre, una differenza nella retribuzione in base alla Azienda nella quale si lavora, "grazie" ad amministratori e direzioni "oculate" che "risparmiano" tutto quel che possono svuotando le tasche dei loro dipendenti. È di Aprile la Sentenza del Giudice del Lavoro che ha dato ragione ai ricorrenti della ex Asl di Pistoia per quanto riguarda Fondi Stipendiali ingiustamente decurtati ad un folto numero di malcapitati lavoratori:

[http://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo\\_id=73196](http://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo_id=73196).

La Regione sta mettendo a disposizione risorse economiche, 4 milioni di euro destinati alla Dirigenza Medica e Veterinaria per quelle aziende con fondi al di sotto della media regionale; 9 milioni di euro messi a disposizione per il comparto; 15.750.600 euro per l'abbattimento delle liste di attesa ambulatoriali ed oltre 8 milioni per quelle chirurgiche; ed infine le nuove assunzioni previste per il Pronto Soccorso. Peccato però che non esista nessun accordo/indicazioni su come tali fondi saranno effettivamente utilizzati e resi disponibili a livello aziendale.

La proposta della Regione Toscana, per affrontare la carenza di Medici nei Pronto Soccorso, si aggiunge alle altre discutibili soluzioni che le Regioni stanno mettendo in atto per fronteggiare una crisi annunciata ormai da oltre due decenni in mancanza di Indicazioni Nazionali.

Condizioni di lavoro sempre più difficili, blocco del salario da 10 anni, contenziosi medico legali, mancanza di valorizzazione e retribuzioni adeguate hanno un'unica domanda:

Perché fare il medico nel Sistema Sanitario oggi in Italia? In particolare perché nella Regione Toscana?

**Dr Luigi De Simone**  
*Presidente AAROI-EMAC Toscana*



## Condotta antisindacale: accordo tra AAROI-EMAC e Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

*Atto conciliativo dopo le inottemperanze alle normative per gli scioperi del 2015, 2016, 2017, 2018*

In occasione delle giornate di astensione dal lavoro promosse dalle OO.SS. della Dirigenza Medica e Sanitaria del SSN nel corso degli anni 2015, 2016, 2017, 2018, nella Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia si sono più volte verificate, da parte delle Amministrazioni nel frattempo succedutesi, inottemperanze alle normative di legge in materia, nonostante i precisi inviti sindacali rivolti a tutti gli Enti del SSN, Policlinico compreso, inviati dall'O.S. AAROI-EMAC preliminarmente a ciascuna occasione di sciopero, a voler ottemperare agli obblighi di legge, non solo a tutela dei diritti dei Lavoratori, ma anche a garanzia dell'Utenza per la fruizione dei servizi minimi ed essenziali previsti dalle norme.

In particolare, per diversi anni non veniva adeguatamente rispettato l'obbligo, in capo all'Ente, di individuare per tempo e correttamente i cosiddetti "contingenti minimi", né, conseguentemente, la possibilità, da parte dei Dirigenti Medici e Sanitari, di avvalersi del diritto alla sostituzione previsto dall'art. 3 comma 3 dell'Acc. Dir Med e Vet 26/9/2001 ed SPTA 25/9/2001, con palese violazione dell'art. 28 dello Statuto dei Lavoratori (L.300/1970). L'O.S. AAROI-EMAC, nelle figure del Rappresentante Aziendale e dei Presidenti Regionale e Nazionale, si erano pertanto viste obtorso collo costrette, a causa di tale reiterata condotta antisindacale, a promuovere – così come già avvenuto anche nel recente passato altrove – un ricorso avanti al Tribunale di Pavia in funzione di Giudice del Lavoro, al fine di ristabilire, nel caso specifico, i legittimi diritti dei Colleghi Dirigenti Medici tutti del Policlinico San Matteo.

La nuova Direzione Strategica Aziendale, insediatasi dai primi di gennaio 2019, richiedeva, a fronte di tale ricorso, un atto conciliativo all'AAROI-EMAC, per risolvere la questione attraverso un accordo sulla corretta gestione dei contingenti minimi e del diritto di informazione e di sciopero, sia nell'interesse dei Medici, sia per la dovuta tutela della salute della collettività, con l'intento di sanare per l'avvenire un vulnus così eclatante che rischiava di continuare a minare alla base la correttezza dei rapporti tra Ente e Sindacati.

L'AAROI-EMAC, visto il cambio di rotta che l'Ente ha in tal modo concretamente manifestato di voler intraprendere, ha pertanto accettato di buon grado la richiesta, ed insieme ai nuovi vertici della Fondazione ha annunciato di aver raggiunto un accordo soddisfacente che d'ora in poi potrà e dovrà essere onorato da entrambe le parti, nella convinzione che il dialogo e la collaborazione tra Datore di Lavoro e Lavoratori, per tramite di relazioni sindacali improntate a reciproco rispetto e a reciproca fiducia, siano cardini fondamentali affinché all'Utenza siano erogati i servizi sanitari cui essa ha diritto in un clima di benessere lavorativo aziendale che senz'altro giova alla loro efficienza ed alla loro qualità.

**Alessandro Venturi**

Presidente Fondazione  
IRCCS Policlinico San Matteo

**Cristina Mascheroni**

Presidente Regionale Lombardia  
AAROI-EMAC





# SimuLearn®

## una scommessa vinta! Innovazione, competenza, passione: le carte vincenti del Centro AAROI-EMAC dedicato alla Simulazione Medica Avanzata

**U**n Centro di Simulazione Medica Avanzata gestito da un Sindacato di categoria per la formazione e la tutela dei propri Iscritti attraverso una proposta formativa di alto profilo che unisse la teoria alla pratica in un clima di collaborazione e scambio reciproco tra Docenti e Discenti. Da questa idea – nel 2015 – è ripartito, totalmente rinnovato, il **Centro AAROI-EMAC “SimuLearn®”** di Bologna. Affidata alla Direzione Scientifica del Professor Franco Marinangeli e al Coordinamento Istruttori del Dottor Gilberto Fiore, “la palestra” dei Medici Anestesiisti Rianimatori e dell’Emergenza-Urgenza iscritti all’Associazione, ma anche per Specialisti non iscritti, ha negli anni sviluppato l’attività al punto da triplicare i numeri iniziali, passando dai 313 Discenti formati nel 2015 ai 1059 del 2018. Numeri destinati ad aumentare ulteriormente, considerando che nel primo semestre del 2019 hanno partecipato ai corsi proposti 671 Medici.



**Punti chiave CRM**  
CRM (Crew Resource Management) è un insieme di strategie e tecniche progettate per migliorare la comunicazione e la collaborazione all'interno di un'equipaggio, riducendo il rischio di errore umano in situazioni ad alta pressione e complessità.

- 1. Comunicazione efficace: utilizzare un linguaggio chiaro e conciso, evitare l'ambiguità.
- 2. Ascolto attivo: prestare attenzione alle comunicazioni degli altri membri dell'equipaggio.
- 3. Assertività: esprimere le proprie preoccupazioni e idee in modo rispettoso e costruttivo.
- 4. Lavoro di squadra: collaborare e supportare reciprocamente i membri dell'equipaggio.
- 5. Gestione delle risorse: utilizzare le competenze e le risorse disponibili in modo efficiente.
- 6. Decisione collettiva: prendere decisioni basate sulle informazioni condivise da tutti i membri dell'equipaggio.
- 7. Adattamento: essere flessibili e capaci di rispondere rapidamente ai cambiamenti.
- 8. Sicurezza: mantenere un alto livello di consapevolezza e vigilanza durante l'intera operazione.

**Procedure Magnetite**

Procedure per la gestione di un incidente magnetico in un ambiente ospedaliero.

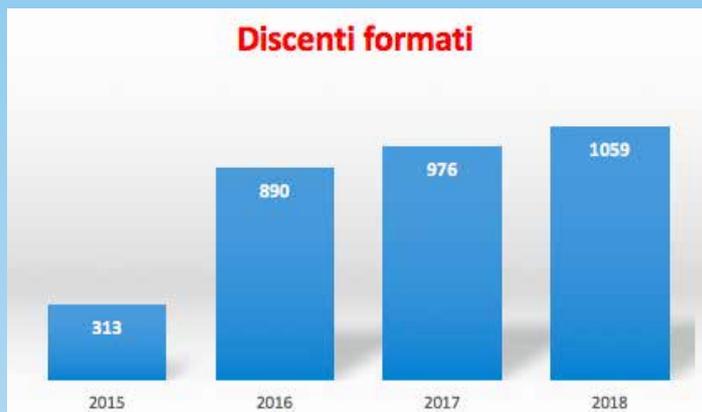
1. Isolamento dell'area: chiudere le porte e limitare l'accesso all'area.
2. Evacuazione: evacuare i pazienti e il personale non necessario.
3. Allarme: attivare l'allarme magnetico.
4. Assistenza: prestare assistenza ai feriti e ai malati.
5. Documentazione: registrare l'incidente e le azioni intraprese.
6. Investigazione: indagare sulle cause dell'incidente.
7. Prevenzione: implementare misure preventive per evitare incidenti simili.

Una crescita che va di pari passo con il costante incremento della proposta formativa sia per numero di edizioni svolte di uno stesso corso, sia per la realizzazione di percorsi sempre nuovi che nascono da una costante analisi delle esigenze dei Colleghi.

A fronte dei 16 corsi complessivi del 2015, nel 2018 sono stati fatti 56 Corsi, passando dai 6 titoli del 2015 ai 16 dello scorso anno. Un simile sviluppo, realizzato tramite il Provider AreaLearn e fortemente voluto dalla Presidenza Nazionale, è stato possibile anche grazie alla formazione e al successivo inserimento di Istruttori certificati che oggi sono 39 (41 nel 2018), mentre erano 19 nel 2015.

*“Il Centro AAROI-EMAC SimuLearn® è parte integrante della mission della nostra Associazione che ha come obiettivo la tutela a 360° dei Colleghi Iscritti – sottolinea Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC –. Tale tutela non può, quindi, non comprendere l’ambito formativo che ha ripercussioni sull’attività lavorativa di tutti noi in termini di sicurezza, di qualità, di riduzione del rischio. I Corsi SimuLearn, insieme alle altre proposte formative dell’AAROI-EMAC, rappresentano un’opportunità che coniuga diversi aspetti. Tra questi l’abbinamento tra l’utilizzo di tecnologie avanzate nel campo della simulazione e l’elevata competenza di un team di Docenti specializzati in questo ambito.*

*Non dimentichiamo, inoltre, che esiste oggi una reale difficoltà di dedicare le ore previste alla formazione a causa dei carichi di lavoro e di organici non completi. Tale difficoltà deve essere superata, innanzitutto non rinunciando al diritto alla formazione, e, allo stesso tempo, puntando ad una formazione efficace, intensiva e con un riconoscimento di crediti ECM adeguati al valore della proposta e dell’impegno richiesto. Il valore aggiunto dei Corsi SimuLearn è proprio questo: in due giorni di full immersion si approfondisce l’argomento e soprattutto si affrontano scenari di emergenza che il Discente, insieme al team, deve risolvere proprio come se fosse un caso reale”.*



*“Gli strumenti migliori - da una parte per tutelare il Medico e dall'altra per garantire la sicurezza del Paziente - sono la riduzione dell'errore, il miglioramento dell'organizzazione e il potenziamento della comunicazione all'interno del team e tra Medico e Paziente – afferma Franco Marinangeli -. Tutti skills su cui l'AAROI-EMAC grazie al Centro AAROI-EMAC “SimuLearn®” lavora costantemente. L'Associazione offre ai propri Iscritti la garanzia di una formazione continua e all'avanguardia, la definizione di strumenti adeguati per accrescere le competenze ed allo stesso tempo aumentare la consapevolezza dell'importanza di lavorare in luoghi sicuri e di seguire gli standard”.*

*“La simulazione è una metodologia formativa utilizzata per la prima volta nell'aeronautica per preparare i piloti alla guida e alla gestione di situazioni di emergenza – sottolinea Gilberto Fiore -. I corsi che proponiamo sono articolati in una parte teorica ed una completamente interattiva, attraverso il ricorso a simulatori di situazioni cliniche complesse in un ambiente sanitario attrezzato come nella realtà. A seconda dello scenario proposto dal docente, il team – costituito dai Discenti – dovrà affrontare, situazioni di emergenza realistiche in cui il manichino risponderà alle manovre decise e alla*

*strategia individuata per risolvere “il caso”.*

*Ogni singolo scenario viene seguito dal Docente attraverso la sala regia, mentre un sistema di telecamere registra la dinamica dell'azione. Al termine della simulazione, durante il debriefing, la registrazione viene riproposta ai Discenti per consentire il dibattito sulla strategia utilizzata e sull'esito dello scenario proposto”.*

Una simile attività è resa possibile dalla struttura e dai relativi dispositivi utilizzati. Il Centro AAROI-EMAC “SimuLearn®” è costituito da una sala plenaria dotata di impianto audio-videoHD-pc; una sala operatoria simulata con tutta l'attrezzatura necessaria: lettino operatorio, carrelli di emergenza dotati di vari presidi medicali, ventilatore polmonare, letto da terapia intensiva, scialitica, aspiratore, defibrillatore, monitor parametri, impianto audio e video (3 telecamere) per le riprese scenari di simulazione, colonna gas, pompe di infusione, videolaringoscopio, fibroscopio, TOF, DAE (defibrillatore semiautomatico); una sala regia per le riprese audio/video degli scenari.

Il Centro è inoltre certificato da American Heart Association (AHA) come International Training Center (ITC).





## IL CALENDARIO DEI CORSI E LE ISCRIZIONI ONLINE

Sul sito [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it) è disponibile il Calendario dei Corsi proposti dal Centro AAROI-EMAC SimuLearn® nel secondo Semestre 2019.

## ISTRUTTORI

**Franco Marinangeli** (*Ecografia Lororegionale Base e Avanzato*)  
**Pierfrancesco Fusco** (*Ecografia Lororegionale Base e Avanzato*)  
**Astrid Behr** (*Ecografia Lororegionale Base e Avanzato*)  
**Raffaele Perna** (*Ecografia Lororegionale Base*)  
**Emiliano Petrucci** (*Ecografia Lororegionale Base*)  
**Gilberto Fiore** (*Acls-Eco nell' ACLS, COME e Ostetricia Base*)  
**Roberto Balagna** (*ACLS, PALS, COME e SiTraPac®*)  
**Fabrizio De Biasi** (*ACLS*)  
**Paolo Donato** (*ACLS*)  
**Loris Cristofoli** (*ACLS, PALS e SiTraPac®*)  
**Massimiliano Dalsasso** (*Ostetricia Base e Avanzato*)  
**Elena Galassini** (*Ostetricia Base e Avanzato*)  
**Chiara Gasperini** (*Ostetricia Base e Avanzato*)  
**Andrea Fabbri** (*Ostetricia Base e Avanzato*)  
**Alessandro Simonini** (*Ostetricia Avanzato*)  
**Fabio Criscione** (*PALS*)  
**Davide Alberto Chiumello** (*ARDS*)  
**Silvia Coppola** (*ARDS*)  
**Paolo Formenti** (*ARDS*)  
**Emanuele Iacobone** (*Accessi Venosi*)  
**Daniele Elisei** (*Accessi Venosi*)  
**Giuseppe Capozzoli** (*Accessi Venosi*)  
**Antonio Anile** (*EcoTerapia intensiva Base e avanzato Eco nell' ACLS*)  
**Giacomo Castiglione** (*EcoTerapia intensiva Base e avanzato Eco nell' ACLS*)  
**Salvatore Petrina** (*EcoTerapia intensiva Base e avanzato*)  
**Francesco Oliveri** (*EcoTerapia intensiva Base e avanzato*)  
**Tiziana Regolo** (*EcoTerapia intensiva Base e avanzato*)  
**Ilaria Sillitti** (*EcoTerapia intensiva Base e avanzato Eco nell' ACLS*)  
**Miryam Piccirillo** (*EcoTerapia intensiva Base e avanzato*)  
**Cristina Mirabella** (*EcoTerapia intensiva Base e avanzato*)  
**Massimo Nordio** (*Aritmie*)  
**Carlotta Fontaneto** (*Aritmie*)  
**Luca Sivera** (*Aritmie*)  
**Francesco Marino** (*Comunicazione*)  
**Nicola Zamperini** (*Comunicazione*)  
**Antonio Luciani** (*SiTraPac®*)  
**Davide Fionda** (*SiTraPac® e COME*)  
**Giovanni Mistraretti** (*Il Passaggio di Consegne*)  
**Sara Mascarin** (*Il Passaggio di Consegne*)

## PARCO MANICHINI SIMULATORI

- 1 simulatore avanzato adulto
- 1 simulatore avanzato bambino (5 anni)
- 3 simulatori adulto per corsi ACLS
- 2 simulatori bambino per corsi PALS
- 1 simulatore donna per simulazione parto
- 3 simulatori neonato per BLS
- 4 simulatori bimbo per BLS
- 4 simulatori adulto per BLS

NAPLES, 30<sup>TH</sup> MAY 2019

TOWARDS A WOMEN ORIENTED MEDICINE

# European women doctors life and work: facilitations and barriers



Antico Refettorio  
complesso Monumentale  
di Santa Maria la Nova  
Via Santa Maria la Nova 4, Napoli

Segreteria Organizzativa  
ANAAO ASSOMED  
Telefono 064245741 - 0817649624  
e-mail: segreteria.napoli@anaao.it



# Lo Studio

**Benessere lavorativo Donne Medico: Italia fanalino di coda. I dati dell'indagine ANAAO ASSOMED, AARO I-EMAC, SNR presentati a Napoli nel corso del Convegno "Towards a women oriented Medicine. European women doctors' life and work: facilitations and barriers"**

**ARCA**  
museo d'Arte  
Religiosa  
Contemporanea

Il Museo d'Arte Religiosa Contemporanea ARCA propone, attraverso un percorso in continua evoluzione, l'incontro tra le testimonianze storico-artistiche di questo antico complesso conventuale (XIII sec.) e la creatività contemporanea, educando alla ricerca di quella Bellezza capace di salvare il mondo.

The Museum of Contemporary Religious Art ARCA proposes, through a constantly evolving journey, the encounter between the historical and artistic evidence of this ancient monastery (13th century) and contemporary creativity, bringing the search for Beauty capable of saving the world.

Attività Autonoma di Segreteria, Cura e Servizio di Napoli

La sanità in Europa è sempre più rosa, ma è la Romania a detenere il primato di nuovo eden per le donne medico. Sono le più numerose (69%), le più soddisfatte di retribuzione e carriera, solo il 19% di loro ha subito discriminazioni di genere, e l'indice di gradimento dell'organizzazione del lavoro sale fino all'89%. Di segno positivo anche i dati di altri due Paesi dell'Est: la Repubblica Ceca con il 55% di camici rosa soddisfatti e la Croazia che si distingue per la parità uomo-donna nella gestione della sanità pubblica e per l'alto grado di soddisfazione per le opportunità di carriera, dato che la accomuna all'Olanda. Fanalino di coda l'Italia, dove le donne medico lamentano discriminazione, insoddisfazione professionale ed economica, per non parlare della possibilità di accedere a posti di leadership. Chiude la classifica la Bulgaria dove le donne stanno progressivamente abbandonando la professione. Unico tratto in comune tra tutte le donne medico intervistate è la limitata conoscenza delle leggi e contratti che tutelano la professione.

Sono questi in sintesi i risultati dell'indagine realizzata da ANAO ASSOMED, AAROI-EMAC e SNR, tra i paesi membri della FEMS (Federazione Europea dei Medici Salariati) per conoscere le condizioni lavorative delle donne medico in Europa. I dati fotografano le realtà degli 11 Paesi che hanno risposto al questionario (Bulgaria, Cipro del Nord, Croazia, Italia, Olanda, Portogallo, Romania, Repubblica Ceca, Slovenia, Spagna, Turchia) sui 17 aderenti alla Fems (che comprende anche Austria, Belgio, Francia, Polonia, Slovacchia, Ungheria) e sono stati presentati in occasione della Conferenza Internazionale che si è svolta a Napoli a Napoli il 30 maggio. Vediamo i risultati nel dettaglio.

L'elemento comune è il tasso di femminilizzazione della classe medica che in tutti i paesi europei si attesta o supera il 58-60% con punte in Romania del 69% (addirittura, in Romania il 77,7% dei medici di base è donna ed un recente studio ha evidenziato che hanno una mortalità anticipata rispetto alla media della popolazione di circa 10 anni). La fascia di età proporzionalmente più rappresentata è tra i 36 e i 49 anni e, a seguire, la fascia più giovane. Unica eccezione, la Bulgaria che ha mostrato, negli ultimi anni, un'inversione di tendenza: gli iscritti a medicina sono prevalentemente uomini, nonostante negli ultimi 30 anni fosse maggiore il numero delle donne medico. Questo fenomeno,

come vedremo più avanti, è correlato al basso tasso di soddisfazione legato al riconoscimento professionale e alle opportunità di carriera.

Alla domanda **"Sul posto di lavoro, ti sei mai sentita discriminata in quanto donna?"** una dottoressa italiana su 2 ha denunciato episodi di discriminazione il più delle volte da parte di superiori o pazienti, mentre la percentuale scende leggermente in Olanda, Turchia, Repubblica Ceca, Slovenia, Portogallo e Spagna. Interessante notare che nei due paesi della penisola iberica, a discriminare sono soprattutto i pazienti (in Spagna, il 60% delle intervistate lamenta questo dato) e si evidenzia la necessità di risolvere il problema da un punto di vista culturale, anche per evitare possibili fenomeni di violenza a carico delle donne medico. In

Romania solo il 19% delle donne medico ha vissuto episodi di discriminazione (Cipro del Nord di poco sopra il 28%), mentre in Slovenia li hanno subito 3 intervistate su 4, soprattutto dai superiori. La Croazia si è rivelato il paese Fems in Europa con il più alto numero di donne in posizione di comando, addirittura con punte del 54,4% negli ospedali pubblici.

Alla domanda **"Cosa nei pensi della conciliazione dei tempi casa-lavoro nella tua organizzazione del lavoro?"**, il 68% delle dottoresse italiane ha risposto dichiarandosi insoddisfatte, per aver dovuto rinunciare o all'aspetto professionale o a quello personale per conciliare lavoro e vita privata. Va molto meglio negli altri paesi della UE: in Romania addirittura l'86% è del tutto o abbastanza soddisfatto e nessuna intervistata si è detta insoddisfatta, in Spagna

solo il 28% è per nulla soddisfatto, in Croazia addirittura il 58% è soddisfatto per la carriera e anche nella Repubblica Ceca il 55% delle intervistate è molto o abbastanza soddisfatto e solo il 5% si dichiara totalmente insoddisfatto. In Turchia, invece, c'è una condizione di parità tra grado di soddisfazione ed insoddisfazione nonostante i colleghi turchi abbiano attraversato un difficile periodo politico che ha portato all'arresto di alcuni medici, appartenenti al Council Members of the Turkish Medical Association. Vicina alle percentuali della Turchia, si trovano le dottoresse di Cipro del Nord, che si attestano al 45% come grado di completa insoddisfazione.

Molto interessanti le risposte alla domanda **"Che cosa miglioreresti del tuo lavoro, per una più soddisfacente conciliazione dei tempi casa-lavoro?"**. In tutti



i paesi, la risposta più cliccata è stata , con particolare riguardo al part-time e alle guardie, con percentuali di risposta che vanno dal 40% dell'Olanda, che chiede una revisione dei carichi di lavoro, al 77% della Slovenia, al 60% dell'Italia. Un'altissima percentuale delle donne medico vuole una migliore gestione dei giorni di riposo e delle ferie (Romania 42%, Portogallo 44%, Spagna 50%, Olanda 29%). Da segnalare il dato che le donne medico europee non danno la priorità ad una migliore remunerazione, ad eccezione della Bulgaria (unico paese in controtendenza rispetto al fenomeno della femminilizzazione) dove il 64% delle intervistate si è espresso in tal senso, e della Repubblica Ceca (74%). Lievemente discostante anche la posizione di Cipro del Nord, anche se nell'analisi delle risposte è necessario considerare il piccolissimo campione di intervistate e anche di donne medico che operano in questa piccola Repubblica del Mediterraneo. Infatti, circa il 46% delle partecipanti ha espresso la necessità di migliorare uno dei tre aspetti che costituiscono la sfera professionale: opportunità di carriera, riconoscimento professionale e maggiore leadership.

È verosimile che questo dato sia correlato alla diversa idea, soprattutto tra le nuove generazioni, della conciliazione casa-lavoro e di benessere sociale ed economico che perseguono. Inoltre, poche professioniste hanno espresso il desiderio di una maggiore leadership (una percentuale intorno al 15%) nonostante i dati evidenzino la mancanza di figure femminili nei posti di comando. Nuovamente la Bulgaria si è dimostrata in controtendenza con il 45,5% delle intervistate che ha richiesto più opportunità di carriera. È possibi-

le che una nuova concezione di benessere, escluda le donne medico dal desiderare l'accesso alle posizioni di potere. Ed altrettanto possibile è che i ruoli manageriali vengano percepiti come troppo gravosi o, peggio, irraggiungibili.

La domanda **"Sei soddisfatta della tua carriera professionale?"** ha svelato che in Romania, in Olanda e nella Repubblica Ceca si trovano le donne medico più soddisfatte, con una percentuale rispettivamente del 86% (di cui 22%, riferisce di esserlo a discapito però della vita familiare), del 70% e del 56%.

In Italia, solo il 16% è soddisfatto della propria carriera professionale e negli altri paesi la quota di soddisfazione anche se più alta, mette in luce un sacrificio della sfera personale. Rilevante notare il dato che in Italia, un altro 16% di professioniste sottolinea di non aver avuto opportunità proprio per il fatto di essere donna, mentre la percentuale, su questo punto, è ancora più bassa negli altri paesi presenti nella FEMS.

L'Italia mostra un quadro negativo anche alla domanda **"Ritieni che sul posto di lavoro ci sia un pari coinvolgimento delle donne nei posti gestionali e di leadership?"**. Il 42% delle dottoresse italiane intervistate ha risposto con un secco NO ed un altro 42% è però fiducioso che ci sia una crescente attenzione su questo tema. Solo il 5% delle olandesi ha risposto NO, e nella maggioranza degli altri paesi presenti, con una percentuale crescente, ma che non sfiora il grado di disillusione delle dottoresse italiane. Il 51% delle dottoresse della Repubblica Ceca afferma che non ci sono condizioni di pari opportunità nell'accesso alla carriera, ma allo stesso tempo dichiara di essere soddi-



sfatta dal punto di vista professionale. In Portogallo, il 53% pensa che ci siano pari coinvolgimento e consapevolezza dell'autorità femminile, ma allo stesso tempo solo il 20% è soddisfatto della carriera.

L'ultima domanda pone un interessante spunto di riflessione di natura politico-sindacale. Alla richiesta **“Conosci leggi o accordi sindacali che, nella tua opinione, siano positivi per la conciliazione della vita lavorativa con i tempi di cura familiari?”** una quota importantissima di intervistate - in Bulgaria addirittura il 100% ed in Turchia l'80% - non conosce e non riporta leggi a tutela della condizione femminile (Cipro del Nord 78%, Repubblica Ceca 77%, Slovenia 71%, Spagna 66%, Italia 60%, Portogallo 58%, Olanda 50%). Queste risposte evidenziano la lacuna di un contesto legislativo insieme alla mancanza di consapevolezza, da parte delle lavoratrici, della cornice normativa entro cui lavorano e operano. In questo caso è fondamentale un'azione di educazione da parte del sindacato stante il fatto che la tutela del lavoratore nasce anche dall'insegnamento di quelli che sono i diritti esercitabili.

## CONCLUSIONI

È inaspettato il grado di soddisfazione delle donne medico in Romania, al quale sicuramente concorre il consistente aumento di stipendio (esattamente il doppio!) che i medici rumeni hanno avuto a partire dal febbraio 2018, grazie ad una importantissima azione di categoria che ha visto tutti i medici aderire in modo compatto ad uno sciopero nella sanità pubblica. Anche la Repubblica Ceca si rivela un paese dove le donne medico hanno una percezione di benessere legato alla sfera lavorativa (anche se poco remunerato e che rivendica importanti sacrifici).

È confortante la condizione della Croazia che vede già la gestione della sanità pubblica in mani parimenti femminili e maschili, ma, nonostante questo, non è stata trovata una soluzione riguardo tempi di lavoro che meglio rispondano alle esigenze di genere. È preoccupante la condizione della Bulgaria che vede un'inversione di tendenza nella classe medica in un contesto in controtendenza per quanto riguarda la composizione di genere e una totale insoddisfazione della categoria. Ed anche la virtuosa Olanda, eccellenza nelle classifiche Euro Health Consumer Index, vede le sue lavoratrici lamentarsi di un welfare che concede congedi parentali troppi brevi ed un accesso al part-time limitato. L'Italia esce sconfitta dal confronto con i paesi Fems, occupando la zona più buia: le donne medico italiane si confermano deluse, vorrebbero un maggior riconoscimento professionale (ma non chiedono, in pari percentuale, una maggiore remunerazione), sono insoddisfatte per la loro carriera e, nonostante conoscano leggi che potrebbero sostenerle nella conciliazione casa-lavoro, lamentano il fatto che queste vengano spesso inapplicate. Anche in Portogallo, le donne medico sottolineano l'esistenza di norme di tutela inapplicate e la difficoltà di far conciliare la professione con una condizione di monogenitorialità.

## IL COMMENTO

*L'AAROI-EMAC ha partecipato all'organizzazione del Convegno che si è svolto a Napoli sotto il cappello della FEMS e alla realizzazione dell'indagine sul Benessere lavorativo delle donne medico, ben consapevole che si tratti di un tema di grande attualità, anche alla luce del fatto che sempre più donne decidono oggi di intraprendere la professione medica. Nella nostra categoria – nonostante la attività svolta sia particolarmente dura e soggetta a turni tali da programmare con difficoltà la propria vita familiare – il numero delle donne è in continuo aumento: il 52% dei nostri Iscritti è donna con un trend costantemente in crescita.*

*È quindi di nostro grandissimo interesse approfondire quali siano le reali situazioni in cui le donne medico lavorano, valutare le criticità e mettere in atto politiche sindacali adeguate al cambiamento in corso da anni.*

*Ci troviamo oggi in Italia in una situazione decisamente critica con una carenza di organico che riveste carattere di vera e propria emergenza e che incide anche sulla organizzazione della vita privata con risvolti pesantissimi in particolare per le donne.*

*Abbiamo testimonianze ormai quotidiane da parte di Colleghe che vedono violati i propri diritti, a cominciare dal rispetto dell'orario di lavoro e della possibilità di usufruire di ferie e permessi. Solo per citarne alcuni. Spesso registriamo la fatica, l'amezza nel non riuscire a pianificare la propria organizzazione familiare e, in taluni casi, il rimpianto per aver scelto una professione che non è gratificata come dovrebbe, e non solo dal punto di vista economico.*

*Di fronte ad un simile panorama ci conforta che le Colleghe, in particolare quelle più giovani, continuino ad avere fiducia nel Sindacato. I nostri dati dimostrano che la percentuale maggiore di Iscritte riguarda le nate dopo il 1970 e rappresenta il 63% del totale dei nati da quell'anno in poi. Una percentuale praticamente ribaltata rispetto ai nati fino al 1969 che sono oggi per il 60% uomini.*

*Anche in nome di questa fiducia siamo intenzionati a portare avanti iniziative come l'indagine svolta e il convegno che si è tenuto a Napoli e che è stato un importante momento di confronto, di analisi e di approfondimento internazionale. Occasioni alle quali, tuttavia, deve far seguito – sia a livello di singoli Sindacati, sia come Federazione degli stessi – una costante attenzione al benessere lavorativo delle donne e al loro diritto ad avere esattamente le stesse opportunità rispetto ai Colleghi uomini.*

*Alessandro Vergallo  
Presidente AAROI-EMAC*





# Intensive App



Rubrica a cura di  
**Pasquale Raimondo**  
Anesthesiologist and Intensivist Pediatric Department  
of Anesthesia and Intensive Care Unit  
Giovanni XXIII - Policlinico di Bari (Italy)

## NutriTI App

“Il supporto nutrizionale in Terapia Intensiva ha l'obiettivo di contribuire a modificare l'outcome del paziente critico e, pertanto, deve variare in relazione alla gravità dello stato della malattia” – il **Dr Angelo Insorsi**, co-autore dell'App **NutriTI**, ci introduce così all'importante capitolo della nutrizione in ambiente intensivo – “è di fondamentale importanza che il supporto nutrizionale sia ottimizzato in relazione al fabbisogno proteico-calorico del singolo paziente e orientato verso una tailored nutrition”.

“Nella pratica clinica di tutti i giorni, abbiamo riscontrato l'esigenza di avere un aiuto immediato e di facile consultazione – prosegue l'autore – un supporto che semplificasse la gestione nutrizionale dei nostri pazienti ricoverati in Terapia Intensiva”: per questa ragione nel marzo 2018, grazie ad un grant di Nestlé, il **Dr Insorsi** e due medici in formazione specialistica, la **Dr.ssa Giulia Bonatti** e il **Dr. Gabriele Zucco**, hanno ideato e realizzato un'app per supportare gli Anestesisti Ria-

nimatori nella prescrizione di una corretta nutrizione, secondo le linee guida internazionali. I tre hanno lavorato insieme presso la Clinica Anestesiologica e Terapia Intensiva dell'Ospedale Policlinico San Martino di Genova, diretta dal Prof Paolo Pelosi.

L'app NutriTI è destinata principalmente ad Anestesisti Rianimatori che, lavorando in Unità di Terapia Intensiva, si occupano di nutrizione artificiale, enterale e parenterale.

Inserendo alcuni dati del paziente nelle schermate proposte dall'app, il medico ha la possibilità di ottenere il calcolo del fabbisogno nutrizionale raccomandato dalle linee guida internazionali. Inoltre, a seconda delle condizioni cliniche, NutriTI guida l'utente nella scelta di dosaggi e formulazioni più adatte per raggiungere il target calorico-proteico.

Una visualizzazione grafica, di facile comprensione, mostrerà poi quanto la dieta prescritta sia in linea con quella raccomandata.



Al fine di rendere fruibile l'app alle diverse realtà locali, oltre alle formulazioni già inserite (enterali, parenterali e per os), si potranno aggiungere altri preparati che rimarranno salvati sul proprio dispositivo.

La dieta scelta sarà così memorizzata sul proprio smartphone (fino a un massimo di circa venti pazienti) rimanendo disponibile per eventuali modifiche e consultazioni successive.

È, inoltre, possibile accedere alla lista di alcuni prodotti in commercio con le relative caratteristiche nutrizionali e consultare linee guida e tools relativi alla nutrizione. Nell'app sono anche compresi dei calcolatori di BMI, IBW, Nutric Score (e quindi anche SOFA e APACHE II) e Bilancio Azotato.

*"Il nostro obiettivo è quello di diffonderla maggiormente nelle Unità di Terapia Intensiva italiane, mantenendola costantemente aggiornata. Attraverso le opinioni degli utenti ([nutrizione.icu@gmail.com](mailto:nutrizione.icu@gmail.com)) saremo lieti di ottimizzarla per renderla ancora più fruibile ed efficace. Non escludiamo un possibile sviluppo futuro all'estero"* – ha concluso il Dr Insorsì.

Attualmente NutriTI è disponibile su entrambi gli Stores (Android e Apple) ed è possibile scaricarla gratuitamente. NutriTI è l'unica app attualmente disponibile in lingua italiana, poiché Guias de Soporte Nutricional a pagamento e Nutricalculator (gratis, sviluppata con il contributo di Nutricia Netherlands BV) sono altre app simili, ma rispettivamente in lingua spagnola e inglese.



Chiunque conosca colleghi che abbiano sviluppato applicativi e programmi in campo anestesivologico, intensivistico o più generalmente medico, può inviarmi un loro contatto al mio indirizzo mail: [prrainondo@iol.it](mailto:prrainondo@iol.it)



**ARE  
YOU  
COVERED?**

## Alla luce della Legge Gelli e della giurisprudenza, quando una polizza assicurativa può essere considerata “adeguata”?

**L**art. 10, terzo comma, della Legge Gelli prevede che, “ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di una adeguata polizza di assicurazione per colpa grave”.

Per un Anestesista Rianimatore (di seguito AR) o Medico dell’Emergenza-Urgenza (di seguito MEU) che lavora presso il SSN cosa significa “colpa grave”? Si intende solo la responsabilità amministrativa giudicata avanti alla Corte dei Conti?

Per rispondere al quesito occorre analizzare i profili di

responsabilità che possono coinvolgere un Anestesista Rianimatore o un Medico dell’Emergenza-Urgenza dipendente pubblico e, di conseguenza, definire quale sia l’ambito di copertura di una polizza assicurativa “adeguata”.

Andiamo per ordine.

Come è noto, la Procura della Corte dei Conti inizia, obbligatoriamente, le indagini nei confronti dei medici dipendenti del SSN (compresi gli AR e MEU) coinvolti in casi di responsabilità sanitaria, solo (e soltanto) sulla base di informazioni puntuali e dettagliate relative a fatti dai quali sono originati dei danni per l’Ammini-

strazione. Questi fatti (e la relativa documentazione) devono essere obbligatoriamente segnalati dalle Direzioni Generali delle strutture sanitarie (o dagli organi di controllo): questo lo prevede espressamente la Legge (art. 1, comma 3, L. 20/1994 e dall'art. 52, del d.lgs. 174/2016). Nel caso in cui vi sia una omissione di denuncia alla Corte dei Conti della sentenza di condanna civile subita dall'Azienda sanitaria (con conseguente prescrizione dell'azione contabile), la Direzione Generale riceverà una contestazione per danno erariale.

Occorre precisare che la competenza della Corte dei Conti in materia di danni causati dai medici dipendenti del SSN non è imposta dalla Costituzione: questo comporta che il danno determinato dal comportamento del medico pubblico dipendente potrà essere valutato e giudicato non solo dalla Corte dei Conti ma anche dal giudice ordinario (penale e civile)<sup>1</sup>. A riprova di quanto affermato, la Corte di Cassazione ha sanzionato il comportamento di amministratori pubblici che non hanno agito in sede civile a tutela delle ragioni dell'Ente pubblico che amministravano<sup>2</sup>. Inoltre, la giurisprudenza ha condannato l'amministratore pubblico che non si è costituito parte civile nel processo penale instaurato contro il proprio dipendente nel caso in cui il fatto di reato da quest'ultimo compiuto, abbia prodotto dei danni all'Ente.

In questa prospettiva, è opportuno evidenziare che l'azione per la responsabilità civile e quella per la responsabilità amministrativa perseguono finalità diverse. La prima, sia che venga esercitata avanti al Tribunale Civile o a quello Penale (con la costituzione

di parte civile), tende ad ottenere il completo risarcimento del danno subito dall'Ente; la seconda, di responsabilità "amministrativa", invece, è finalizzata a sanzionare il comportamento illecito tenuto dal pubblico dipendente infliggendogli una sanzione pecuniaria solo tendenzialmente correlata al danno prodotto.

Inoltre, l'esercizio di una delle due azioni non preclude l'esercizio dell'altra<sup>4</sup> ed è esclusa che vi sia la sospensione necessaria dell'azione<sup>5</sup>; il giudizio effettuato in sede civile o penale non condiziona l'autonomo accertamento e giudizio da parte della Corte dei conti.

Si tratta, quindi, di due azioni completamente indipendenti e che possono essere esercitate contemporaneamente dalla Struttura sanitaria pubblica nei confronti dei propri dipendenti<sup>6</sup>.

Stabiliti questi principi generali in materia, ci si chiede se la Legge Gelli (n. 24/17) prenda una posizione espressa in materia.

Sotto il profilo processuale, l'art. 9 (intitolato "Azione di rivalsa e di responsabilità amministrativa"), al settimo comma, consente al giudice contabile (alla Corte dei Conti) di desumere "argomenti di prova" dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal paziente-danneggiato nei confronti della struttura pubblica, solo quando il convenuto nell'azione di responsabilità amministrativa (cioè l'AR o MEU) vi abbia preso parte. In altre parole, secondo la legge dovrebbe essere la regola che il medico Anestesista Rianimatore partecipi al giudizio civile instaurato dal paziente nei confronti della struttura sanitaria pubblica.

---

<sup>1</sup> Più precisamente, l'art. 103 Cost. prevede che "La Corte dei conti ha giurisdizione nelle materie di contabilità pubblica e nelle altre specificate dalla legge": quindi è la legge a definire di cosa si può occupare. Sul punto, a conferma, si vedano le numerose sentenze della Corte Costituzionale intervenute in materia (nn. 773/1988, 272/2007, 46/2008): in particolare, si ricorda che la Corte Costituzionale con la sentenza n.ro 641/1987 ha espressamente affermato che "La Corte dei Conti non può considerarsi il giudice naturale della tutela degli interessi pubblici e della tutela da danni pubblici".

<sup>2</sup> V. Cass., Sezioni Unite, 22.7.2004 n. 13702.

<sup>3</sup> V. Corte conti, II, 1.6.1987, n. 99; Sez. riun., 3.6.1987, n. 544; Corte cost., n. 773/88; C. conti, sez. II giur. centr. app., 18-11-2010, n. 472/A.

<sup>4</sup> si v. ad es., C. conti, sez. I giur. centr. app., 22.2.2008, n. 97/A; Corte conti, I, 14.12.2000 n. 331; I, 15.3.1993 n. 26; II, 10.6.1996 n. 28.

<sup>5</sup> Ai sensi dell'art. 295, cod. proc. civ.: v. C. conti, sez. riun. giur. [ord.], 17.7.2013, n. 2; Corte conti, Sez. Riun., 29.10.1986 n. 516.

<sup>6</sup> Se sono indipendenti cosa accade nel caso in cui l'AR/MEU abbia risarcito il danno creato all'Ente nel corso del processo civile? Sul punto, la Corte di Cassazione ha preso una posizione molto precisa e, per altro, a Sezioni Unite (sentenza n. 26659/14) confermando che l'AR/MEU dipendente SSN potrà essere citato dal proprio ente (pubblico) "a manleva" nel caso in cui sia chiamato in causa da un paziente, prevedendo che l'unico limite sarà che l'AR/MEU non potrà essere condannato due volte per lo stesso fatto: se ha già risarcito in sede civile non potrà essere condannato dalla Corte dei Conti. Sul punto, però, la Corte dei Conti ha precisato che "anche ove il giudice ordinario abbia definito la liquidazione del danno, nulla vieta una pronuncia del giudice contabile sul quantum debeatur se l'intero credito erariale, per cui è azione del Procuratore, non sia stato interamente soddisfatto nella previa sede civile" (Corte conti, I, 23.9.1992, n. 200).

Ancora, è illuminante leggere quanto riportato nel libro pubblicato dallo stesso On. Federico Gelli<sup>7</sup> e, in particolare, il commento all'art. 9 che questi ha affidato al magistrato Dott. Vito Tenore: «(va poi ricordato che in caso di danni arrecati all'amministrazione sanitaria da un proprio dipendente (...), l'ente danneggiato potrebbe recuperare il risarcimento anche attraverso una normale azione civile di rivalsa (contrattuale) innanzi al giudice ordinario, come conferma l'art. 9, commi 1-3, l. n. 24, a nostro avviso norma di portata generale, applicabile anche per danni arrecati a soggetti pubblici (e parimenti può fare l'assicuratore dell'Azienda con azione di regresso ex art. 1916 c.c., richiamato dall'art. 9, comma 6, l. n. 24) (...) in tale evenienza non si pone alcuna interferenza (né pregiudizialità ex art. 295 c.p.c.) tra il giudizio sull'illecito amministrativo-contabile (art. 9, comma 5, l. n. 24) e quello sull'illecito civile (art. 9, commi 1-3), con l'unico limite del divieto di doppia condanna del dipendente, in sede contabile e civile, per lo stesso fatto e con eventuale effetto decurtante sulla pretesa della Procura contabile derivante dal parziale recupero intervenuto in sede civile

(e viceversa) o in sede transattiva»<sup>8</sup>.

Lo stesso Autore ha ripreso l'argomento in un testo successivo<sup>9</sup> sostenendo: «Non riteniamo condivisibili talune letture dell'art. 9, che tendono a limitare la rivalsa civile (commi 1-3) innanzi all'a.g.o. (autorità giudiziaria ordinaria: n.d.r.) ai soli casi di danno indiretto arrecato dal medico a strutture sanitarie private ove lavorano, attribuendo alla Corte dei conti la giurisdizione sul danno indiretto ad Aziende pubbliche cagionato da medici pubblici o equiparati; ben potrebbe l'azienda pubblica attivarsi con una rivalsa civile in quanto la norma dell'art. 9 non sancisce testualmente tale distinguo e la tesi del "doppio binario", civile e giuscontabile, per il recupero di danni erariali alla P.A., è ad oggi prevalente (...)».

A questo punto è possibile rispondere alla domanda che abbiamo posto all'inizio del lavoro: secondo quanto previsto dall'art. 10, terzo comma, della legge Gelli quando è possibile considerare una polizza "adeguata"? Cosa deve coprire?

---

<sup>7</sup> Gelli - Hazan - Zorzit, La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione, Milano Giuffrè 2017.

<sup>8</sup> L'Autore riporta una copiosa giurisprudenza contabile che ammette la tesi del c.d. doppio binario civile/contabile ne bis in idem, nascente solo da un giudicato civile totalmente satisfattivo del credito risarcitorio dell'Ente danneggiato (pag. 481, nota n. 35).

<sup>9</sup> Si v. V. Tenore, Manuale di diritto sanitario, ed. 2018, pag. 159.



Sulla base di quanto esposto, una polizza “adeguata” deve coprire il risarcimento e le spese di difesa:

1. derivanti dal procedimento penale: nei casi in cui il paziente-danneggiato si sia costituito “parte civile” contro l’AR/MEU sottoposto a procedimento penale. Si tenga presente che, in caso di sentenza di condanna, l’AR/MEU potrà essere anche condannato in solido con la sua Struttura sanitaria (chiamata come civilmente responsabile) a risarcire il paziente danneggiato. Inoltre, come detto, la stessa Azienda presso cui lavora l’AR/MEU potrà costituirsi autonomamente “parte civile” nei confronti del proprio dipendente chiedendogli il risarcimento del danno;
2. derivanti dalla citazione ricevuta dall’AR/MEU - fatta direttamente dal danneggiato o dalla sua Struttura sanitaria - a partecipare all’accertamento tecnico preventivo (o alla mediazione) come previsto dall’art. 8 della Legge Gelli;
3. derivanti dalla citazione avanti al Tribunale civile inviata all’AR/MEU direttamente dal paziente-danneggiato o nel caso in cui sia stato citato “a manleva” dalla sua Struttura sanitaria o, ancora, nel caso in cui la Struttura sanitaria stessa abbia deciso di agire direttamente nei suoi confronti (entro un anno: come previsto dall’art. 9 della Legge Gelli) per farsi restituire quanto versato al paziente-danneggiato a titolo di risarcimento del danno in un precedente giudizio;
4. infine, dovrà coprire anche il risarcimento conseguente all’azione per responsabilità amministrativa attivata contro l’anestesista avanti alla Corte dei Conti.

Problema: l’unica polizza che copre tutto quanto indicato è solo quella diffusa dalla AAROI EMAC ai propri iscritti.

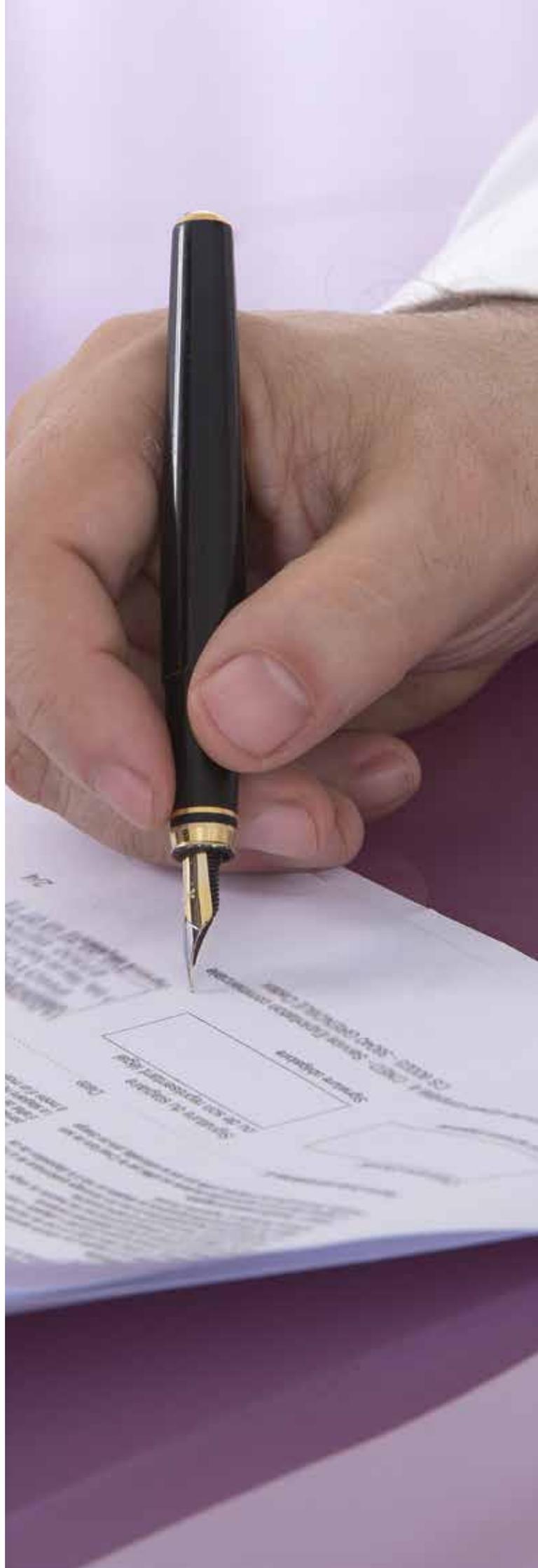
È l’unica polizza che copre ogni forma di “colpa grave”: sia quella amministrativa che quella civile.

È l’unica polizza che copre sempre: senza se e senza ma.

AmMESSO che siano fatte bene e che non contengano trucchi, tutte le altre polizze diffuse da sindacati e associazioni mediche coprono solo - ed esclusivamente - la responsabilità amministrativa avanti alla Corte dei conti: quella indicata al punto 4. Tutto il resto è fuori: è scoperto.

Ecco perchè il sistema di protezione assicurativa dell’AAROI-EMAC è la miglior garanzia per poter lavorare in serenità.

*Alessandro Vergallo*  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC



# Speciale previdenza



A cura di  
**Claudio Testuzza**  
*Esperto in tematiche previdenziali*

# RISCATTO LAUREA

## Ai Medici conviene il riscatto della laurea?

Per i medici che iniziavano il loro rapporto di dipendenza era il primo atto, spesso suggerito dagli stessi funzionari degli ospedali, al momento della assunzione: provvedere al riscatto degli anni di laurea e/o di specializzazione. Il pagamento sarebbe, infatti, avvenuto anni dopo ma con soldi legati all'iniziale retribuzione e spesso svalutati. Anche, se nel tempo, le cifre richieste si sono fatte più elevate si pone il problema della sua convenienza. Intanto, già nel passato si era data la possibilità, rivolta ai neo laureati o ai giovani, di prevedere una spesa ridotta. Il meccanismo consente di parametrare i contributi volontari in base all'ultima dichiarazione dei redditi e per chi non lavora viene considerato un reddito base. Per chi lavora i contributi, calcolati sull'ultimo stipendio percepito, versati all'ente previdenziale sono interamente deducibili dall'imponibile fiscale. Per i periodi precedenti il 1° gennaio 1996, e quindi, facenti anzianità nel sistema retributivo, il calcolo è complesso basandosi su vari fattori variabili quali il sesso, gli anni di contribuzione versata, l'età. Ma è comunque ricavabile con l'aiuto di specifiche tabelle che ne consentono una più facile identificazione. La somma da pagare si può versare in un'unica soluzione, oppure a rate, fino a 10 anni, con 120 rate mensili non gravate da interessi. Nel sistema contributivo, per i periodi di studio da riscattare ricadenti successivamente al 31 dicembre 1995, le aliquote di calcolo sono elevate, allineandosi a quelle previste per i contributi versati sia dal lavoratore sia dal datore di lavoro nel corso del rapporto d'impiego con un'aliquota che viaggia intorno al 33 per cento della retribuzione annua lorda per ogni anno riscattato. Per chi non lavora si considera quale reddito di riferimento quello stabilito dalla legge per artigiani e commercianti. Riscattare un anno di laurea costa, a chi non lavora, circa 5.000 euro. Questo stesso vantaggio, di riscatto agevolato, è stato introdotto anche per coloro che, pur già avendo un reddito personale, intendano riscattare gli anni di studio alla sola condizione però che questi ricadano temporalmente nel sistema di calcolo contributivo. La legge n. 4/2019 ha infatti consentito di riscattare questi periodi con un versamento, per ogni anno da riscattare, di 5.241 euro. Il vantaggio che appare evidente per l'esiguità dell'importo in relazione a quanto sarebbe dovuto con le regole generali ad un'attenta analisi delle sue ricadute future non è sempre particolarmente conveniente. Infatti se consideriamo che questa agevolazione potrebbe riguardare, per i più anziani, soprattutto gli at-

tuali quarantenni con laurea conseguita quindi a metà degli anni 90, si tratta di una scelta piuttosto lontana dal periodo di pensionamento. Valutazione estensibile ancora di più per i più giovani. Si prevedono, infatti, per il futuro almeno 67 anni d'età anagrafica ovvero, per quella "anticipata" almeno 41 anni. Per i nati negli anni 70 il riscatto potrebbe benefici ridotti dato che il traguardo per entrambe le modalità di uscita verrebbero raggiunti quasi in contemporanea.

Ricordiamo, anche, che per la pensione calcolata interamente con il sistema contributivo è prevista una riduzione gratuita di tre anni, quindi a 64 anni, rispetto a quella normale di vecchiaia di 67. Il contributo modesto darà poi una ricaduta del trattamento anch'esso modesto essendo il coefficiente di trasformazione intorno al 5,5 per cento. E trentamila euro di esborso di oggi darebbero domani un incremento di poco superiore ai 120 euro mensili. Resta, quindi, il dubbio che l'investimento previsto possa essere indirizzato ad altre forme di risparmio. Uno strumento che potrebbe essere alternativo al riscatto è rappresentato dalla adesione alla previdenza complementare, il così detto "secondo pilastro" previdenziale.

Si tratta, quindi, di un'opzione da valutare con attenzione soprattutto per chi ha diversi decenni di lavoro davanti a sé anche in considerazione delle sempre possibili variazioni legislative da una parte ma anche, è giusto ricordare, dei cambiamenti di rotta dei mercati finanziari dall'altra.



## La domanda di riscatto decade dopo 10 anni

Spesso, e soprattutto in passato, alla domanda del riscatto degli anni di laurea e/o di studio l'ente previdenziale rispondeva con la richiesta dell'onere da versare, in forma unica o rateale, anche con molti anni di distanza.

In effetti questa condizione rappresentava, ed ancora rappresenta, un vantaggio per il richiedente, in quanto il valore del riscatto ha, fra le varie variabili usate per il suo calcolo, la così detta riserva matematica, anche il riferimento all'importo dello stipendio al momento della domanda stessa. Questa condizione ha fatto sì che molti richiedenti abbiano tralasciato di sollecitare l'istituto pensionistico di procedere alla sua determinazione potendo con la dilazione temporale pagare importi più ridotti e più favorevoli anche grazie all'inflazione monetaria intercorsa fra la domanda del riscatto e la richiesta del suo onere.

Ma è, invece, opportuno ricordare che anche per il diritto al riscatto esiste una decadenza decennale. Lo ha stabilito in un recente passato la stessa Corte di Cassazione.

La Corte di Cassazione ha, infatti, precisato che ai fini della pensione si decade dal diritto al riscatto della laurea dopo 10 anni dalla domanda amministrativa.

Con la sentenza n. 20924/2018 la Cassazione ha precisato che il diritto al riscatto della laurea ai fini pensio-

nistici decade decorsi 10 anni dalla domanda amministrativa, come previsto dall'art. 47 del D.P.R n. 639/1970 sulla revisione degli ordinamenti pensionistici.

Così, nel giudizio di legittimità instaurato presso la Corte di Cassazione, la contestazione dell'INPS è stata accolta nei confronti di un soggetto che aveva depositato il ricorso giudiziario a distanza di ben 26 anni dall'istanza amministrativa.

Il Tribunale di Roma aveva dichiarato inammissibile la domanda avanzata dall'interessato tesa al riscatto degli anni del corso di laurea, poiché decaduto dall'esercizio di questo diritto, ai sensi dell'art. 47 D.P.R n. 639/1970, avendo depositato il ricorso giudiziario a distanza di 26 anni dall'istanza amministrativa del 1983. Il soccombente ricorse, quindi, in appello e la Corte di Roma, in riforma della precedente decisione, invece, condanna l'Inps a comunicare all'appellante l'ammontare della riserva matematica in relazione alla domanda di riscatto del 29.1.1983 e ad assegnargli il termine per l'adempimento.

La Corte di merito ha ritenuto, infatti, che il termine di decadenza decennale previsto dall'art. 47 del D.P.R n. 639/1970 non è applicabile al caso di specie, perché previsto solo per le prestazioni previdenziali.

Non può ritenersi operante neppure il termine di decadenza di 60 giorni previsto dal D.M del 19.2.1981 visto che l'Inps non ha prodotto la raccomandata con avviso di ricevimento contenente la comunicazione del prov-





vedimento di accoglimento dell'istanza di riscatto di cui trattasi pertanto non può ritenersi perfezionato il dies a quo per il computo di questo termine di decadenza.

L'Inps a questo punto ricorre in Cassazione poiché ritiene che: la decadenza prevista dall'art 47 del D.P.R n. 639 del 30/04/1970 sia applicabile anche al riscatto della laurea in quanto prestazione previdenziale e che a controparte sia eccepibile altresì il termine di decadenza di sessanta giorni, visto che l'accoglimento della richiesta era stata debitamente comunicato.

La Cassazione, con la sentenza n. 20924/2018 ha accolto entrambi i motivi di ricorso dell'INPS. In relazione al primo motivo, la Corte ha ribadito che la domanda di riscatto del corso di laurea è da considerarsi a tutti gli effetti una prestazione previdenziale a cui è pertanto applicabile il termine di decadenza previsto dall'art. 47 D.P.R n. 639/1970. È, quindi, evidente che nel caso di specie si è verificata la suddetta decadenza, dal momento che, a fronte della domanda amministrativa di riscatto del corso di laurea del 29.1.1983, che non era stata poi definita, l'assicurato propose il ricorso per l'accertamento di tale diritto in sede giurisdizionale

solo in data 3.2.2009, cioè notevolmente dopo la scadenza del termine decadenziale di dieci anni previsto dal citato art. 47 del D.P.R n. 639/70.

Per quanto riguarda poi il secondo motivo del ricorso la Suprema Corte ha evidenziato come l'Inps non avesse avuto la necessità di provare l'avvenuta conoscenza (...) della comunicazione con la quale venivano illustrate le modalità di pagamento della somma necessaria ai fini della costituzione della riserva matematica per il richiesto riscatto, atteso che nel ricorso introduttivo del giudizio il medesimo assicurato riferiva di aver rappresentato all'Inps, con lettera del 18.5.1995, di essere venuto a conoscenza del fatto che la sua richiesta era stata accolta e comunicata al suo domicilio, anche se la firma apposta sull'avviso di ricevimento - che aveva potuto consultare presso la sede senza ottenerne copia - non era né sua, né di altro componente del suo nucleo familiare.

Pertanto, ci sembra molto utile ricordare che nel momento in cui si avvia la domanda di ricostruzione di carriera (domanda amministrativa), si hanno poi dieci anni di tempo per l'avvio della pratica, decorsi i quali - stabilisce la Cassazione - il diritto decade.



## Entro il 30 Giugno il recupero delle ferie del 2017

Il dipendente ha diritto, per ogni anno di servizio, ad un periodo di ferie retribuito per cui spetta la normale retribuzione ivi compresa l'indennità di posizione organizzativa, esclusi, però, i compensi per le prestazioni di lavoro straordinario, nonché le indennità che richiedano lo svolgimento della prestazione lavorativa e quelle che non siano corrisposte per dodici mensilità. In caso di distribuzione dell'orario settimanale di lavoro su cinque giorni, la durata delle ferie è di 28 giorni lavorativi. In caso di distribuzione dell'orario settimanale di lavoro su sei giorni, la durata del periodo di ferie è di 32 giorni.

Per i dipendenti assunti per la prima volta in una pubblica amministrazione, a seconda che l'articolazione oraria sia su cinque o su sei giorni, la durata delle ferie è rispettivamente di 26 e di 30 giorni lavorativi. Dopo tre anni di servizio, spettano 28 o 32 giorni di ferie.

I dipendenti hanno inoltre diritto a quattro giornate di riposo che, però, devono essere fruiti esclusivamente nell'anno di riferimento, conseguentemente, non è possibile in alcun modo la trasposizione di quelli maturati in un anno nell'anno successivo.

Nell'anno di assunzione o di cessazione dal servizio

la durata delle ferie è determinata in proporzione dei dodicesimi di servizio prestato. La frazione di mese superiore a quindici giorni è considerata a tutti gli effetti come mese intero.

Il 30 giugno 2019 ogni dipendente dovrà aver esaurito le ferie obbligatorie maturate nel 2017.

A stabilirlo è l'articolo 10 del Dlgs. 66/2003 cioè il documento normativo che contiene le disposizioni in materia di orario di lavoro, straordinari e permessi.

Del periodo minimo di ferie, due settimane devono essere godute nell'anno di maturazione mentre, le restanti possono essere utilizzate entro i 18 mesi successivi. È tuttavia da ricordare che, nonostante le previsioni di legge, i contratti collettivi possono derogare alla scadenza dei 18 mesi prevedendo anche un termine più ampio a condizione che tale disposizione non snaturi la funzione stessa delle ferie, cioè il recupero delle energie psico-fisiche.

Essendo le giornate di astensione dal lavoro un diritto irrinunciabile (articolo 36 della Costituzione) la legge esclude che le quattro settimane obbligatorie possano essere liquidate in busta paga senza essere godute. L'erogazione di un importo a titolo di ferie non godute

è concesso solo a fronte della cessazione del rapporto di lavoro, indipendentemente dalle cause che l'hanno determinata. Viceversa, per gli eventuali giorni di ferie eccedenti il periodo minimo e previsti dalla contrattazione collettiva è possibile per le parti concordarne la monetizzazione.

Ma cosa succede se è il dipendente a rifiutarsi di godere delle ferie? Per rispondere a questa domanda è intervenuta perfino la Corte di Giustizia Europea che ha focalizzato la questione con sufficiente chiarezza: se il datore di lavoro riesce a provare la deliberata e piena consapevolezza del dipendente a non volere godere delle proprie ferie, quest'ultimo non avrà diritto ad alcun pagamento nemmeno al termine del rapporto di lavoro. Il rifiuto, dunque, deve avvenire nelle condizioni di perfetto esercizio del diritto e, come detto, deve essere "deliberato e consapevole".

Nel caso di ferie non godute per obbligo del datore di lavoro, il mancato godimento delle ferie entro il ter-

mine, invece, espone il datore ad una sanzione amministrativa pecuniaria. La violazione amministrativa si concretizza anche qualora il dipendente abbia goduto solo in parte del periodo obbligatorio di ferie. L'omessa fruizione delle ferie entro il termine comporta, inoltre, un pregiudizio per il lavoratore, in termini di mancato recupero delle energie psico-fisiche, il quale da un lato potrà agire in giudizio per il risarcimento del danno biologico ed esistenziale e dall'altro chiedere il godimento sia pur tardivo dei periodi non fruiti. Su tale ultimo aspetto, la giurisprudenza di merito ha avuto modo di chiarire che il dipendente dovrà provare l'esistenza del danno biologico oltre al nesso tra il danno medesimo e il mancato godimento delle ferie entro i termini prescritti. Ovviamente, l'omessa fruizione dovrà essere valutata come indipendente dalla volontà del lavoratore. In caso contrario, lo stesso non potrà vantare alcuna pretesa risarcitoria nei confronti del datore.





## TFR ai Medici: se non ci pensa il Governo ci pensano i Sindacati

**U**na delle remore da parte dei dipendenti pubblici, ed in particolare dei Medici dipendenti dal Servizio Sanitario, ad adire alla possibilità di andare in pensione anticipatamente con "quota 100" oltre al divieto di cumulo con redditi professionali, è anche la condizione di un'ulteriore dilazione dei termini di pagamento della liquidazione. Termini già previsti con uno scadenziario particolarmente odioso. Il TFR dei dipendenti pubblici viene pagato, infatti, anche dopo due anni dalla cessazione del rapporto di lavoro e, comunque, con tempistiche in netto ritardo rispetto a quelle del settore privato. Da tempo, questa ingiustificata disparità è considerata da molti inaccettabile tanto da determinare una serie di cause al fine di stabilire l'equiparazione dei tempi di pagamento del TFR tra lavoratori del settore pubblico e lavoratori del settore privato. Per i dipendenti pubblici i termini di pagamento e liquidazione TFR cambiano a seconda delle cause di cessazione del rapporto di lavoro: entro 105 giorni solamente in caso di cessazione dal servizio per inabi-

lità o per decesso; non prima di un anno se la cessazione avviene per pensionamento e raggiungimento dei requisiti di servizio o per età; non prima di 24 mesi se la cessazione avviene per dimissioni volontarie con o senza diritto a pensione, licenziamento o destituzione dall'impiego. Nel provvedimento che ha introdotto la "quota 100" è stato previsto, per i dipendenti delle amministrazioni pubbliche, il conseguimento dell'indennità al raggiungimento del requisito d'età previsto per il pensionamento di vecchiaia. In pratica lo scivolamento della liquidazione, già previsto dalle norme attuali scatta dal compimento, da parte di chi opta di pensionarsi con quota 100, dei 67 anni d'età. Con la spiacevole prospettiva di ottenerlo anche dopo sette anni se si sommano ai due anni canonici gli eventuali 5 anni di distanza, nel caso si optasse alla nuova disposizione previdenziale di pensionamento anticipato con 62 anni d'età. In verità il legislatore accorgendosi dell'infelice situazione in cui si sarebbero trovati i pensionandi ha previsto, per costoro, la possibilità di incassare parte

della liquidazione mediante un prestito bancario, garantito dallo Stato con un interesse intorno al 2,5% in parte compensato da uno sgravio fiscale. Prestito che, però, non può superare i 45 mila euro. Importo che per alcune categorie di dipendenti pubblici, come è il caso dei Medici dipendenti, è solamente una minima parte della loro spettanza. Ricordiamo che la liquidazione per i Medici viene calcolata sulla base dello stipendio dell'ultimo anno. Condizione questa che con anzianità elevate – per quota 100 vengono richiesti almeno 38 anni di contributi – produce trattamenti di fine servizio piuttosto considerevoli. Ma anche se l'importo di anticipazione potrebbe essere modesto, la verità che ad oggi nulla è stato fatto per renderlo realizzabile. Infatti l'accordo quadro previsto dalla legge per il suo adempimento è rimasto solamente un buono proposito ed non è stato ancora ratificato.

A fronte di queste inadempienze ed a favore anche degli altri pensionati, non aderenti a quota 100 e andati in pensione con le norme della legge Fornero, sono intervenuti i Sindacati Medici attivando una convenzione vantaggiosa che consente, l'anticipo della liquidazione con un interesse fisso di appena l'uno per cento. In pratica si cede la liquidazione alla Banca che eroga immediatamente tutta la liquidazione trattenendo un interesse annuo del 1 % fisso e perentorio, modificabile solo previo preavviso di 60 giorni in caso di cambiamento dei tassi della BCE e comunque non retroattivo. Ad esempio per una liquidazione d'importo di 150.000, con uno scadenziario previsto dalle attuali norme di 1° rata di 50.000 euro dopo 1 anno, 2° rata di 50.000 euro dopo 2 anni e 3° rata di 50.000 euro dopo 3 anni, la banca eroga immediatamente fino ad un massimo di 150.000 euro. Gli Interessi saranno per il 1° anno di 1500 euro; di 1000 euro per il 2° anno; di 500 euro per il terzo anno. In caso di rimborso anticipato per l'auspicabile sentenza della Corte Costituzionale o per restituzione del credito da parte dell'interessato si riduce il debito e di conseguenza gli interessi.



Approfondisci OnLine al link:

<https://www.aaroiemac.it/website/-n1566.html>



## ONAO SI: Bilancio 2017 positivo per la Corte dei Conti

La sezione di controllo sugli enti previdenziali della Corte dei Conti ha espresso, nel mese di Aprile, esito positivo alla verifica su i dati di bilancio della gestione finanziaria 2017 dell'ONAO SI, l'Opera Nazionale Di Assistenza degli Orfani e figli dei Sanitari Italiani.

Ricordiamo che l'ONAO SI ha come scopo primario l'erogazione di prestazioni assistenziali dirette al sostegno, all'educazione, all'istruzione e alla formazione degli orfani dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti contribuenti obbligatori e volontari, nonché dei loro figli legittimi, adottivi e naturali riconosciuti, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte. Tali attività possono estendersi anche a favore di figli di contribuenti in situazione di difficoltà economica al fine del loro recupero lavorativo o diversamente abili secondo modalità e criteri regolamentati.

I contributi degli iscritti, a titolo obbligatorio e volontario, e i ricavi conseguenti alla gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare costituiscono le entrate finanziarie attraverso le quali l'Ente provvede al perseguimento dei compiti istituzionali.

Dalla documentazione prodotta si rileva che la Fon-

dazione ha garantito l'accoglimento di un numero di domande di assistenza molto elevato, i cui costi si sono attestati sul valore di 17 milioni di euro, ciò, a fronte di una flessione del numero degli iscritti e, quindi, dei proventi della contribuzione, che nell'esercizio in esame è diminuita ulteriormente, appostandosi all'importo di circa euro 22,5 milioni.

Continuano ad essere molto elevati i costi di funzionamento della Fondazione, anche se nell'anno in esame, anche a seguito dei rilievi già mossi dalla Corte, i medesimi hanno registrato una contrazione di poco più di 4 milioni di euro, raggiungendo, comunque, l'importo totale di oltre 37 milioni di euro.

Si è a conoscenza della volontà di aumentare l'aliquota della contribuzione necessaria e l'importo di quella volontaria, come pure della decisione di completare il quadro di dismissione degli immobili non strumentali che ancora nell'esercizio in esame non è stato realizzato. In tal modo si consentirebbe alla Fondazione di conseguire il pareggio di bilancio nell'area di conto economico della gestione caratteristica e di quella finanziaria dei soli proventi correnti in linea con il generale impegno richiesto a tutti gli enti previdenziali o assistenziali privatizzati.

Nell'esercizio 2017 i dati di consuntivo evidenziano un utile di esercizio di euro 94.880, anche per quest'anno in diminuzione rispetto a quello dell'esercizio precedente.

A fronte di un risultato negativo della gestione caratteristica (euro 10.962.594) che migliora rispetto al 2016 (euro 14.530.594) rimanendo comunque negativo, l'utile dell'esercizio del 2017 è da ricondurre all'andamento del saldo delle partite finanziarie, che, sia pur in decremento, (da euro 15.964.143 nel 2016 a euro 12.122.888 dell'esercizio in esame), ha sostenuto le attività della Fondazione mediante i proventi degli investimenti in titoli.

Dalle risultanze istruttorie è emerso che l'Ente è, quindi, alla ricerca di flussi cedolari annui tali da assicurare l'equilibrio del bilancio. A tal proposito si evidenzia che il risultato della gestione finanziaria ha registrato una plusvalenza di circa 8 milioni di euro derivanti dalla vendita di titoli acquistati a prezzi molto inferiori negli scorsi esercizi, grazie ad una congiuntura particolarmente favorevole.

Risulta elevato l'importo della voce contabile dei crediti che si conferma in oltre 11 milioni di euro, la cui quota più rilevante è quella relativa ai crediti contributivi da pubbliche amministrazioni. I debiti nel 2017 ammontano a 3.989.262 euro (3.560.257 nel 2016) e comprendono principalmente quelli verso fornitori pari a 1.487.315 euro, in leggera diminuzione rispetto



al precedente esercizio (1.600.208); la voce altri debiti, pari a 1.369.151 euro, è in leggero aumento rispetto al precedente esercizio.

Dal rendiconto finanziario emerge che, rispetto al 2016, nell'esercizio in esame permane la capacità di affrontare gli impegni finanziari a breve termine e di autofinanziamento dell'Ente, in considerazione del fatto che il flusso finanziario dell'attività operativa, benché sia passato da euro 4.513.478 ad euro 751.685, è rimasto attivo, riflettendosi positivamente nel conto economico e generando la liquidità necessaria per finanziare la gestione futura.



# Quesiti dal web

**l'AAROI-EMAC risponde**

Rubrica a cura di

**Domenico Minniti**

(Presidente Sez. Reg. AAROI-EMAC Calabria) e

**Arturo Citino**

(Coordinatore Formazione Sindacale)

**Vorrei informazioni sugli incarichi professionali che possono essere concessi ai dipendenti. Se ci sono dei limiti in merito all'anzianità di servizio.**

La materia è normata dal CCNL 1998/2001 e precisamente dall'art. 27:

*ART. 27: Tipologie di incarico*

1. Le tipologie di incarichi conferibili ai dirigenti medici e veterinari sono le seguenti:

a) incarico di direzione di struttura complessa. Tra essi sono ricompresi l'incarico di direttore di dipartimento, di distretto sanitario o di presidio ospedaliero di cui al dlgs 502/1992;

b) incarico di direzione di struttura semplice;

c) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo.

d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

e dall'art. 28:

*ART. 28: Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali Criteri e procedure*

1. Ai dirigenti, all'atto della prima assunzione sono conferibili solo incarichi di natura professionale, con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. Detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso i momenti di valutazione e verifica di cui all'art. 15, comma 5 del d.lgs. n. 502 del 1992.

3. Ai dirigenti, dopo cinque anni di attività, sono conferibili gli incarichi di direzione di struttura semplice ovvero di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo indicati nell'art. 27, comma 1 lett. b) e c).

**Ho 2 anni di anzianità nel pubblico. Potrei avere un incarico professionale?**

Un incarico professionale deve essere assegnato dal DG su indicazione del tuo Direttore di struttura complessa.

L'incarico, della durata di cinque anni, è da commisurare all'attività clinica ed in particolare ad uno specifico settore che viene curato particolarmente (es. terapia intensiva, terapia antalgica, partoanalgesia, visite preoperatorie), senza che questo comporti una riduzione delle altre attività.

Allo scadere dei cinque anni, previa valutazione positiva da parte del Collegio Tecnico, ti sarà conferito un incarico professionale lettera "C", anche di alta specializzazione o di Struttura Semplice.

**Per chi usufruisce della settimana corta con orario su 5 giorni, il sabato è lavorativo? Esiste la decurtazione di alcuni giorni di ferie?**

Il sabato è un giorno "non lavorativo" e costituisce riposo avendo già esaurito il debito di 38 ore settimanali. Si ha diritto a 28 giorni di ferie in luogo dei 32 che spettano a chi lavora su sei giorni.

**Entro quanto tempo si può usufruire del permesso noto come "licenza matrimoniale" di 15 giorni (es. entro 30-45-60 giorni dalla data del matrimonio)?**

L'articolo 23 CCNL 5.12.1996 I biennio economico, articolo 14, comma 3, CCNL 10.2.2004, articolo 24, comma 1 CCNL 3.11.2005, articolo 27, comma 4 CCNL 17.10.2008 - Assenze retribuite prevede:

Il dirigente ha altresì diritto ad assentarsi per 15 giorni consecutivi in occasione di matrimonio con la

precisazione che il permesso retribuito di quindici giorni consecutivi in occasione del matrimonio può essere richiesto anche entro i trenta giorni successivi all'evento.

### **È possibile "trasportare" le ferie e le ore in esubero in un nuovo ospedale dove si è vincitori di concorso pubblico?**

La vittoria del concorso dà origine ad un nuovo rapporto di lavoro che non consente il trasporto di ferie ed ore in esubero. Occorre esaurire le ferie prima di iniziare il nuovo rapporto di lavoro e al di fuori dei 3 mesi di preavviso se si procede a dimissioni.

Si potrebbe godere di quelle ferie solo se si optasse per l'aspettativa (alla quale si ha diritto) all'eventuale rientro nell'Azienda di partenza.

### **È consentito, in regime di extramoenia, effettuare interventi privati pagati e fatturati direttamente dal paziente in strutture convenzionate?**

Non è consentito, in regime di extramoenia, effettuare interventi privati pagati e fatturati direttamente dal paziente in strutture convenzionate.

### **La richiesta di assegnazione temporanea per ricongiungimento familiare (ex art 42 bis), può essere negata dall'Azienda di appartenenza?**

L'articolo in questione recita:

*Decreto legislativo, testo coordinato 26/03/2001 n° 151, G.U. 26/04/2001*

*Art. 42-bis. <sup>(1)</sup> Assegnazione temporanea dei lavoratori dipendenti alle amministrazioni pubbliche*

*1. Il genitore con figli minori fino a tre anni di età dipendenti di amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, può essere assegnato, a richiesta, anche in modo frazionato e per un periodo complessivamente non superiore a tre anni, ad una sede di servizio ubicata nella stessa provincia o regione nella quale l'altro genitore esercita la propria attività lavorativa, subordinatamente alla sussistenza di un posto vacante e disponibile di corrispondente posizione retributiva e previo assenso delle amministrazioni di provenienza e destinazione. L'eventuale dissenso deve essere motivato. **L'assenso o il dissenso devono essere comunicati all'interessato entro trenta giorni dalla domanda e limitato a casi o esigenze eccezionali.**<sup>(2)</sup>*

*2. Il posto temporaneamente lasciato libero non si renderà disponibile ai fini di una nuova assunzione.*

<sup>(1)</sup> Articolo aggiunto dall'art. 3, co. 105, L. 24 dicembre 2003, n. 350.

<sup>(2)</sup> Comma così modificato dall'art. 14, comma 7, L. 7 agosto 2015, n. 124.

La norma stessa prevede la possibilità di dissenso.

### **Qual è il nostro orario giornaliero, considerato che il contratto prevede un orario settimanale e non giornaliero?**

L'orario giornaliero è quello assegnato a ciascuno dal Direttore SC.

### **Quali sono le attuali norme che regolano la riduzione di orario per allattamento? Prevedendo il contratto, settimanalmente, 34 ore di debito orario più 4 ore di attività non assistenziale, quante ore lavorative sono previste e in quanti giorni vanno distribuite, dalla fine del congedo obbligatorio fino al primo anno di età del bambino?**

La lavoratrice, nel primo anno di vita del bambino, ha diritto a riposi orari per allattamento di due ore se l'orario giornaliero della lavoratrice risulta pari o superiore a 6 ore al giorno, oppure permessi di un'ora in caso di orario giornaliero di lavoro di durata inferiore a 6 ore. Non è possibile cumulare i riposi nella stessa giornata al fine di ottenere giorni liberi interi.

### **Vorrei maggiori informazioni riguardo i diritti nel periodo di allattamento. Facendo già 4 ore giornalieri per 6 giorni nell'ambulatorio di visite, quali altre attività si possono svolgere?**

Le attività che possono essere svolte in periodo di allattamento vanno individuate dal Medico competente dell'Azienda al quale occorre fare riferimento.

Per quanto riguarda la tipologia di turni non può essere adibita a turni notturni (guardia o reperibilità) fino ad un anno del bambino e si può chiedere di non essere adibita a turni notturni (guardia o reperibilità) fino a tre anni del bambino.

### **È legale escludere un candidato dalla selezione se non allega alla domanda di partecipazione il nulla osta preventivo alla suddetta mobilità?**

L'art. 4 della legge 114/2014 recita:

*1. Le amministrazioni possono ricoprire posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti di cui all'art. 2, comma 2, appartenenti a una qualifica corrispondente e in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento, previo assenso dell'amministrazione di appartenenza.*

Quel "previo" è interpretato da alcune Aziende come necessario il nulla osta già nella domanda di mobilità.

**L'AAROI-EMAC Emilia-Romagna ha realizzato una campagna di sensibilizzazione per Cittadini e Amministrazioni locali e regionali, mettendo in luce alcune delle attuali criticità che coinvolgono i Medici Anestesiisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza.**



**ABBIAMO  
LA MASCHERA  
MA NON SIAMO**

**SUPEREROI**

**NOI MEDICI ANESTESISTI RIANIMATORI E DELL'EMERGENZA-URGENZA** siamo tutti i giorni al fianco dei pazienti più critici e delle loro famiglie. Ci facciamo in quattro per garantire la nostra presenza in tutti gli ospedali, anche in quelli più piccoli, dove la politica non sempre offre un servizio sicuro al cittadino. Ci sarebbe bisogno di noi anche in tutte le

automediche e nei pronto soccorso per le emergenze, ma siamo troppo pochi. Nel nostro lavoro spesso c'è in gioco la vita dei pazienti, ma non per questo ci sentiamo supereroi. Sotto la maschera ci sono uomini e donne: Medici con un contratto fermo da 10 anni e stipendi tra i più bassi d'Europa.

**...ANCHE SE QUANDO SERVE  
SIAMO SEMPRE AL TUO FIANCO**



Negli Ospedali siamo gli "angeli custodi" della sicurezza dei pazienti nei momenti più critici e delicati



Non siamo i Paperoni della sanità: contratto di lavoro fermo da 10 anni, stipendi tra i più bassi d'Europa, lavoro usurante per noi e per le nostre famiglie



Sopperiamo a gravi carenze di organico con salti mortali per garantire i servizi negli ospedali, vorremmo offrire tutto quanto previsto di diritto non solo sulla carta, come il parto indolore, ma siamo troppo pochi



Ai futuri politici regionali e locali chiediamo scelte serie e coraggiose per noi e per i cittadini: chiusura di piccoli ospedali al collasso o ripristino della piena attività con tutti i requisiti di sicurezza e di personale, no ad Anestesiisti a cottimo reclutati da cooperative o dall'estero o a pensionati tappabuchi



Vorremmo garantire la presenza di Medici Rianimatori o dell'Emergenza-Urgenza anche in formazione specialistica nelle automediche della regione così come avviene in elisoccorso



Molti Pronto Soccorso sono al collasso per la carenza di Medici dell'Emergenza

**AI CITTADINI CHIEDIAMO ALLEANZA, NON BATTAGLIA, ALLE AMMINISTRAZIONI CHIEDIAMO DI NON FARCI DIVENTARE INVISIBILI COME ALCUNI SUPEREROI**