

# *il nuovo* Anestesista Rianimatore

SETTEMBRE-OTTOBRE  
2019  
5  
Anno XXXX

**AAROIEMAC**  
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani  
Emergenza Area Critica

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

Direzione: Via XX Settembre n° 98/E - 00187 Roma - Redazione: Via Ferdinando del Carretto n° 26 - 80133 Napoli - Diffusione web tramite provider Aruba

## Nei Pronto Soccorso, NO ai Neolaureati gettati allo sbaraglio

**Cambio di Governo,  
possibili scenari**

**Nuovo CCNL,  
le puntualizzazioni  
delle Sigle firmatarie  
e un inserto dedicato  
alla Verifica e alla Valutazione  
dei Dirigenti Medici**

**Prende il via, in esclusiva  
per gli Iscritti, la Nostra  
Convenzione Assicurativa  
per proteggersi in caso di  
infortuni e di invalidità**

# Sommario

**4 Attualità**  
L'intervento del Presidente Nazionale al Forum di Quotidiano Sanità

**8 CCNL 2016-2018**  
Vizi e Virtù. Dove sta la verità?

**14 Carenza Medici:**  
NO all'utilizzo di non specialisti nei Pronto Soccorso

**18 Dalle Regioni**  
Riconosciuta la condotta antisindacale dell'ASP di Agrigento, in Emilia Romagna il punto sulle aggressioni al personale sanitario

**20 AreaLearn**  
Il Provider ECM dell'AAROI-EMAC

**24 Assicurazione**  
La nuova convenzione "Infortuni e Invalidità Permanente da Malattia"

**26 AAROI-EMAC risponde**  
**Previdenza:**  
Gli articoli dell'Esperto

**30 Quesiti Sindacali**

## Allegati a questo numero

La verifica e la valutazione dei Dirigenti Medici, Sanitari, Veterinari e delle Professioni Sanitarie di cui alla ipotesi di CCNL 2016-2018  
Le Pagine Utili

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

## INDIRIZZI UTILI

### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETARIA) - 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 DALSSASSO - [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 30-09-2019**

## Da Grillo a Speranza: cambia Ministro, rimangono i problemi

Dopo un agosto ricco di colpi di scena, in seguito alla crisi di Governo, si è insediato un nuovo Esecutivo. Nonostante le prime voci che parlavano della conferma di Giulia Grillo, è, invece, cambiato anche il titolare del Dicastero della Salute che è ora Roberto Speranza.

Nel fare gli auguri di rito, abbiamo posto l'accento su alcune delle tante questioni aperte di cui abbiamo parlato anche nel Forum di Quotidiano Sanità pubblicato il 26 Settembre e che proponiamo nelle pagine successive.

La prima richiesta è stata quella di inserire la Sanità tra le priorità dell'agenda del nuovo Governo. La situazione della sanità italiana è tale da non poter ammettere ritardi. Il SSN, sempre più in sofferenza per le risorse umane ed economiche insufficienti, ed in balia di estemporanee decisioni di Presidenti Regionali quando non di vertici aziendali, necessita di interventi immediati.

Occorre, quindi, che il Ministro agisca con determinazione per continuare ad affrontare le tante criticità che il suo predecessore Giulia Grillo non ha avuto il tempo, e a cui qualche volta non è stato permesso, di risolvere compiutamente, non ultimi l'approvazione del Patto per la Salute e l'individuazione di misure per fermare la violenza nei confronti degli operatori sanitari, che continua a manifestarsi con un'escalation incredibile, aggiungendosi, specie per i medici ospedalieri, alle persecuzioni giudiziarie anche penali che essi devono subire ogni qualvolta a qualcuno venga in mente che si siano resi responsabili, nell'esercizio professionale, di 'errori' di cui poi viene accertata quasi sempre l'insussistenza. Su quest'ultimo punto è proprio di questi giorni l'approvazione al Senato del DDL per la sicurezza delle professioni sanitarie che adesso passerà al vaglio della Camera. Al Nuovo Ministro abbiamo, inoltre, chiesto di proseguire ed intensificare il dialogo avviato con il suo predecessore, anche attraverso una sempre maggiore partecipazione degli "addetti ai lavori" alla definizione degli obiettivi e delle linee programmatiche, per far sì che le decisioni siano realmente efficaci e adeguate per la risoluzione delle gravi criticità del SSN.

Fin da subito abbiamo chiesto di porre fine al più presto alla parcellizzazione del SSN in 21 Sistemi Sanitari regionali diversi, che talvolta si verifica anche in spregio alle normative nazionali vigenti, esprimendo forti perplessità verso processi autonomistici regionali che interessino ambiti particolarmente delicati, quali, ad esempio, il reclutamento del personale.

Come già fatto in passato con i precedenti Ministri di Lungotevere Ripa, la nostra Associazione, con particolare riferimento ai settori specialistici che essa rappresenta, i quali sono quelli che maggiormente risentono delle difficoltà da risolvere, si è resa disponibile ad un incontro che abbia il fine di instaurare una collaborazione costante e proficua per una sanità nazionale efficiente ed efficace al servizio dei cittadini. Finora le prime dichiarazioni del Ministro Speranza sono state unicamente a proposito delle "disuguaglianze" di accesso alle cure che affliggono i Cittadini economicamente più deboli. Siamo d'accordo che questa è una priorità, ma senza dimenticare che vi sono non minori difficoltà che gravano sui Medici Ospedalieri. Perciò siamo in attesa di una risposta in merito ad un incontro richiesto dall'Intersindacale Medica Ospedaliera, di cui daremo notizia attraverso i canali di comunicazione AAROI-EMAC.

*Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale*



LA SANITÀ  
È UN INVESTIMENTO,  
NON UN FRONTE  
DI SPESA

**Interpellati dal giornale online Quotidiano Sanità, abbiamo partecipato al Forum sulle principali questioni di attualità: cambio di Governo, le richieste al Neo Ministro, il Patto per la Salute e la Legge di Bilancio. Di seguito le risposte del Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo.**

**Con il cambio di maggioranza nel Governo pensate vi saranno cambiamenti di linea sulla sanità rispetto al precedente esecutivo?**

A pochi giorni dall'insediamento, è difficile esprimersi sulle linee strategiche che il nuovo Governo adotterà sulla Sanità. Dalle prime dichiarazioni rilasciate alla stampa dal Neo Ministro della Salute, Roberto Speranza, emerge sostanzialmente l'intenzione di rafforzare l'universalità dell'accesso alle cure fornite dal SSN, con qualche accenno ad un potenziamento delle risorse di personale che dovranno garantirle, a fronte dell'idea, non nuova, di finanziare le maggiori risorse economiche necessarie con le maggiori entrate derivanti da una rimodulazione delle agevolazioni fiscali a favore del sistema bancario. Tuttavia, pur prendendo atto anche di altre dichiarazioni a salvaguardia della sanità pubblica, in primis quella del Presidente del Consiglio Giuseppe Conte nel discorso tenuto in occasione della fiducia al Governo, non abbiamo ancora una sufficiente percezione che la sanità sia stata riposizionata ai primi posti dell'Agenda del nuovo Esecutivo, così come

invece in qualche modo, pur con visioni anche diverse, scontratesi poi con ogni sorta di ostacoli, avevano contribuito a porla i Ministri dei due Esecutivi precedenti. Ecco perché, con gli altri Sindacati della Dirigenza Medica Ospedaliera, anche l'AAROI-EMAC ha chiesto un incontro urgente con Il Ministro Speranza a pochi giorni dal suo insediamento.

**Quali le prime richieste per il Neo Ministro Speranza?**

La principale richiesta discende direttamente dalla risposta al primo quesito. Chiediamo che la sanità venga considerata in una prospettiva globale di buoni ed oculati investimenti, naturalmente anche eliminandone gli sprechi laddove individuati, ma comunque non come un fastidioso fronte di spesa da poter ridurre al minimo indispensabile, magari addirittura utilizzandola come un salvadanaio a cui attingere per tentare di ridurre deficit di bilancio generati altrove. Inoltre, nella stessa prospettiva, insistiamo sul fatto che è improcrastinabile riportare ad un corretto equilibrio il mantenimento e l'implementazione dei servizi resi alla popolazione in rapporto inscindibilmente proporzionale alle risorse di personale. In altre parole, deve essere assolutamente corretta l'insana rotta tracciata e più o meno ugualmente percorsa da molti governi dei decenni precedenti, che si sono di volta in volta prodigati in demagogiche dichiarazioni di voler sostenere il sistema



sanitario italiano, che comunque si avvale di risorse economiche pubbliche anche quando è privato, alle quali dichiarazioni invece hanno fatto da contraltare forsennate decimazioni delle dotazioni organiche dei professionisti necessari a garantirlo nel sistema pubblico, condite oltretutto da punizioni sia organizzative sia economiche a loro danno che non hanno avuto eguali in qualsiasi altro settore del pubblico impiego. Le emergenze da affrontare sono tante, frutto di programmazioni errate, di provvedimenti poco lungimiranti e di politiche sanitarie miopi, e certamente non possono essere risolte con provvedimenti tampone last minute, che negli ultimi tempi, per far funzionare gli ospedali, hanno annoverato il ricorso a cooperative più o meno fasulle, a Medici a gettone, a contratti libero professionali di facciata, a più o meno surrettizie 'chiamate in soccorso' della 'Medicina di Famiglia'. Occorre porre mano a soluzioni strutturali per la carenza di Medici Specialisti, di cui si parla ormai quotidianamente e che sta alimentando la creatività di tanti Presidenti di Regione. Ebbene, sotto questo profilo, occorrono in primis sia un'analisi seria dei fabbisogni, sia ripensare la formazione post laurea, sia adottare strumenti per valorizzare il lavoro di questi professionisti. Un percorso complesso, che chiediamo al Ministro di voler affrontare al più presto attraverso un confronto collaborativo con le nostre rappresentanze sindacali. Ci auguriamo, infine, che il Ministro dimostri, fin da subito, attenzione alle condizioni di lavoro del personale ospedaliero, affrontando una volta per tutte il problema delle aggressioni che esso quotidianamente subisce, in ultima analisi sempre a causa delle inefficienze di un sistema in crisi, di cui lo stesso personale, mandato allo sbaraglio per mantenerlo in vita, in condizioni di lavoro spesso aberranti, è la prima vittima sacrificale.

**Il Patto per la salute non è ancora stato siglato. Chiederete di essere convocati prima della sigla? E in ogni caso quali sono le vostre proposte in merito?**

Sarebbe molto gradita la nostra convocazione prima che il Patto per la salute venga siglato. Non solo perché in qualche modo, nel percorso di edizione dei precedenti Patti, i pregressi Ministri hanno audito le Organizzazioni Sindacali dei Professionisti che alla fine devono erogare le cure, ma anche e soprattutto perché sarebbe un'occasione più unica che rara per evitare che il nuovo Patto per la salute sia destinato ad essere tradito per un insufficiente finanziamento complessivo. Quanto ai contenuti della Bozza che è dato conoscere, purtroppo nutriamo non poche perplessità. In primo luogo, temiamo che la determina-

zione dei fabbisogni di personale medico ospedaliero, di cui tra l'altro anche all'art.1, oltre a non essere adeguatamente garantita, nel suo complesso, da stanziamenti ad essa dedicati specificatamente, si basi su criteri ancora sottostimanti le ormai tragiche carenze specialistiche in atto riguardanti in particolare l'Anestesia e Rianimazione e i Pronto Soccorso, decisamente ed incontrovertibilmente peggiori, nonostante ci sia chi sostiene non siano tali, in confronto a tutti gli altri settori ospedalieri. In secondo luogo, ci appare ancora debole l'iniziativa, di cui all'art. 5, di 'valorizzare il ruolo dello specializzando all'interno delle strutture', senza tralasciare il fatto che nulla si prevede riguardo all'inquadramento dei previsti 'contratti di formazione-lavoro ad oneri regionali' dei Medici in Formazione Specialistica in parallelo al CCNL della Dirigenza Medica, in modo che tali contratti non siano l'ennesimo volano di deregulation ad uso e consumo delle fantasie regionali più estrose, cui peraltro in questi giorni stiamo assistendo proprio nei Pronto Soccorso, con pessime iniziative di reclutamento addirittura di neolaureati per tramite di procedure assuntive asservite alla Convenzione della 'Medicina di Famiglia'. Qualche preoccupazione, inoltre, riguarda la 'Implementazione dei Fondi Sanitari Integrativi', di cui all'art. 11, stante l'oggettiva difficoltà di contemperare tale implementazione con l'irrinunciabile, almeno per noi, connotazione pubblica del SSN. Questi sono solo i principali nodi da sciogliere, su cui sarebbe bene instaurare con urgenza un sereno e costruttivo confronto.

**A breve ci sarà la legge di bilancio, primo vero banco di prova per il Conte/2. Ci vuole indicare le tre priorità per la sanità e per gli operatori del settore?**

Le priorità per la sanità in generale vertono tutte su adeguati finanziamenti certi, dedicati, mirati, e non, come invece temiamo, aleatori, generici, sbilanciati, anche per quanto riguarda le risorse da destinare al personale sanitario, medico in particolare, dato che, tra l'altro, i medici ospedalieri sono ancor oggi in attesa della firma definitiva del CCNL 2016-2018, quindi già scaduto. Ad oggi il contratto è ancora fermo alla firma di una preintesa la cui trattativa, estremamente sofferta, è stata condotta con un grande senso di responsabilità che non deve portare nessuno a poter pensare che i medici ospedalieri siano cittadini di serie b. Nel novero delle nostre proposte tecniche per una finanziaria che li valorizzi, invertendo almeno parzialmente la rotta persecutoria ai loro danni, iniziata da diversi esecutivi succedutisi da oltre una dozzina d'anni, le tre vie principali, che in gran parte da tempo chiediamo

anche in accordo con le altre Organizzazioni Sindacali con cui abbiamo rapporti di cooperazione nelle iniziative di sensibilizzazione dei decisori politici verso il rilancio del lavoro medico ospedaliero, sono:

- per quanto riguarda il salario contrattuale accessorio, la defiscalizzazione e la decontribuzione ai fini INPS delle corrispondenti voci stipendiali in busta-paga; questo consentirebbe di recuperare, anche se solo in piccola parte, le pesantissime perdite economiche causate da oltre dieci anni di blocco contrattuale, le quali non saranno affatto sanate dal nuovo CCNL 2016-2018, che peraltro prevede una riduzione complessiva di tali voci, spostate come è noto sulla parte 'fissa' delle retribuzioni, con effetti positivi anche di incentivo a non fuggire dagli ospedali pubblici;
- per quanto riguarda le prestazioni effettuate in regime libero-professionale, ivi comprese le prestazioni concordate per la riduzione delle liste d'attesa, una riduzione dell'aliquota fiscale a carico di quelle puramente intra-moenia, lasciando dunque invariata la tassazione di quelle effettuate in regime di attività sia extra-moenia, sia intramoenia allargata, nonché una riduzione dell'IRAP a carico delle aziende datrici di lavoro, ma con obbligo di destinarne i conseguenti risparmi aziendali ad obiettivi di miglior servizio ai cittadini, per esempio sempre in riferimento alla riduzione delle liste d'attesa; questi sarebbero

senza dubbio segnali positivi anche in direzione di una mai seriamente perseguita fidelizzazione del medico pubblico dipendente nei confronti dell'Ente datore di lavoro;

- per quanto riguarda l'obiettivo di contrastare la fuga all'estero dei medici ospedalieri italiani, dato che la prevenzione è sempre meglio della cura, incentivi fiscali, collaterali a quelli già previsti dall'art. 5 (Rientro dei cervelli) del 'Decreto Crescita', specificatamente a favore dei colleghi che inizino a lavorare in Italia come pubblici dipendenti assunti con regolare CCNL, valevoli per almeno 5 anni, scaglionati a crescere in tale periodo, in costanza del mantenimento del suddetto rapporto d'impiego pubblico; questo consentirebbe di agire positivamente in direzione dell'obiettivo in questione prima che si verifichi una migrazione verso tutto il resto del mondo di fior di professionisti per la cui formazione lo Stato e le famiglie hanno speso ingenti somme, e non solo dopo che la fuga è avvenuta.

Quasi superfluo sottolineare che si tratta di proposte il cui impatto economico è limitato ad una riduzione irrisoria del gettito fiscale nazionale.

**L'articolo integrale alla prima punta del Forum di QS al link:**

[http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=77174](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=77174)



# NUOVO CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA, VIZI E VIRTÙ Dove sta la verità?



**S**in da subito dopo la firma del Nuovo CCNL, i tre Sindacati che non lo hanno firmato hanno sollevato e diffuso ovunque una mole di critiche sui suoi contenuti, addossando ai Sindacati firmatari ogni genere di responsabilità in ordine ai peggioramenti che a loro giudizio esso introdurrebbe. Tali critiche sono non solo approssimative e superficiali in generale, ma in alcuni loro aspetti anche completamente fuorvianti, in quanto non corrispondenti alla realtà dei fatti.

Nei giorni esse sono divenute tali da obbligare ad una risposta, perché rischiano di creare confusione e smarrimento in tutti i Dirigenti ai quali il Nuovo CCNL si applicherà, i quali non meritano, dopo oltre 10 anni di vacanza contrattuale, ulteriori frustrazioni o disorientamenti.

Proviamo dunque a fare chiarezza e sgomberare il campo dalle inesattezze nei dettagli delle "colpe" delle quali, con la firma di questo Nuovo CCNL, i Sindacati che lo hanno firmato, secondo le accuse loro rivolte, si sarebbero macchiati, mentre invece, con tale firma, si sono responsabilmente assunti il compito non facile di assicurare un contratto che altrimenti, nel clima anche politico che si sta oggi manifestando, come essi avevano ampiamente già informato i loro Iscritti, avrebbe rischiato di essere ulteriormente rimandato a data da destinarsi.

## CRITICHE SIGLE SINDACALI NON FIRMATARIE

### 1<sup>a</sup> Critica

"Ridimensiona pesantemente il ruolo delle rappresentanze sindacali in sede locale, nei fatti ridotte a semplici uditori delle iniziative datoriali, senza la possibilità di poter interloquire in proposito e incentivando il rinvio a "discipline legislative regionali", anticamera dell'autonomia differenziata anche in materia contrattuale".

### 2<sup>a</sup> Critica

"Riorganizza la carriera del medico, ma ne stoppa la crescita con limitazioni quantitative eccessive degli incarichi dirigenziali più elevati, siano essi manageriali o professionali, inibendo la necessaria osmosi tra i due percorsi di sviluppo e lasciando il Direttore Generale libero di assegnare gli incarichi di maggior contenuto professionale senza aver preventivamente fissato le regole cui anche il medesimo deve soggiacere, affinché le sue scelte non risultino essere il mero esercizio dell'arbitrio, in barba alla tanto sbandierata, ma solo a parole, meritocrazia".

## RISPOSTE SIGLE SINDACALI FIRMATARIE

### Risposta

**Non è assolutamente vero.**

Il ridimensionamento del ruolo delle rappresentanze sindacali in sede locale **non è affatto conseguenza del Nuovo CCNL, bensì dell'obbligo recepimento contrattuale di disposizioni imperative di Legge** (D.Lgs. 75/2017, Legge Madia, etc.), contro le quali, all'epoca della loro emanazione, non si ricordano tante levate di scudi da parte di chi oggi critica e pontifica, mentre le OO.SS. firmatarie ne avevano sollevato le pesanti ricadute sui Pubblici Dipendenti.

**Anzi, è incontrovertibilmente vero il contrario: con il Nuovo CCNL, entro i limiti del possibile, tali disposizioni legislative sono state, e non poco, mitigate.**

### Risposta

**È vero esattamente il contrario.**

**- Introduce la possibilità di attivare complessivamente circa 2.600 nuove posizioni di Altissima Professionalità a Valenza Dipartimentale**, con retribuzione di posizione fissa pari alle U.O. Semplici a Valenza Dipartimentale, **e circa 6.100 nuove posizioni di Alta Professionalità all'interno delle U.O. Complesse**, con retribuzione di posizione fissa pari alle U.O. Semplici interne delle U.O. Complesse.

**3ª Critica**

“Vincola la presenza in servizio nell’ambito di un orario di lavoro di fatto senza regole, la cui quantificazione media di 48 ore settimanali è incrementata fino ad un periodo di riferimento semestrale”.

**Risposta**

**Non è assolutamente vero.**

**Il Nuovo CCNL non vincola affatto la presenza in servizio a 48 ore medie settimanali.** Le 48 ore medie settimanali sono il limite massimo raggiungibile nel rispetto delle disposizioni della Comunità Europea e comunque devono essere rispettate le disposizioni sui riposi giornalieri e settimanali.

L’unica cosa che è cambiata è la misura del periodo temporale che viene utilizzato per il calcolo della media, **periodo temporale che semplicemente, potendo anche consentire una maggior flessibilità anche a favore dei Colleghi, è stato portato da 4 mesi a 6 mesi**, mentre peraltro il D.Lgs. 66/2003, ben più ampiamente, prevede tale flessibilità fino a 12 mesi, che è stato ben ritenuto di non raggiungere.

**4ª Critica**

“Consente che la pronta disponibilità possa essere utilizzata anche oltre gli attuali servizi notturno e festivo mantenendo un livello di sotto retribuzione della pronta disponibilità”.

**Risposta**

**Non è assolutamente vero.**

**- L’utilizzo diurno della P.D. non è stato affatto introdotto dal Nuovo CCNL**, bensì è stato sempre contrattualmente possibile dal 1996 ad oggi. **Il Nuovo CCNL, al contrario, non solo rende più chiaro il diritto alla remunerazione di tali P.D. “diurne”, ma riafferma con maggior forza il diritto al recupero orario di tutte le P.D.**

Questo perché, nel Nuovo CCNL, in considerazione delle risorse economiche limitate, si è fatta la scelta di concentrare le risorse sul disagio notturno e festivo lavorato, quindi sulle guardie.

**Non solo: il Nuovo CCNL introduce comunque la possibilità, in trattativa aziendale, di remunerare tutte le P.D. con indennità superiori a quelle stabilite a livello nazionale.**

**5ª Critica**

“Elimina il riposo di 11 ore consecutive qualora il dirigente medico sia chiamato in servizio di pronta disponibilità poiché la chiamata sospende (non interrompe) il riposo”

**Risposta**

**Non è assolutamente vero.**

È la Legge che in questo caso sospende il riposo di 11 ore (L. 133/2008, art. 41, comma 4). Le ore mancanti vengono recuperate subito dopo la conclusione dell’attività in P.D.

**Il Nuovo CCNL ha inoltre introdotto un importantissimo principio finora mai normato, consistente nel fatto che dopo una P.D. notturna, il dirigente può riprendere il servizio solamente nel pomeriggio successivo.**

**6ª Critica**

“Trasforma dà diritto a concessione la fruizione di 15 giorni continuativi di ferie durante il periodo estivo”.

**Risposta**

**Non è assolutamente vero.**

Dal CCNL del 1996 i 15 gg. di ferie estive sono un diritto, salvo imprevise e importanti esigenze di servizio.

**Tale diritto è stato confermato.**

**7ª Critica**

“Esclude che l’aspettativa per l’assunzione di altro incarico, durante il relativo periodo di prova, sia un diritto ma la rende una concessione dell’amministrazione”.

**Risposta**

**Quest’accusa è surrettizia e fuorviante.**

Premesso che da sempre la Legge non ha mai previsto la concessione dell’aspettativa durante il periodo di prova per l’assunzione di altro incarico, tranne nei casi di assunzione di direttore di U.O.C., **il Nuovo CCNL, pur non avendo potuto ristabilire un diritto contrattuale (all’aspettativa) degli altri Dirigenti, comunque nel tempo sempre meno rispettato, ne ha sancito chiaramente un altro, molto più essenziale (quello della certezza del posto di lavoro) e ne ha introdotto un altro, altrettanto importante (quello dell’esonero dal periodo di prova per i Dirigenti con anzianità di servizio superiore a 12 mesi, anche a tempo determinato! E/o con soluzione di continuità).**

Ribadito che il previgente articolato contrattuale (nel caso della Dirigenza Medica l’Art. 10 CCNL 10.2.2004, come integrato dall’art. 24 CCNL 3.11.2005, comma 8 lett. b), proprio in mancanza di basi legislative, è stato via via svuotato di applicabilità, il Nuovo CCNL, all’art. 12, prevede (c. 12) l’esonero dal periodo di prova dei *“dirigenti che abbiano svolto periodi di rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato e almeno superiori a dodici mesi o che lo abbiano già superato, in rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato, nella medesima qualifica e disciplina, presso Aziende o Enti del comparto.”*, nonché (c. 13) l’esonerabilità dei *“dirigenti che abbiano svolto periodi di rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato e almeno superiori a dodici mesi o che lo abbiano già superato, in rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato, nella medesima qualifica e disciplina presso altra amministrazione pubblica”*.

**8ª Critica**

“Nella costituzione di fondi unici verticali per le categorie della dirigenza sanitaria cui si applica il contratto – non già armonizzati, secondo legge, ma unificati -, ammette che la retribuzione della dirigenza sanitaria non medica e della dirigenza infermieristica siano finanziate sostanzialmente con i fondi della dirigenza medica, stante la penuria delle loro dotazioni di provenienza”.

**9ª Critica**

“Prevede che la parte fissa della retribuzione di posizione, definita in valori identici per tutti i dirigenti dell’area, sia soggetta a cospicui squilibri tra i singoli dirigenti a seconda della categoria professionale di appartenenza e che il relativo finanziamento avvenga non già con il ricorso a nuove risorse ma attingendo a quelle già disponibili, svuotando in tal modo le risorse disponibili per finanziare gli elementi accessori della retribuzione”.

**Risposta**

**Non è assolutamente vero.**

Dai dati del Conto Annuale dello Stato, pubblicati dal Ministero Economia e Finanze, risulta che la posizione fissa media pro capite dei medici risulta la più bassa, in alcuni casi anche in modo significativo, rispetto a quella dei veterinari, della dirigenza sanitaria e della dirigenza delle professioni infermieristiche. **Per un semplice principio dell’aritmetica elementare, il finanziamento delle retribuzioni di ciascuna categoria dirigenziale, anche a fronte di eventuali variazioni proporzionali tra le stesse, troverà quindi per la dirigenza medica, un equilibrio almeno invariato rispetto al panorama attuale.**

**Risposta**

**Non è assolutamente vero.**

**Il nuovo CCNL prevede che la contrattazione integrativa aziendale può decidere di traslare nel fondo di posizione fino al 30% del fondo di risultato unico.** Inoltre la traslazione di parte del fondo di posizione variabile aziendale nella parte fissa determina significativi vantaggi previdenziali e un significativo incremento del TFS (trattamento di fine servizio).

**Tutto ciò, quindi, costituisce un vantaggio concreto per tutta la dirigenza a cui si applica il Nuovo CCNL.**



**ALLEGATO A QUESTO NUMERO IL PRIMO APPROFONDIMENTO SULL'IPOTESI  
DI CCNL 2016-2018 SIGLATA LO SCORSO 24 LUGLIO.  
TEMA DI QUESTA PRIMA "PUNTATA" È:**

"La verifica e la valutazione dei Dirigenti Medici, Sanitari, Veterinari e delle Professioni Sanitarie di cui alla ipotesi di CCNL 2016-2018 - Prime Riflessioni" a cura del Dr Giovanni Lamberti, Consulente di Direzione e Organizzazione, Presidente OIV/NVP.

**RICORSO CONTRO DELIBERA ANAC RIGUARDANTE  
LA PUBBLICAZIONE DEI DATI PATRIMONIALI DEI DIRETTORI DI UOC**

Come già informato in precedenza, è ricorrente, da alcuni anni, da parte delle Amm.ni Pubbliche Ospedaliere, la richiesta ai Dirigenti del SSN dei dati patrimoniali affinché siano pubblicati (tutti, non solo quelli stipendiali) sui portali web aziendali "Trasparenza"

L'AAROI-EMAC ha già ottenuto nel recente passato (formalmente da Circolari Governative) che un conto sia la COMUNICAZIONE (alla quale si deve ottemperare), un altro conto sia la PUBBLICAZIONE (che NON DEVE avvenire).

Ma attenzione, con l'ennesimo trucco, l'ANAC (non potendo più tentare di farlo con tutti i Dirigenti Medici) tenta di imporre la pubblicazione dei dati patrimoniali dei soli Direttori di UOC, con la delibera del 26 giugno 2019, n. 586.

Tale direttiva è in palese contrasto con la sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019.

Alcune Regioni, come l'Emilia Romagna, hanno rispedito al mittente la delibera ANAC e non hanno dato corso; altre come Lombardia e Basilicata hanno inviato lettere in tal senso.

La Cosmed, di cui l'AAROI-EMAC fa parte, ha predisposto un ricorso al TAR che sta seguendo la sua strada. Nel frattempo, abbiamo predisposto testo di diffida che tutti i Direttori di UOC cui l'Ente datore di Lavoro richieda i dati patrimoniali ai fini di cui alla delibera ANAC del 26 giugno 2019, n. 586 possono inviare all'Ente.

*Scarica il testo della Diffida al link:*

<https://www.aaroiemac.it/website/-n1966.html>





Carenza  
Medici

# LETTERA APERTA SULL'UTILIZZO DI MEDICI NON SPECIALISTI NEI PRONTO SOCCORSO DEGLI OSPEDALI ITALIANI

L'AAROI-EMAC ha scritto agli Assessori  
alla Sanità Regionali e delle Province Autonome  
e per conoscenza al Ministro della Salute  
e ai Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome

In questi giorni sono balzati agli onori delle cronache notizie a dir poco sconcertanti riguardanti l'utilizzo, in diverse Regioni Italiane, di Medici non specialisti, per giunta in pratica neolaureati, al fine di risolvere le carenze sempre più emergenziali di personale medico nei Pronto Soccorso Ospedalieri.

L'ultima notizia che ha avuto risonanza mediatica a tal proposito riguarda la Regione Siciliana, la quale ha pensato bene di architettare una "formazione" dei Medici da inserire nei Pronto Soccorso affidata al Cefpas (Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario), affinché tali medici vengano immessi in tutti gli ospedali siciliani tramite "convenzioni" presumibilmente, almeno in base a quanto è dato capire dalle parole dell'Assessore Razza, rientranti in qualche modo nell'ACN (Accordo Collettivo Nazionale) della "Medicina di Famiglia", sulla falsariga di ciò che malamente è stato fatto negli anni in molte Regioni per la formazione di personale medico da destinare al Sistema 118.

Restando nell'ambito dei Pronto Soccorso, iniziative più o meno simili a quella siciliana ci risultano essere in corso (oltre che essere già state adottate nel passato anche recente) in diverse altre Regioni, le quali addirittura, ancor peggio, pare intendano reclutare, o ab-

biano già reclutato, per il medesimo servizio, Colleghi sempre non specialisti, ma come "liberi professionisti" a P. Iva, o peggio del peggio, forniti da sedicenti Cooperative, oltretutto "itineranti" da un Ospedale all'altro, e quindi con ciò introducendo ulteriori elementi di precaria continuità al servizio che in tal modo sono o sarebbero chiamati già surrettiziamente a svolgere.

Pertanto, la scrivente Presidenza dell'AAROI-EMAC, Organizzazione Sindacale Medica Ospedaliera che rappresenta oltre 11.000 iscritti, esclusivamente Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione, Medici Specialisti in Medicina d'Emergenza-Urgenza, e Medici operanti nei PS, oltre che nel Sistema 118 laddove questo servizio viene svolto da personale medico appartenente all'Area Ospedaliera e non è, invece, ancora stato demandato alla "Medicina di Famiglia", espone al riguardo quanto segue.

In primo luogo, corre l'obbligo di stigmatizzare l'insana insufficienza di programmazione dei fabbisogni di Medici Specialisti Ospedalieri di cui negli anni si sono rese responsabili le Istituzioni di governo del sistema formativo universitario, insufficienza particolarmente e colpevolmente grave proprio nei due settori specialistici che l'AAROI-EMAC elettivamente rappresenta.

In secondo luogo, occorre ricordare l'ostinato e altret-



tanto colpevole ostracismo (in qualche caso di stampo baronale) di qualche Università riguardo a tutte le possibili soluzioni, ipotizzate da ultimo anche per lodevole iniziativa dei due precedenti Ministri della Salute On. Beatrice Lorenzin e On. Giulia Grillo, basate su un inquadramento lavorativo dei Medici in Formazione Specialistica (in seguito: MIF) e finalizzate a tamponare la carenza di medici specialisti attraverso modelli organizzativi tipicamente ospedalieri che quasi tutti i Sindacati della Dirigenza Medica Ospedaliera, compresa l'AAROI-EMAC pur con alcune limitazioni legate alle particolarissime peculiarità dei Medici che essa rappresenta, hanno a più riprese condiviso negli ultimi anni, ma che datano ormai, nelle loro prime declinazioni strutturate, almeno sin dal 2011.

Con la presente non si intendono affrontare tutti gli aggiramenti normativi, né tutte le incongruenze, né tutte le storture, né tutte le pessime conseguenze immediate ed a lungo termine, oltre che i rischi di trascinare tutte le altre Unità Operative degli Ospedali in inaccettabili rimpalli di competenze e di responsabilità, che comporterebbe il voler a tutti i costi rimpinguare le dotazioni di personale ospedaliero contrattualizzato come deve essere con medici di diversa connotazione. Ne faremo a meno solo perché occorrerebbero pagine e pagine di argomentazioni, che del resto sono già state più che ampiamente diffuse nel tempo sia dalla nostra Associazione, sia da molte altre Organizzazioni Sindacali, sia da altre voci autorevoli del mondo ospedaliero.

Senza dimenticare che non ci siamo mai rassegnati al fatto che già il Sistema 118, nato per essere un'emanazione ospedaliera di altissima professionalità

da mettere al servizio del territorio, ci è stato quasi ovunque usurpato, rendendolo un succedaneo della Guardia Medica e quindi della "Medicina di Famiglia", basti sottolineare per l'ennesima volta che per noi i Medici dei Pronto Soccorso devono essere formati e assunti rigorosamente, senza eccezione alcuna in ogni aspetto e ambito, secondo i criteri anche contrattuali specifici ed esclusivi del mondo ospedaliero.

Da qui la nostra esortazione ad abbandonare ogni iniziativa tesa a riempire i Pronto Soccorso di Medici non adeguati al lavoro che si svolge in tale peculiare settore, dove i Cittadini accedono (o dovrebbero accedere, se tutta la medicina territoriale funzionasse a dovere) nelle condizioni di effettiva urgenza ed emergenza, che in quanto tali necessitano di prestazioni che soltanto Medici Ospedalieri possono e devono assicurare, restando disponibili a spiegare punto per punto le motivazioni di tutte le nostre contrarietà a soluzioni tampone come quella in oggetto.

Ci rendiamo perfettamente conto che, al punto in cui è giunta oggi l'emergenza carenziale dei Medici Ospedalieri nei settori specialistici più critici, occorrono soluzioni improcrastinabili, e proprio con tale consapevolezza, restando altresì disponibili al confronto costruttivo per risolvere al più presto la drammatica penuria di Medici nei Pronto Soccorso italiani, sempre sostenendo, in prospettiva, la necessità inderogabile di incrementare i posti di specializzazione che realmente occorrono, prioritariamente nelle discipline realmente più carenti, rilanciamo con forza, nell'immediato, l'invito a riconsiderare con la massima urgenza una riorganizzazione della formazione specialistica dei medici



ospedalieri finalizzata ad impiegare lavorativamente i MIF degli ultimi due anni per poter ripristinare il Servizio svolto dai Pronto Soccorso ai livelli che esso merita.

A fronte delle pur fondate difficoltà che la scarsità anche di MIF in "Medicina d'Emergenza-Urgenza" pone nella risoluzione di tale carenza, sempre nel solco dell'impiego dei MIF contrattualizzati sul modello del CCNL della Dirigenza Medica Ospedaliera, dato che ad oggi le discipline specialistiche "equipollenti" ed "affini" che consentono l'accesso alla "Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza" (l'Area Medica in cui rientrano tutti i Pronto Soccorso italiani in base ai DD.MM. 30/01/1998 e 31/01/1998 e s.m.i.) sono ancora numerosissime, Vi facciamo presente che proprio tale numerosità consentirebbe di poter destinare ai Pronto Soccorso non solo i MIF degli ultimi due anni in "Medicina d'Emergenza-Urgenza", ma anche, almeno in parte, i MIF degli ultimi due anni in tutte le suddette discipline, che certamente non tutte hanno le medesime carenze dei Pronto Soccorso, tenendo conto che in alcune Unità Operative ad esse afferenti (leggasi p. es. certe Medicine) troppi MIF, specialmente quelli in Medicina d'Emergenza-Urgenza, sono adibiti a mansioni largamente sottodimensionate rispetto alle competenze specialistiche da acquisire con la pratica clinica.

Deve esser comunque chiaro a tutti che ci facciamo fautori di questa soluzione senza alcun entusiasmo, dato che per noi affidare la gestione dei Pazienti a Collegi senza l'avvenuta specializzazione resta comunque una modalità emergenziale di affrontare un problema che avrebbe meritato, nella programmazione dei fabbisogni di medici ospe-

dalieri da parte dei decisori anche politici che fino a ieri l'hanno ignorato, minor miopia.

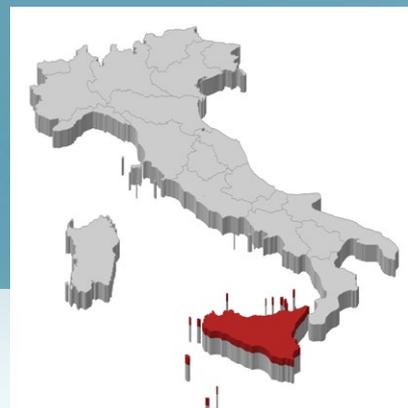
Ma dovendo oborto collo prender atto dell'impossibilità di formare, almeno nel breve periodo, un adeguato numero di specialisti, ci pare del tutto evidente, ed inconfutabile anche da parte dell'Università, almeno di quella che conosce le realtà ospedaliere di diagnosi e cura, che siano molto più formati, per quanto in attesa di completare il loro percorso, i MIF con alle spalle 3 anni di scuola di specializzazione rispetto a neolaureati immessi in un "corso" di pochi mesi, di cui nulla si sa quanto a modalità, contenuti, docenti, certificazioni di qualità.

Nella speranza che questa nostra nota sia presa seriamente in considerazione, ci riserviamo, dandone adeguata informazione a tutti i Cittadini Italiani, così come avverrà per la pubblicizzazione della presente contestualmente al suo invio alla Vostra Cortese Attenzione, di valutare anche eventualmente a breve nostre significative azioni di protesta nel caso in cui non venga urgentemente interrotta la deriva della medicina specialistica ospedaliera, soprattutto quella pubblica, verso la "Medicina di Famiglia", o peggio ancora verso un caporalato più o meno mascherato sotto le mentite spoglie di una "libera professione" che di libero ha solo arbitrarie e quindi inaccettabili modalità di reclutamento del personale.

*Alessandro Vergallo*  
*Presidente Nazionale AAROI-EMAC*



# Dalle Regioni



## AAROI-EMAC Sicilia

### **Violazione degli obblighi di informazione, riconosciuta la condotta antisindacale dell'ASP di Agrigento**

Il Giudice del Lavoro del Tribunale di Agrigento ha accolto il ricorso dell'AAROI-EMAC Sicilia nei confronti dell'ASP di Agrigento per violazione degli obblighi d'informazione alle Organizzazioni Sindacali previste dal Regolamento interno e dal CCNL.

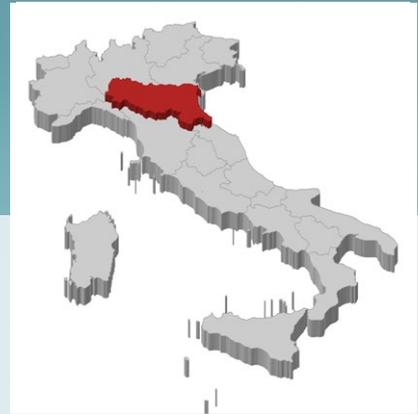
Nel dicembre 2018, l'ASP di Agrigento, attraverso una comunicazione e successivi ordini di servizio, aveva fissato turni di Medici Anestesisti Rianimatori del Presidio Ospedaliero di Agrigento presso i Presidi Ospedalieri di Canicattì e di Licata, violando l'obbligo di preventiva informazione in favore delle Organizzazioni Sindacali previsto dal Regolamento interno per mobilità del personale della dirigenza e dalla contrattazione collettiva.

Una decisione che, a maggior ragione, avrebbe richiesto la preventiva informazione alle OO.SS. dal momento che il personale è stato impiegato in strutture situate oltre i 25 km dalla sede di lavoro assegnata.

Né, come sottolineato dal Giudice, la carenza di organico prospettata dall'ASP di Agrigento ha potuto giustificare l'omessa informazione. Al contrario, trattandosi di una situazione non imprevedibile, in quanto "perdurante nel tempo", e più volte denunciata dagli Anestesisti Rianimatori coinvolti, l'ASP aveva a disposizione il tempo necessario per ottemperare all'obbligo di informazione.

In conclusione, "riconosciuta la natura antisindacale della condotta datoriale", il Tribunale del Lavoro ha dichiarato illegittima la comunicazione di servizio dell'ASP di Agrigento datata 11 dicembre 2018 e i successivi ordini di servizio "in quanto adottati in violazione del predetto obbligo di informazione". È stato inoltre disposto che, "qualora si ritenga necessaria la reiterazione dei predetti atti, questa venga preceduta dalla comunicazione all'organizzazione ricorrente come previsto dal Regolamento interno e dalla contrattazione collettiva".

*"Accogliamo con soddisfazione la decisione del Giudice del Lavoro di Agrigento – ha affermato Emanuele Scarpuzza, Presidente AAROI-EMAC Sicilia – che riporta una condotta non corretta sulla strada del rispetto delle regole. La mobilità dei Colleghi a decine di km dal luogo di lavoro assegnato è già di per sé inaccettabile, ancor più se ciò accade senza alcuna comunicazione e confronto con il Sindacato, violando quindi le norme vigenti. Le criticità – ha aggiunto Scarpuzza – legate alla carenza di Anestesisti Rianimatori erano state più volte denunciate, ma le richieste, come riconosciuto anche dal Giudice, sono rimaste inascoltate".*



## AAROI-EMAC Emilia Romagna

### **Aggressioni personale sanitario, incontro Regione-Sindacati Nicolini: potenziare la vigilanza in tutti i Pronto Soccorso**

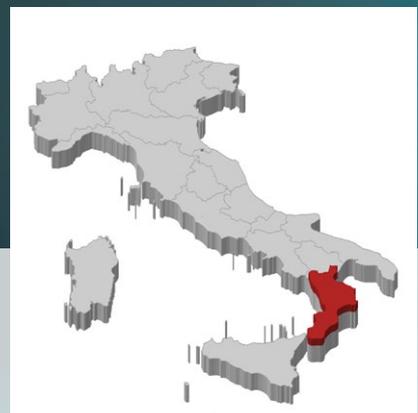
La diffusione delle aggressioni nei confronti del personale sanitario desta preoccupazione in tutta Italia, anche in Emilia Romagna dove quasi quotidianamente si assiste ad episodi inqualificabili di violenza. Per correre ai ripari ed individuare possibile strumenti per arginare il fenomeno, si è svolto nei giorni scorsi un incontro tra la Regione e i Sindacati.

Al termine del primo confronto, l'Assessore alle Politiche per la salute, Sergio Venturi, ha sottolineato che la Regione è disponibile ad investire le risorse finanziarie necessarie, proseguendo gli investimenti fatti negli anni passati dalle Aziende sanitarie nel settore della sicurezza.

*"I Servizi della Regione – si legge nel comunicato stampa – sono già al lavoro per la definizione di Linee di indirizzo che saranno condivise ed aperte al contributo delle Organizzazioni sindacali, con uno specifico obiettivo: rafforzare le azioni già introdotte dalle Aziende sanitarie in tema di sicurezza e vigilanza e mettere a sistema per il prossimo triennio una serie di interventi (tecnologici, strutturali, organizzativi e di formazione), uniformi in tutte le strutture sanitarie della regione, a partire da quelle a maggior rischio, per contrastare e contenere il fenomeno delle aggressioni. E in questa direzione il contributo che potrà arrivare dalle Organizzazioni sindacali sarà molto importante.*

*Da parte della Regione è stato, inoltre, ribadito l'impegno a destinare risorse per la formazione volontaria degli operatori, con corsi specifici per la prevenzione all'aggressività dei pazienti. Sempre assieme alle Organizzazioni sindacali, si lavorerà inoltre per una campagna di comunicazione e sensibilizzazione rivolta ai cittadini".*

*"Ritengo positivo che la Regione abbia la volontà di lavorare insieme ai Sindacati ad un progetto comune contro le violenze verso gli operatori sanitari – ha commentato Matteo Nicolini, Presidente AAROI-EMAC Emilia Romagna –. Nel corso dell'incontro, ho caldeggiato, assieme ad altre sigle Sindacali, anche un potenziamento della vigilanza privata dedicata ai Pronto Soccorso. Dal momento che i posti di polizia sono pressoché in estinzione, occorre una copertura H24".*



## AAROI-EMAC Calabria

Leggi online le analisi su Quotidiano Sanità del Dr Domenico Minniti, Presidente AAROI-EMAC Calabria.

### **Quei mille precari calabresi**

[http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=77023](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=77023)

### **Un viaggio nella sanità calabrese**

[http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=76328](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=76328)



## AREALEARN, IL PROVIDER ECM DELL'AAROI-EMAC

**sempre più protagonista  
nelle iniziative formative  
per la qualità e la sicurezza  
del nostro lavoro!**

**A**reaLearn è il Provider attraverso il quale l'AAROI-EMAC – a partire dal 2018 con il cambio della precedente denominazione “INTESA PROVIDER ECM” – ha ampliato e intensificato ulteriormente la propria attività, a conferma dell'importanza che la formazione riveste per l'Associazione.

L'Educazione Continua in Medicina ha lo scopo di fornire a tutti gli operatori sanitari gli elementi di conoscenza necessari per mantenersi professionalmente aggiornati e competenti. Il programma italiano di ECM è ormai una realtà da diversi anni.

Si inserisce in questo quadro l'attività di AreaLearn che, nata nel 2010 come Intesa Provider ECM, promuove la preparazione culturale e garantisce l'acquisizione di conoscenze, esperienze e metodologie e ha, negli anni, certificato oltre 1000 corsi e garantito la formazione e l'aggiornamento di migliaia di Medici e Operatori Sanitari.

L'offerta formativa comprende eventi di carattere nazionale, corsi di Simulazione Medica Avanzata del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®, corsi residenziali regionali e interregionali, corsi FAD.

Per il triennio in corso AreaLearn ha già accreditato oltre 300 corsi per un totale di circa 10.000 specialisti formati. Dati ai quali andranno aggiunti quelli del secondo semestre 2019 ancora in corso.

L'attività del Provider AAROI-EMAC segue linee strategiche ben precise che concorrono alla definizione della mission:

- Rilevare i fabbisogni formativi evidenziati nell'ambito delle specialità mediche;
- Definire il piano formativo coerente con gli obiettivi formativi nazionali e con contenuti rilevanti rispetto alle necessità di aggiornamento degli operatori sanitari;
- Progettare ed erogare attività rispondenti a standard di qualità educativa, aggiornamento ed efficacia della norma ISO 9001:2015;
- Progettare ed erogare la formazione e l'aggiornamento professionale come Provider ECM accredi-

tato con l'offerta di corsi/eventi in ambito sanitario, con particolare riferimento ai bisogni della pratica clinica e gestionale;

- Individuare e diffondere le best practices e i protocolli operativi;

Direttamente collegata alle linee strategiche è la politica per la qualità su cui il Provider punta per garantire e migliorare continuamente l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati. Va in questo senso l'attenzione, anche attraverso il coinvolgimento degli Iscritti AAROI-EMAC, agli argomenti di carattere medico chirurgico che risultano di maggiore interesse, l'analisi degli argomenti di carattere medico - etico di maggiore interesse sul territorio e la successiva progettazione e realizzazione di eventi formativi efficaci. L'obiettivo è di migliorare la capacità di soddisfare la domanda, sia in termini di efficacia degli interventi formativi sulla base della richiesta, sia in termini di omogeneità di distribuzione geografica dell'offerta formativa.

Il risultato è un elevato livello di soddisfazione che supera il 90% di gradimento, verificato attraverso la somministrazione di questionari al termine di ciascun corso. In particolare vengono analizzati: le Aspettative dei Discenti, la Valutazione dei docenti; i Contenuti, la Didattica. Vengono poi presi in considerazione i riscontri sull'Organizzazione del corso, la Percezione finale e la Valutazione globale del servizio.

Rispetto a questi punti, i Questionari di Soddisfazione compilati da tutti i partecipanti alla fine di ogni evento, ha dato come esito una soddisfazione del 93% nel 2017 e del 92,8% nel 2018.

Il raggiungimento di simili obiettivi è garantito, oltre che dal Comitato Scientifico di AreaLearn, dal team di lavoro di cui fanno parte: il Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità (RSGQ), Responsabile Amministrazione e Responsabile Segreteria, Segreteria Tecnica Amministrativa.

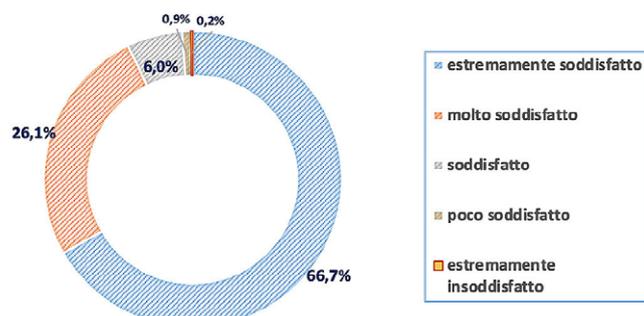
I Corsi FAD vengono posti in opera in collaborazione con “TecnoConference - TC Group”, che fornisce la piattaforma e-learning “Agorà”.



## DATI 2017

	5	4	3	2	1	4+5	MEDIA VOTO
<b>ASPETTATIVE</b>							
1) Il corso da Lei seguito ha soddisfatto le aspettative?	57,9%	33,5%	7,2%	0,8%	0,5%	91,5%	4,81
2) Ritieni di aver raggiunto gli obiettivi formulati inizialmente?	50,9%	40,0%	7,7%	1,0%	0,5%	90,8%	4,80
3) Ritieni di essere soddisfatto delle conoscenze ricavate dalla partecipazione al corso?	57,9%	33,7%	7,0%	1,1%	0,4%	91,6%	4,81
<b>DOCENTI</b>							
4) Come giudica complessivamente lo stile di conduzione da parte del/dei docente/i?	68,9%	26,4%	4,0%	0,6%	0,2%	95,2%	4,90
5) Esprima la sua valutazione rispetto ai seguenti elementi caratterizzanti la docenza							
a) Gestione del tempo rispetto all'esposizione	53,4%	32,9%	10,2%	2,8%	0,6%	86,3%	4,69
b) Spazio per le domande / interventi	62,6%	30,0%	5,8%	1,3%	0,3%	92,6%	4,83
c) Padronanza dei contenuti e chiarezza espositiva	69,6%	25,9%	4,0%	0,5%	0,1%	95,4%	4,90
6) Gestione dell'aula: capacità comunicative e relazionali con singoli gruppi (in caso di esercitazioni e simulazioni)	64,9%	29,6%	4,6%	0,7%	0,2%	94,5%	4,88
<b>CONTENUTI</b>							
7) Ritieni che gli argomenti trattati siano stati coerenti rispetto alle finalità del corso?	66,5%	28,4%	4,1%	0,6%	0,3%	94,9%	4,89
8) Ritieni che gli argomenti siano stati sufficientemente approfonditi rispetto agli obiettivi?	60,5%	31,8%	6,3%	1,2%	0,4%	92,2%	4,83
9) Come giudica la completezza delle informazioni fornite sull'organizzazione del corso?	61,0%	32,9%	5,2%	0,8%	0,2%	93,9%	4,87
<b>DIDATTICA</b>							
10) La metodologia didattica utilizzata Le è sembrata valida?	63,6%	30,6%	5,0%	0,7%	0,2%	94,2%	4,87
11) Ritieni che il numero di ore sia stato sufficiente?	54,9%	33,5%	9,5%	1,5%	0,6%	88,4%	4,74
<b>ORGANIZZAZIONE DEL CORSO</b>							
12) Funzionalità e comfort dei locali utilizzati	57,0%	33,2%	7,5%	1,9%	0,4%	90,2%	4,78
13) Adeguatezza delle attrezzature (videoproiettori, lavagna luminosa, ecc.)	60,7%	32,2%	5,9%	1,1%	0,1%	92,8%	4,84
14) Assistenza da parte del personale non docente (segreteria, tecnici, ecc.)	61,2%	30,8%	6,4%	1,3%	0,3%	92,0%	4,82
15) Ritieni che l'organizzazione ed il coordinamento dei servizi sia stato soddisfacente	63,0%	30,1%	5,4%	1,1%	0,3%	93,2%	4,85
<b>PERCEZIONI FINALI</b>							
16) Ritieni che l'esperienza del corso sia stata utile per							
a) Acquisire maggior sicurezza e fiducia in sé stesso	53,6%	36,1%	8,2%	1,7%	0,5%	89,6%	4,77
b) Acquisire maggiori competenze tecniche e professionali	58,8%	33,0%	6,6%	1,3%	0,3%	91,7%	4,82
<b>VALUTAZIONE GLOBALE DEL SERVIZIO</b>							
Nel complesso il servizio offerto ha soddisfatto le Sue aspettative?	58,5%	34,0%	6,3%	1,0%	0,2%	92,4%	4,83
Suggerirebbe ad un Suo collega di partecipare a questo tipo di percorso?	64,6%	28,9%	4,9%	1,2%	0,4%	93,5%	4,85
<b>MEDIA PUNTEGGI TOTALI</b>						<b>92,2%</b>	<b>4,83</b>

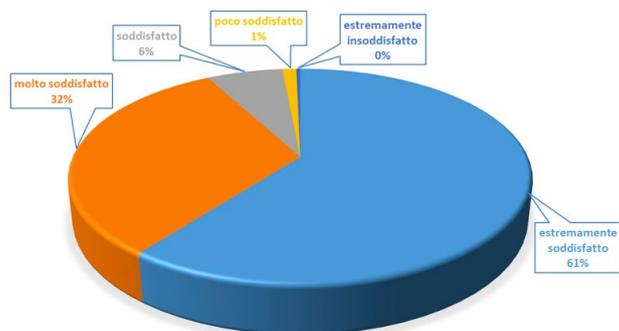
## QUESTIONARIO SODDISFAZIONE 2017



## DATI 2018

	5	4	3	2	1	4+5	MEDIA VOTO
<b>ASPETTATIVE</b>							
1) Il corso da Lei seguito ha soddisfatto le aspettative?	66,3%	27,3%	5,3%	0,7%	0,3%	93,7%	4,86
2) Ritieni di aver raggiunto gli obiettivi formulati inizialmente?	58,6%	34,2%	6,3%	0,7%	0,2%	92,8%	4,84
3) Ritieni di essere soddisfatto delle conoscenze ricavate dalla partecipazione al corso?	65,8%	27,6%	5,7%	0,6%	0,3%	93,4%	4,86
<b>DOCENTI</b>							
4) Come giudica complessivamente lo stile di conduzione da parte del/dei docente/i?	76,7%	19,6%	3,2%	0,4%	0,1%	96,3%	4,92
5) Esprima la sua valutazione rispetto ai seguenti elementi caratterizzanti la docenza							
a) Gestione del tempo rispetto all'esposizione	66,8%	26,5%	5,7%	0,9%	0,2%	93,3%	4,85
b) Spazio per le domande / interventi	70,6%	23,8%	5,0%	0,5%	0,1%	94,4%	4,88
c) Padronanza dei contenuti e chiarezza espositiva	77,5%	18,8%	3,5%	0,2%	0,1%	96,2%	4,92
6) Gestione dell'aula: capacità comunicative e relazionali con singoli gruppi (in caso di esercitazioni e simulazioni)	72,4%	23,6%	3,7%	0,2%	0,1%	96,0%	4,92
<b>CONTENUTI</b>							
7) Ritieni che gli argomenti trattati siano stati coerenti rispetto alle finalità del corso?	72,9%	22,1%	4,2%	0,6%	0,1%	95,0%	4,89
8) Ritieni che gli argomenti siano stati sufficientemente approfonditi rispetto agli obiettivi?	67,5%	25,9%	5,6%	0,7%	0,3%	93,4%	4,85
9) Come giudica la completezza delle informazioni fornite sull'organizzazione del corso?	68,6%	26,7%	4,1%	0,5%	0,0%	95,3%	4,90
<b>DIDATTICA</b>							
10) La metodologia didattica utilizzata Le è sembrata valida?	70,4%	24,8%	4,2%	0,5%	0,1%	95,2%	4,90
11) Ritieni che il numero di ore sia stato sufficiente?	41,1%	32,2%	21,1%	4,9%	0,7%	73,2%	4,40
<b>ORGANIZZAZIONE DEL CORSO</b>							
12) Funzionalità e comfort dei locali utilizzati	64,5%	28,8%	5,5%	0,8%	0,4%	93,3%	4,85
13) Adeguatezza delle attrezzature (videoproiettori, lavagna luminosa, ecc.)	68,9%	27,1%	3,7%	0,3%	0,0%	96,0%	4,92
14) Assistenza da parte del personale non docente (segreteria, tecnici, ecc.)	71,7%	23,9%	4,0%	0,3%	0,1%	95,6%	4,91
15) Ritieni che l'organizzazione ed il coordinamento dei servizi sia stato soddisfacente	71,9%	24,2%	3,8%	0,0%	0,1%	96,1%	4,92
<b>PERCEZIONI FINALI</b>							
16) Ritieni che l'esperienza del corso sia stata utile per							
a) Acquisire maggior sicurezza e fiducia in sé stesso	60,7%	30,4%	7,7%	0,9%	0,3%	91,1%	4,81
b) Acquisire maggiori competenze tecniche e professionali	65,0%	28,3%	5,8%	0,7%	0,2%	93,3%	4,85
<b>VALUTAZIONE GLOBALE DEL SERVIZIO</b>							
Nel complesso il servizio offerto ha soddisfatto le Sue aspettative?	67,8%	27,3%	4,1%	0,6%	0,2%	95,1%	4,89
Suggerirebbe ad un Suo collega di partecipare a questo tipo di percorso?	74,5%	21,3%	3,4%	0,4%	0,4%	95,8%	4,90
<b>MEDIA PUNTEGGI TOTALI</b>						<b>93,6%</b>	<b>4,86</b>

## GRAFICO SODDISFAZIONE 2018





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

## APHTHARSIA E ATHANASIA

*Aphtharsia e athanasia.* Suonano molto vicine queste due parole greche. Anche in italiano: incorruttibilità e immortalità. Sono due cose impossibili per l'uomo, con alcune rare eccezioni (per l'incorruttibilità).

“Sì, Dio ha creato l'uomo per l'incorruttibilità (*aphtharsia*), lo ha fatto immagine della propria natura.” È un versetto del libro della Sapienza, uno dei libri dell'Antico Testamento. Qualche riga più avanti, troviamo scritto: “La loro speranza (dei giusti) resta piena di immortalità (*athanasia*)”. L'uomo, dunque, può sperare di diventare immortale.

*Oi athànatoi*, gli immortali, in Omero erano gli Dei. Nelle Storie di Erodoto gli “*Athànatoi*” erano i soldati della Guardia del Gran Re di Persia, un corpo scelto di fanteria pesante composto da 10.000 uomini, né uno in più, né uno in meno: se qualcuno era ucciso, gravemente ferito o seriamente malato, era subito rimpiazzato da un altro, già predestinato.

I dipendenti statali un tempo furono così, come quei persiani. Quando uno di loro era seriamente malato, o in maternità, o in pensione, veniva subito rimpiazzato. Erano un “corpo scelto”. Scelto come? Scelto in base a prove concorsuali, a graduatorie regolari o anche a nomine pilotate. Erano posti mai scoperti, “sostituibili” al più presto e quindi “immortali”, “incorruttibili” nel senso di inalterabili. “Corruttibili” erano alcuni responsabili delle scelte.

Oggi gli statali sono diventati “insostituibili”. Qualcuno penserà: “Sono così bravi?!”. No, insostituibili vuol dire che non si devono più sostituire, rimpiazzare. Hanno perso l'*athanasia*. E poiché è andato perduto il posto da coprire o da carpire, in questo campo è sparita anche la *phtharsia* o corruttibilità.

*Thanatos Athanatos* è il titolo di una poesia di Salvatore Quasimodo. *Athanasia* è una poesia di Oscar Wilde. *730-Athanasia* è il nome di un asteroide. Santa Atanasia, vedova ed eremita, visse nel secolo IX nell'isola di Egina in Grecia.

Ecco. *Athanasia* è stata parola di santi, poeti, navigatori del sistema solare. “Santi, poeti, navigatori” proprio come l'italica gente, che è immortale perché immortalata da storia, arte, genio, cultura, fede.

C'è qualcosa da dire sulla sua corruttibilità? No, questa è purtroppo patrimonio di tutta l'umanità.

“La corruzione è la nostra unica speranza. Finché c'è quella, i giudici sono più miti, e in tribunale, perfino un innocente può cavarsela.”

(Bertolt Brecht, *Madre Coraggio e i suoi figli*)

# INSURANCE

## GOOD NEWS

### La nuova Convenzione per Infortuni e Invalidità Permanente

**L**'AAROI-EMAC, nell'ottica di accrescere ulteriormente garanzie e servizi nei confronti dei propri Iscritti, ha dato mandato al Broker "Tailor Broker & Advisor" per la gestione della NOSTRA NUOVA CONVENZIONE NAZIONALE "INFORTUNI E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA" a delega esclusiva ALLIANZ S.P.A.

In pratica, nei prossimi mesi sarà possibile, esclusivamente per gli Iscritti all'AAROI-EMAC in regola con il pagamento della quota associativa, attivare – direttamente tramite la Allianz – un'Assicurazione per invalidità permanente da infortunio e morte da infortunio con estensione, facoltativa, per invalidità permanente da malattia.

La Convenzione, sottoscritta nel mese di Settembre 2019, garantisce l'applicazione di sconti, riservati ai soli Iscritti all'AAROI-EMAC, che andranno da un minimo del 40% ad un massimo del 67%.

Questa Convenzione, che è una esclusiva inedita nell'intero panorama associativo sindacale medico ospedaliero, e che non è in alcun modo correlata alla nostra ormai storica Convenzione di RCP e di TLP Professionale in essere con la Compagnia Am Trust attraverso il Broker AON, dimostra ancora una volta la capacità della nostra Associazione di saper cogliere ogni occasione utile a tutelare gli Iscritti anche in aspetti della vita lavorativa che non rientrano strettamente nella sfera sindacale, ma che sono altrettanto importanti per i Professionisti che essa rappresenta.

Si tratta di un'opportunità che, visti anche i tempi che corrono, può essere molto utile a tutti i nostri Iscritti, in particolare a coloro che hanno un rapporto di lavoro libero-professionale, in quanto tale status non garantisce affatto alcuna sicurezza qualora un evento anche minimamente impattante sulla loro salute riduca anche solo temporaneamente la capacità lavorativa.

Ma è un'opportunità che anche i dipendenti, sia pubblici sia, a maggior ragione, privati, non devono sottovalutare, dato che anche per essi una capacità lavorativa ridotta per motivi di salute può comportare notevoli ripercussioni economiche.

La nostra Convenzione serve proprio a limitare, quantomeno, le ripercussioni negative di situazioni in cui si verificano gli eventi coperti dalla Polizza "INFORTUNI E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA" che abbiamo provveduto a rendere disponibile a tutti i Colleghi.

In questi giorni sono in via di definizione le modalità per rendere operativa questa importante novità che l'Associazione ha deciso di rendere disponibile ai Colleghi. Ulteriori informazioni verranno rese note attraverso i tradizionali canali informativi dell'AAROI-EMAC.

## Il Progetto AAROI-EMAC per informare sulle Convenzioni Assicurative Iniziativa in alcuni Ospedali della Lombardia, Emilia Romagna e Toscana

L'AAROI-EMAC ha messo a punto un progetto pilota per la diffusione delle informazioni relative alla sua esclusiva Convenzione Assicurativa di RCP e di TLP Professionale in essere con la Compagnia Am Trust attraverso il Broker AON all'interno degli Ospedali, con incontri dedicati a tutti i Medici Anestesisti-Rianimatori, Medici di PS e Medici eventualmente operanti nel Sistema 118. Gli incontri saranno aperti anche ai colleghi non (ancora) iscritti alla nostra Associazione. La sperimentazione partirà nei prossimi giorni in alcune Aziende Sanitarie di tre Regioni: Lombardia, Emilia Romagna e Toscana.

Per rendere operativo il progetto, la Presidenza Nazionale, ha inviato una apposita richiesta alle Aziende Ospedaliere delle tre Regioni affinché vengano concessi spazi espositivi (quali, ad es. bacheca, poster ecc.) nonché spazi, tempi e luoghi per la diffusione delle informazioni riguardanti le Polizze Assicurative.

Nella lettera vengono inoltre spiegate le motivazioni dell'iniziativa. Di seguito parte del testo:

"...come è noto, l'art. 3, comma 59 della Legge 244/2007 - Legge Finanziaria 2008 sancisce che "È nullo il contratto di assicurazione con il quale un ente pubblico assicura i propri amministratori per i rischi derivanti dall'espletamento dei compiti istituzionali connessi con la carica e riguardanti la responsabilità per i danni cagionati allo Stato o ad enti pubblici e la responsabilità contabile. (...) In caso di violazione della presente disposizione, l'amministratore che pone in essere o che proroga il contratto di assicurazione e il beneficiario della copertura assicurativa sono tenuti al rimborso, a titolo di danno erariale, di una somma pari a dieci volte l'ammontare dei premi complessivamente stabiliti nel contratto medesimo".

La norma ha tradotto in Legge un principio più volte espresso nelle pronunce della Corte dei Conti circa l'illegittimità della stipulazione da parte della P.A. di Polizze Assicurative volte alla copertura di danni erariali dei propri Amministratori e Dipendenti (vedansi, p. es., C. Conti Lombardia, delib. n. 57/2008; C. Conti Emilia Romagna, delib.n. 3/2009/PAR) affermando che la Polizza (o i sistemi ad essa alternativi) adottata dall'Ente e la Polizza sottoscritta dal dipendente devono essere completamente distinte ed indipendenti.

In forza di tale principio, la Responsabilità Professionale nei confronti dei Pazienti e quella amministrativa-contabile nei confronti dell'Ente Pubblico in genere, non solo è assicurabile esclusivamente con oneri a carico dei dipendenti, ma esclusivamente per il tramite

di contratti separati dalla copertura assicurativa principale.

In tale prospettiva, la Associazione di Medici Anestesiisti Rianimatori e Medici dell'Emergenza e dell'Area Critica (AAROI-EMAC), in collaborazione con la AON Spa, dal 2003 offre ai propri iscritti una Convenzione Assicurativa sia di Responsabilità Civile sia di Tutela Legale Penale con caratteristiche che la rendono incomparabile con quanto normalmente offerto dal mercato assicurativo.

In particolare, si sottolineano, fra le altre, le seguenti caratteristiche: estensione alla responsabilità civile oltre che a quella amministrativa contabile; massimali significativi; retroattività illimitata, etc. In altre parole, una convenzione che consente al nostro iscritto (Medico Anestesista-Rianimatore e Medico dell'Emergenza e Area Critica) di godere di una copertura che lo copre per ogni profilo di responsabilità, sia civile che contabile nonché per gli effetti civili dell'azione penale.

Per tali ragioni, l'Associazione ha richiesto alle Aziende Sanitarie "di voler consentire alla nostra Associazione la possibilità di usufruire degli strumenti più idonei, che già vengono utilizzati presso la Vostra Azienda, con ciò intendendo spazi espositivi (quali, ad es. bacheca, poster ecc.) nonché spazi, tempi e luoghi per la diffusione delle informazioni riguardanti le suddette Polizze Assicurative, a cui il Vostro Personale rientrante nelle categorie che l'AAROI-EMAC rappresenta (Medici Anestesiisti-Rianimatori, Medici di PS e Medici eventualmente operanti nel Sistema 118) può accedere, garantendosi, nell'esercizio della propria attività professionale al servizio dell'Ente e dei Pazienti che vi si affidano, una copertura assicurativa ampia e stabile nel tempo, la quale, da quindici anni a tutt'oggi, in ambito civile ricomprende sia la responsabilità per la cosiddetta "colpa grave", sia la responsabilità che ne esula, potendo consentire anche una miglior gestione del contenzioso per medmal ab initio e non soltanto a seguito di rivalsa aziendale in conseguenza di "colpa grave" sentenziata da parte della Corte dei Conti". Cogliamo l'occasione per preannunciare alcune importantissime migliorie della nostra Convenzione Assicurativa di RCP e di TLP Professionale in essere con la Compagnia Am Trust attraverso il Broker AON, che stiamo trattando con grande impegno in questi ultimi mesi del 2019, affinché sia possibile – questo è il nostro obiettivo – renderle operative già da Gennaio 2020 per tutti i nostri Iscritti in regola con il pagamento delle quote associative. Vi terremo informati!



# Speciale previdenza

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

# Pensioni

## Anche per i Medici dipendenti la Cassazione conferma la trattenuta del 2,5 % sul TFR

**P**er comprendere la condizione che con la Sentenza n. 23115 del 17 Settembre la Cassazione ha ritenuto di confermare la legittimità della trattenuta del 2,5 % anche per coloro che siano ricadenti nel sistema del trattamento di fine rapporto rispetto al precedente trattamento di fine servizio, occorre risalire alla riforma pensionistica del 1995 (Legge Dini 335/95) che prevedeva l'istituzione della previdenza complementare, da finanziarsi anche attraverso i risparmi conseguenti all'introduzione del TFR al posto del TFS.

L'operazione è stata concretamente attuata nel 1999 con l'accordo quadro del 29 luglio, poi recepito dal DPCM 20.12.1999, dove si prevedeva l'applicazione del TFR per coloro che optano per la previdenza integrativa e, con l'occasione, anche per i lavoratori assunti a partire dal 1° gennaio 2000 e per tutti i precari pubblici. L'accordo prevedeva che per coloro che passano al TFR non si applicasse più la trattenuta del 2,5% a carico del lavoratore, prevista per coloro che avessero o che ancora hanno il Tfs. Ma, al comma 3, con una formulazione volutamente confusa e contorta, disponeva che, contemporaneamente, la retribuzione mensile venisse ridotta dello stesso importo della trattenuta appena eliminata, giustificando tale sostanziale decurtazione retributiva con lo scopo di assicurare "l'invarianza della retribuzione dei dipendenti".

Ricordiamo che il trattamento di fine servizio, che per i medici dipendenti dalle Asl prende il nome di Ips (Indennità premio servizio), prevede la corresponsione di un importo pari all'80 per cento dell'ultima retribuzione percepita dal lavoratore moltiplicata per gli anni di servizio. Il sistema è finanziato, da un contributo del 9,60% sull'80% della retribuzione lorda a carico dell'Amministrazione di appartenenza, con diritto, della stessa, di rivalersi sul dipendente del 2,50 per cento di tale importo.

Il TFR, regolato dall'art. 2120 del codice civile, prevede, invece, che venga accantonata, al 31 dicembre di ogni anno, una percentuale (13,5%) della retribuzione annua percepita per formare un monte che viene poi parzialmente rivalutato nel corso della vita lavorativa. L'importo del TFR, così calcolato, è a totale carico del datore di lavoro, nella misura del 6,91 per cento della retribuzione

La evidente incongruenza di aver posto in essere

una trattenuta non giustificata da un vantaggio economico ha determinato numerosi ricorsi nel merito che hanno avuto esiti spesso contraddittori e dalla cui interpretazione sono nate, nel tempo, valutazioni davvero particolari. Come quella sorta a seguito della bocciatura della trattenuta da parte della Corte Costituzionale che nel 2012 con la sentenza n. 223 affermava che il dipendente non deve il contributo sul Tfr. Sull'Ips invece lo deve, e successivamente, con la Sentenza n. 224 del 2014 la Consulta aveva difeso la trattenuta. Tanto è bastato perché il Ministero dell'Economia emanasse, nel 2014, il messaggio n. 153/2014 che difendeva la trattenuta tanto sull'Ips quanto sul Tfr.

La Cassazione recependo, adesso, un ricorso prodotto da un dipendente del Miur per una sentenza prodotta dalla Corte di Appello di Salerno che aveva considerato legittima la trattenuta ha esaminato la questione. Ha quindi rilevato, in Sentenza, che la problematica fosse già stata esaminata dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 213 del 2018, che ha ritenuto non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 26, comma 19, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, per violazione degli artt. 3 e 36 Cost., nella parte in cui, nel disciplinare il passaggio dei lavoratori alle dipendenze delle PP.AA. dal trattamento di fine servizio al trattamento di fine rapporto, ha demandato a un D.P.C.M. il compito di definire, ferma restando l'invarianza della retribuzione complessiva netta e di quella utile ai fini pensionistici, gli adeguamenti della struttura retributiva e contributiva conseguenti all'applicazione del trattamento di fine rapporto. La Consulta ha argomentato, quindi, che **il principio dell'invarianza della retribuzione netta, con i meccanismi perequativi tratteggiati in sede negoziale, mira proprio a garantire la parità di trattamento, nell'ambito di un disegno graduale di armonizzazione, e non contrasta, né determina la violazione del diritto a una retribuzione sufficiente e proporzionata alla quantità e alla qualità del lavoro prestato, in ragione del trattamento complessivo previsto e non già della ponderazione di una sua singola componente.**

Giungendo, così, alla conclusione che la trattenuta è legittima e infrangendo così le speranze di tanti dipendenti pubblici.

## Per i Medici riscatto possibile anche per TFS e TFR

In una fase in cui, anche per le ultime facilitazioni legislative introdotte dal decreto "quota 100", si è tanto discusso del riscatto, ai fini pensionistici, degli anni di studio ovvero delle annualità non coperte da contributi, è rimasta sempre sotto tono la possibilità, già prevista attualmente, di poter attivare il riscatto anche per il TFS (trattamento di fine servizio) e il TFR (trattamento di fine rapporto). L'argomento è stato ripreso ultimamente dall'Inps (messaggio 2939 del 31/7/2019) che ha esplicitato le nuove procedure per l'inoltro delle istanze telematiche relative ai riscatti ai fini TFS e TFR.

I dipendenti pubblici, e quindi anche i dirigenti medici dipendenti dalle aziende sanitarie, possono riscattare ai fini della buonuscita, della liquidazione, o per meglio dire del TFS o TFR una serie di periodi. Possono essere riscattati il corso di laurea, il corso di specializzazione post laurea e i corsi per il conseguimento dei diplomi universitari (laurea breve), il dottorato di ricerca ed il servizio militare. Inoltre, anche, i servizi statali non di ruolo, i servizi non di ruolo prestati presso enti locali per cui non è stata liquidata l'indennità di fine servizio, il corso di accademia militare, il periodo di borsista, riscattabile prima del passaggio nei ruoli della docenza universitaria (articolo 130 Dpr 382 del 1980), e il servizio reso quale "esercitatore" presso le università equivalente alla figura di assistente volontario, che è utile ai fini pensionistici e quindi riscattabile. Può essere riscattato il servizio di assistente volontario prestato dai sanitari presso enti ospedalieri (si può riscattare per un massimo di 2 anni: legge 409 del 1954) e il servizio reso in qualità di assistente volontario nelle università. In questo caso si riscatta l'intera durata del servizio prestato prima del 2 aprile 1968. Ed ancora, anche, il tirocinio pratico per sanitari e farmacisti.

Il riscatto consente la valutazione ai fini del Tfs (indennità di buonuscita e indennità premio di servizio) di servizi e periodi non coperti dal contributo previdenziale obbligatorio.

Ai fini del Tfr, invece, consente la valutazione di un periodo quantificato in termini di somma da accantonare che va a costituire quota di Tfr. Tale somma sarà valorizzata con il Tfr relativo al rapporto di lavoro durante il quale l'iscritto ha prodotto la

domanda o con la sua riliquidazione (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 20 dicembre 1999).

In particolare si ricorda che possono chiedere il riscatto ai fini del Tfr i dipendenti pubblici in costanza di lavoro in regime Tfr che alla data del 30 maggio 2000 risultavano in servizio con contratto a tempo determinato. Ai fini del Tfs (indennità di buonuscita) i dipendenti civili e militari dello Stato assunti con contratto a tempo indeterminato prima del 31 dicembre 2000 e personale non contrattualizzato (militari, docenti e ricercatori universitari, magistrati, personale diplomatico) in posizione di ruolo. Ai fini del Tfs indennità premio di servizio) i dipendenti degli Enti locali, del Servizio sanitario nazionale e degli altri enti iscritti al Fondo di previdenza ex Inadel assunti con contratto a tempo indeterminato prima del 31 dicembre 2000.

Il riscatto è oneroso ed è subordinato al pagamento di un contributo, a totale carico dell'interessato, determinato sulla base di un coefficiente applicato ai seguenti elementi: retribuzione annua percepita alla data di presentazione della domanda, età del dipendente, età del collocamento a riposo per limiti di età o di servizio prevista per la qualifica o per il grado rivestito, periodo di riscatto concesso. È necessario presentare la domanda di riscatto in attività di servizio.

Il personale statale, iscritto alla gestione ex Enpas, deve presentare la domanda di riscatto, utilizzando gli appositi moduli reperibili sul sito, all'amministrazione di appartenenza che provvede ad istruire e inoltrare telematicamente il riscatto. Per accedere al servizio è necessario che l'amministrazione si accrediti mediante apposite credenziali di accesso. Per i riscatti del personale degli Enti locali e della Sanità, iscritto alla gestione ex Inadel, l'interessato compila e invia telematicamente l'istanza, accedendo al servizio attraverso l'utilizzo del PIN.

Ricordiamo che l'Agenzia delle Entrate, con risoluzione n. 298/2002, ha precisato che sono deducibili ai fini Irpef anche i contributi versati ai fini della buonuscita. Nel caso di riscatto a favore di un figlio che sia fiscalmente a carico del genitore, e nel cui interesse sono versati i contributi, a quest'ultimo spetta la deduzione dal reddito dell'importo pagato.

## Pagamento delle rate residue del riscatto di laurea dopo il pensionamento con il cumulo

Dopo alcuni mesi dall'inizio delle liquidazioni delle pensioni in cumulo, l'INPS ha previsto una interpretazione regolamentare che in alcuni casi spingerebbe a scoraggiare le domande di pensione in cumulo.

Ha proceduto infatti a chiedere il pagamento anticipato e in unica soluzione delle rate non ancora pagate dei riscatti di laurea ad alcuni medici, minacciando la non erogazione della pensione in caso contrario.

Ecco cosa ha testualmente scritto l'INPS ai sanitari interessati: *"Sulla base delle indicazioni operative fornite dalla Direzione Centrale, si comunica che, alla luce delle diverse discipline esistenti tra le gestioni pensionistiche ed in assenza di specifiche disposizioni per le pensioni in cumulo, il dipendente pubblico non può essere autorizzato alla prosecuzione del pagamento in forma rateale dell'onere di riscatto o ricongiunzione. Pertanto per poter procedere con la liquidazione della Sua pensione dovrà provvedere all'estinzione anticipata del residuo debito dell'onere di riscatto di laurea in unica soluzione"*.

Risulta che l'INPS sia stata diffidata a pretendere questo pagamento, in quanto appare contrario a quanto disposto dalla legge n.274 del 1991 che all'art.10 stabilisce che: "il contributo di riscatto dei periodi di studio può essere versato in rate mensili; nei casi di cessazione dal lavoro il debito residuo del contributo di riscatto viene recuperato in unica soluzione mediante incameramento delle intere

prime rate di pensione, ovvero con ritenute mensili sul trattamento di pensione".

Ma l'INPS ha tuttavia proseguito nella determinazione originaria.

Anzi sembra che alcuni medici si siano visti pretendere dall'Inps il pagamento anticipato e in unica soluzione di un importo che comprende non solo le rate future ma addirittura gli interessi sulle rate non più concesse.

Da notare che l'INPS non pone alcun limite nel proseguire la rateazione dei riscatti di laurea ai pensionati ex-dipendenti pubblici che non si avvalgono del cumulo contributivo e la cui pensione viene gestita nell'ambito dell'Inps dall'ex Inpdap, ora "Gestione Pubblica".

Tuttavia con il messaggio n.3190 si è data conferma dell'indirizzo sostenuto: *"In mancanza di una espressa previsione normativa, sulle pensioni da totalizzazione o cumulo non possono quindi essere effettuate trattenute per il pagamento di oneri per riscatti che devono, dunque, essere interamente versati prima dell'accesso alla prestazione. Nelle ipotesi di pagamento rateale in corso, affinché il periodo da riscatto sia interamente valutato, i soggetti richiedenti dovranno corrispondere l'onere residuo in unica soluzione."*

Si sottolinea, peraltro, che nelle determinazioni di approvazione dei riscatti non risulta alcuna clausola limitativa del pagamento rateale, salvo l'aggiunta degli interessi.



# Quesiti dal web

**l'AARO-EMAC risponde**

Rubrica a cura di  
**Domenico Minniti**

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

**Arturo Citino**

(Coordinatore Formazione Sindacale)

## **In caso di preavviso per dimissioni, durante i tre mesi, è possibile godere delle ferie e delle ore in esubero e del rischio anestesilogico?**

Durante i 3 mesi non è possibile godere delle ferie ma, al contrario, il contratto nazionale non impedisce il godimento delle ore in esubero e del congedo per rischio anestesilogico.

## **È possibile ottenere un preavviso per dimissioni inferiore ai 3 mesi?**

Il contratto nazionale prevede la possibilità di un accordo con l'Azienda per un periodo inferiore o il pagamento di una penale pari al periodo mancante ai 3 mesi.

## **Nel caso di concorso pubblico preceduto da procedura di mobilità, se nella mobilità i vincitori non ottengano poi il nulla osta, o pur avendo vinto decidano di non spostarsi più, quei posti vanno persi o sono posti da dare a concorso?**

La procedura di mobilità esita in una graduatoria dallo scorrimento della quale si attinge per la copertura dei posti dichiarati vacanti nel Bando. I posti, a qualunque titolo non coperti con la procedura stessa, saranno resi disponibili per il concorso pubblico.

## **Esiste la possibilità/il diritto di rientrare sul proprio posto di lavoro entro un anno dalle dimissioni volontarie?**

Il CCNL recita:  
Ricostituzione del rapporto di lavoro  
(Art. 21 CCNL 10.2.2004)

1. *Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute può richieder-*

*re alla stessa azienda, entro due anni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro, la ricostituzione dello stesso.*

2. *L'azienda si pronuncia entro 60 giorni dalla richiesta; in caso di accoglimento, il dirigente è ricollocato, previa stipulazione del contratto individuale, nella qualifica dirigenziale, posizione economica iniziale. Allo stesso è attribuito il trattamento economico iniziale .....omissis ....., con esclusione della retribuzione individuale di anzianità (R.I.A.) a suo tempo eventualmente maturata, fatto salvo quanto previsto dal comma successivo.*

## **Ho intenzione di chiedere aspettativa non retribuita alla mia Azienda Sanitaria. Durante questo periodo, posso lavorare come libero professionista?**

La risposta è negativa, non essendo contemplata dalla vigente normativa contrattuale una simile eventualità. Per ulteriori approfondimenti, si legga l'articolo 10 del CCNL 10 febbraio 2004.

## **È possibile che mi venga riconosciuta l'anzianità di servizio di un periodo con contratto di medico specialista ambulatoriale nella azienda dove attualmente lavoro?**

Non è possibile, a normativa vigente, utilizzare il periodo di attività con contratto di medico specialista ambulatoriale per l'anzianità di servizio relativa al contratto della Dirigenza Medica e Veterinaria.

**Ho partecipato ad avviso di mobilità verso l'azienda ospedaliera e la mia richiesta è stata accolta. Vorrei chiedere un chiarimento sulle ferie residue finora accumulate e non godute negli ultimi anni, per motivi esclusivamente organizzativi di reparto, che avrei intenzione di richiedere nei prossimi**

**mesi. A quanto pare, l'azienda di destinazione non avrebbe intenzione di concedermele. È lecito? Nel caso potrebbe essere intentata un'azione legale per ottenerle.**

---

La mobilità non è un nuovo rapporto di lavoro e si mantiene il diritto a godere delle ferie residue. Certamente potrebbe essere intentata un'azione legale per ottenerle dopo averle richieste per iscritto protocollato.

**Vorrei sapere se è possibile imporre di prendere parte delle ferie estive come ferie anestesologiche o se invece posso essere io a decidere quando usufruirne ovviamente entro l'anno solare**

---

Per quanto riguarda il riposo biologico il CCNL recita:

6. Al personale medico anestesista esposto ai gas anestetici compete un periodo di riposo biologico di 8 giorni consecutivi di calendario da fruirsi entro l'anno solare di riferimento in un'unica soluzione. Le aziende, attraverso un'adeguata organizzazione del lavoro, attivano forme di rotazione di tali medici nell'ambito del servizio di appartenenza.

Per quanto riguarda le ferie estive recita:

Art. 21 CCNL 5.12.1996 I biennio economico

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

In sintesi non è possibile sostituire le ferie estive con il rischio biologico ma si ha diritto a 15 gg di ferie estive tra giugno e settembre.

L'Azienda programma tra gli aventi diritto una rotazione per la fruizione del rischio biologico, che va goduta entro l'anno corrente.

**Ho un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con un Azienda. Attualmente ho ottenuto l'aspettativa perché vincitore di un incarico a tempo indeterminato presso un'altra Azienda: posso chiedere ancora aspettativa avendo successivamente vinto un ulteriore incarico a tempo determinato presso un'altra Azienda?**

---

Certo. Si può chiedere una ulteriore aspettativa per un nuovo rapporto di lavoro a tempo determinato.

**Se il lavoratore non ha goduto del riposo settimanale, avrà diritto a recuperarlo nella settimana successiva? Due giorni di riposo si concentrano in una settimana.**

---

Se il lavoratore non ha goduto del riposo settimanale,

avrà diritto a recuperarlo nella settimana successiva; i due giorni di riposo si concentrano in una settimana e si uniranno alle 11 ore di riposo giornaliero.

**Molti Colleghi del servizio vogliono fare solo l'orario di lavoro, previsto dal contratto, di 38 ore settimanali.**

**Possiamo richiedere il recupero dell'orario straordinario e dell'orario per obiettivi rinunciando al relativo compenso.**

---

Sulla problematica in esame il CCNL all'Art. 28 CCNL 10.2.2004 recita:

1. Il lavoro straordinario non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro. Le relative prestazioni hanno carattere eccezionale e devono rispondere ad effettive esigenze di servizio...Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruiti.

Potete chiedere per iscritto protocollato il recupero delle ore di straordinario.

**Sono dipendente pubblico a tempo indeterminato e vorrei sapere se i giorni previsti di congedo per concorsi devono essere autorizzati dal direttore o solo comunicati (cioè se possono essere negati e se sì in quali casi).**

---

In merito alle assenze retribuite il CCNL recita:

Assenze retribuite

Il dirigente può assentarsi nei seguenti casi:

a) partecipazione a concorsi od esami, limitatamente ai giorni di svolgimento delle prove, ovvero partecipazione a convegni, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi, connessi all'attività di servizio: giorni otto all'anno;

Dato che può assentarsi si ritiene che non debbano essere autorizzati e che non possano essere negati fermo restando il diritto a partecipare ad un concorso.

**Gradirei sapere se nel computo dei quindici giorni di ferie estive che spettano da contratto nazionale sono inclusi i festivi o si contano solo i feriali.**

---

Per il conteggio delle ferie si contano solo i giorni feriali escluso o compreso il sabato a seconda che l'orario di lavoro sia organizzato su cinque o su sei giorni.

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

**CAMPAGNA  
ISCRIZIONI  
2019**



**SE NON SEI ANCORA NOSTRO ISCRITTO  
ISCRIVITI SUBITO! DACCI PIÙ FORZA  
PER FAR VALERE I TUOI DIRITTI!**

**+**  
**ISCRITTI**  
**+**  
**DIRITTI**

**Siamo il Sindacato dei Medici Anestesiisti Rianimatori,  
dell'Emergenza-Urgenza e dell'Area Critica**

**ABBIAMO UN PRINCIPALE OBIETTIVO:  
FAR RISPETTARE I DIRITTI DEGLI ISCRITTI!**

- Conosciamo e condividiamo il malessere lavorativo dei Colleghi e gli diamo voce in ogni sede.
- Ci piace ascoltare il parere di tutti, singolarmente.
- Lottiamo perché vengano dati sempre più valore e importanza alle nostre discipline.
- L'attività che NOI Medici Anestesiisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza svolgiamo è la spina dorsale delle strutture sanitarie e per questo vogliamo il giusto riconoscimento.
- La vita dei pazienti è nelle nostre mani. Pretendiamo di lavorare in un ambiente sereno nel rispetto delle leggi, del riposo contrattualmente previsto e dei giorni di ferie riconosciuti e dovuti.

**L'AAROIEMAC LAVORA OGNI GIORNO AFFINCHÉ QUESTI OBIETTIVI VENGANO RAGGIUNTI**

**SIAMO AL TUO FIANCO  
IN TUTTI GLI ASPETTI  
DELLA VITA LAVORATIVA...  
CHE COSA ASPETTI AD ISCRIVERTI?**

**#UNITISVINCE**

**TUTTE LE INFORMAZIONI SU:  
[WWW.AAROIEMAC.IT](http://WWW.AAROIEMAC.IT)**