

il nuovo Anestesista Rianimatore

MAGGIO - GIUGNO
2020
3
Anno XLI

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

Direzione: Via del Viminale 43 - 00184 Roma - Redazione: Via Ferdinando del Carretto n° 26 - 80133 Napoli - Diffusione web tramite provider Aruba

Risorse aggiuntive, riconosciuto il ruolo di AR e MEU

Covid-19:
I racconti dalle Regioni

CCNL 2016-2018
Non si gioca con i numeri

IntensiveAPP
Immuni



Sommario

- 3 Editoriale**
Covid-19: alcune considerazioni
- 4 Covid-19**
- Gli Accordi sindacali per le risorse aggiuntive
- I racconti delle Sezioni Regionali
- 22 In memoria di:**
- Il ricordo del Dr Davide Cordero
- La scomparsa del Prof Antonio Fantoni
- 26 CCNL 2016-2018**
La Diffida AAROI-EMAC sulla retribuzione dei Turni di Guardia

- 28 IntensiveAPP**
IMMUNI – Ripartiamo insieme
- 32 AAROI-EMAC risponde**
Previdenza:
Gli articoli dell'Esperto
CCNL in pillole:
la sede di lavoro
- 38 Quesiti Sindacali**

News AAROI-EMAC in tempo reale www.aaroiemac.it



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

Direzione e Amministrazione
Via del Viminale 43 - 00184 Roma
Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733
email: ilnuovoar@aaroiemac.it

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 19-06-2020

INDIRIZZARE LE SCELTE PER OTTENERE IL MASSIMO POSSIBILE

Sono passati tre mesi dal giorno in cui la Collega Annalisa Malara – attraverso quella che personalmente ho definito una “disobbedienza agli schemi” coscienziosa e meritoria – ha permesso di scoprire che il Covid-19 era ormai diffuso in Italia. Un giorno che difficilmente dimenticheremo e che ha provocato uno sconvolgimento senza eguali. Ebbene, a tre mesi da quel fatidico giorno, vi propongo alcune considerazioni. Tra queste il fatto che il valore dei medici in prima linea – Anestesisti Rianimatori e Medici dell’Emergenza-Urgenza – sia stato riconosciuto. Lo dimostra, ad esempio, la decisione del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, di insignire dell’onorificenza di Cavaliere al Merito della Repubblica per essersi distinti nel servizio alla comunità durante l’emergenza del Coronavirus tre Medici Anestesisti Rianimatori: Annalisa Malara, Maurizio Cecconi, Renato Favero.

A questi riconoscimenti, che comunque costituiscono un segno di riconoscimento per il valore del nostro lavoro, si sono accompagnati, in parallelo, importanti segnali di attenzione del mondo politico verso i medici che l’AAROI-EMAC rappresenta. Infatti, gli ultimi progetti di legge, in particolare il Decreto Rilancio, - con l’aumento del 70% del numero di posti letto di Terapia Intensiva oltre ad un sostanziale incremento dei posti letto di Sub intensiva – rappresentano un passo importante, forse addirittura eccessivo rispetto a quanto da noi suggerito. Recentemente ho affermato in un’intervista al Messaggero che i numeri proposti, così alti, sono il frutto di “una risposta più di pancia che di testa”. Tocca comunque all’AAROI-EMAC, in stretto collegamento con la SIAARTI, fare in modo che quanto si andrà a stabilire nel provvedimento produca effettivi miglioramenti, indirizzando con ogni mezzo possibile le prossime scelte politiche affinché ad un aumento dei posti letto di Terapia Intensiva debba corrispondere una congrua disponibilità di Medici Anestesisti Rianimatori. Parallelamente, dovrà anche essere congrua la programmazione dei fabbisogni di Medici Specialisti in Emergenza-Urgenza.

Sugli effettivi fabbisogni di Medici in grado di far fronte al potenziamento delle Reti Intensive e Sub-Intensive, proprio negli ultimi giorni, abbiamo diffuso un comunicato stampa per ribadire la nostra proposta sul ricorso ai Medici in Formazione, che deve andare di pari passo con un adeguato incremento del numero di Borse di Studio di specializzazione. Una proposta, univocamente ed ufficialmente condivisa dal mondo di riferimento accademico e scientifico della nostra Organizzazione Sindacale, che si basa sull’assunzione automatica come Dipendenti Pubblici, in un’apposita sezione contrattuale della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera da istituirsi urgentemente ad hoc, di tutti i Colleghi Specializzandi del penultimo e dell’ultimo anno di corso, da affiancarsi e non da sostituirsi agli Specialisti secondo criteri di sicurezza ben definiti.

Questa è l’unica soluzione per poter proseguire e completare efficacemente un percorso di inquadramento lavorativo dei Medici in formazione specialistica già timidamente tracciato sin dall’emanazione del “Decreto Calabria”, la cui applicazione però è stata finora del tutto insufficiente a colmare le carenze di personale medico.

È ora che il Parlamento intero si svegli dal torpore che in tanti anni non siamo riusciti a scalfire e ci ascolti adesso, dando immediato seguito legislativo a questa nostra proposta, altrimenti il potenziamento dei posti letto nelle Rianimazioni e nelle Unità di terapia Sub-intensiva si tradurrà nell’ennesimo irresponsabile lancio al buio e nel vuoto di un Sistema Ospedaliero che ha retto egregiamente lo tsunami pandemico solo grazie alla nostra professionalità e alla nostra abnegazione, che – a buona memoria di tutti – hanno permesso di salvare migliaia di vite.

Altro tema collegato alla pandemia è quello degli Accordi regionali sulle risorse aggiuntive per l’emergenza. Nelle pagine seguenti troverete una sintesi delle intese raggiunte in alcune Regioni, mentre in altre le nostre Sezioni Regionali sono ancora al lavoro per concludere accordi soddisfacenti. Né stiamo trascurando un’altra importante questione legata alla Responsabilità Professionale nel periodo della pandemia. La nostra richiesta è di uno scudo penale limitato alle professioni sanitarie. Nelle prime proposte ci è sembrato invece che tale scudo penale – così come ipotizzato in diverse iniziative parlamentari – mal celasse una sorta di non procedibilità nei confronti degli Enti Datori di lavoro, in relazione alle eventuali mancate dotazioni delle misure di sicurezza per gli operatori sanitari.

Per questo abbiamo messo in opera ogni azione possibile affinché lo scudo penale non includesse eventuali responsabilità in ordine alle carenze sulla dotazione dei dispositivi di protezione individuale, in quanto tali responsabilità rientrano nell’ambito generale della sicurezza sui luoghi di lavoro, un campo nel quale il Sindacato non può tollerare esenzioni di responsabilità di sorta.

Infine, nonostante il periodo emergenziale richieda uno sforzo quotidiano e pressoché totalizzante, l’attenzione dell’AAROI-EMAC sul rispetto del nuovo CCNL rimane intatta. A tal proposito, nei giorni scorsi, è stata inviata una Diffida alle Aziende e Enti Sanitari ancora inadempienti rispetto all’incremento retributivo dei turni di Guardia.

Tante sono le sfide ancora aperte, e la nostra Associazione è più attiva che mai su tutti i fronti ed a tutti i livelli per non perdere alcuna occasione di tutelare la professionalità dei suoi Iscritti!

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale

Accordi Sindacali risorse aggiuntive Covid-19

Intersindacale Lombardia

ACCORDO RISORSE CURA ITALIA - 27 maggio 2020



Le organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa del Servizio Sanitario Regionale hanno nella nottata di oggi raggiunto l'intesa sulle risorse aggiuntive previste

per l'emergenza Covid-19.

Presupposto di questo accordo e prioritario per le prossime settimane è l'impegno delle parti a proseguire il confronto, mediante incontri con cadenza ravvicinata:

- misure di sorveglianza sanitaria e di sicurezza dei lavoratori, in correlazione con le diverse fasi della pandemia Covid in atto. In particolare si punta a uniformare il più possibile il comportamento delle aziende;
- applicazione degli artt. 1 e 2 del DL 34/2020 (cd

- Decreto Rilancio) sul rafforzamento dell'assistenza territoriale e sul riordino della rete ospedaliera, chiesti da anni e indispensabili per arginare il contagio Covid e assicurare le cure necessarie alla cittadinanza che non accede ai presidi ospedalieri;
- gestione del rapporto di lavoro, in considerazione dell'attuale assetto normativo e del diritto del lavoratore al recupero psico-fisico ed alla conciliazione dei tempi lavoro-famiglia: fruizione di ferie e permessi, accesso al lavoro agile, eventuale riposo compensativo per operatori impegnati nel trattamento di pazienti Covid in picco pandemico;
- remunerazione di prestazioni aggiuntive rese nella fase emergenziale e da svolgere per il progressivo recupero delle prestazioni ordinarie sanitarie e non;
- applicazione dell'art. 6 del CCNL 2016-2018 Area Sanità "Confronto regionale" come premessa alla costruzione di corrette relazioni sindacali finalizzate ad una fattiva collaborazione tra le parti;
- monitoraggio di accordi incentivanti e loro integrazione in presenza di nuove opportunità legislative.

L'accordo economico, raggiunto con lo sforzo e il lavoro di entrambe le parti, non può essere disgiunto dal confronto sui temi annunciati. Come sindacati crediamo di aver fatto sino in fondo il nostro lavoro, riconoscendo ai colleghi un premio globale di circa 55 milioni di euro compresi oneri contributivi e fiscali secondo.

Gli accordi siglati sono:

1. Risorse Aggiuntive Regionali per un totale di 24 milioni (fascia unica 1000 euro pro capite più 173 euro per chi svolge turni notturni)
2. Risorse del Cura Italia per circa 10 milioni a remunerare le condizioni disagiate di lavoro (turni notturni e festivi e reperibilità)
3. Risorse stanziare da Regione Lombardia per un totale di circa 22 milioni di euro come premio per il lavoro durante l'emergenza pandemica secondo le seguenti fasce:

Fascia	Descrizione fascia	Premialità
A1	Unità di degenza Covid con assistenza ventilatoria invasiva, PS e 118, attività con prevalente presenza di aerosol (es bronco, EGDS...)	1.730
A2	Unità DI DEGENZA Covid con prevalente attività con assistenza ventilatoria non invasiva (es reparti Covid con CPAP)	1.425
B	Unità di degenza Covid (sia confermati che sospetti) che non necessitano di assistenza respiratoria, area MAC per pazienti oncologici /ematologici	1.275
C	Personale a contatto con utenza esterna territoriale/domiciliare, Unità di degenza NO Covid, Aree ambulatoriali, attività amministrative in presenza	875
D	Smart Working	375

Sicuramente il ristoro economico non può lenire il dolore delle famiglie dei colleghi deceduti e tutti coloro che si sono ammalati in questa terribile pandemia, ma è solo un primo passo verso una migliore tutela che ha nella prevenzione il suo cardine principale. Nelle prossime settimane affronteremo anche il tema dell'utilizzo delle ulteriori risorse che si renderanno disponibile con il DL 34/2020.

Le OOSS si apprestano a chiudere questa prima fase dell'emergenza, consapevoli dell'immenso sforzo dei colleghi tutti in un quadro che ha visto il sistema in fortissima crisi, ma che ha saputo reggere il tremendo urto attraverso la professionalità di tutti i dirigenti, fulcro del SSR.

Stefano Magnone **ANAAO-ASSOMED**

Giuseppe Ricciardi **CIMO Lombardia**

Cristina Mascheroni **AAROI-EMAC**

Sonia Ribera **FP CGIL Medici**

Gian Carlo Battaglia **FVM Federazione Veterinari e Medici**

Stefano Bracelli **FASSID**

Danilo Mazzacane **CISL Medici**

Antonio Canino **FESMED**

Maurizio Viecca **ANPO-ASCOTI-FIALS Medici**

Paolo Campi **UIL FPL Coordinamento Nazionale Delle Aree Contrattuali Medica, Veterinaria Sanitaria**

Samuel Dal Gesso **FEDIRETS sez. FEDIR**

Intersindacale Lombardia

ACCORDO RISORSE DL RILANCIO - 12 Giugno 2020

Le organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa del Servizio Sanitario Regionale hanno raggiunto l'intesa sulle ulteriori risorse aggiuntive previste per l'emergenza Covid-19 dal Decreto Rilancio.

In questo modo tutti i dirigenti del SSR avranno la possibilità di percepire le quote previste dall'accordo di maggio al netto degli oneri contributivi e dell'IRAP, che inizialmente erano comprese nella quota. Nonostante l'esiguità del premio, che non ristora dell'impegno profuso e del rischio corso dai medici, i sanitari, i veterinari e tutti gli altri dirigenti che hanno sorretto il servizio sanitario regionale durante la terribile pandemia, tutte le risorse disponibili vengono in questo modo rapidamente impegnate e messe in busta paga.

Nel testo dell'accordo si ribadisce l'impegno a ulte-

riormente implementare le risorse facendo leva sul combinato disposto del Cura Italia e del Decreto Rilancio, quest'ultimo in fase di conversione in legge. Tali norme permetterebbero a Regione Lombardia di aumentare i premi sinora previsti con risorse proprie, fatti salvi approfondimenti tecnici e politici che entrambe le parti si sono impegnate a portare avanti nelle prossime settimane.

Come parte sindacale siamo convinti di aver riconosciuto il merito e l'impegno di tutti i colleghi direttamente impegnati nella lotta al Covid-19, ma siamo convinti che quanto occorso in Lombardia comporti un ulteriore sforzo delle istituzioni per conseguire il completamento del premio dovuto ai dirigenti.

Stefano Magnone **ANAAO-ASSOMED**

Giuseppe Ricciardi e Pasquale Razionale **CIMO Lombardia**

Cristina Mascheroni **AAROI-EMAC**

Bruno Zecca **FP CGIL Medici**

Gian Carlo Battaglia **FVM Federazione Veterinari e Medici**

Stefano Bracelli **FASSID**

Danilo Mazzacane **CISL Medici**

Antonio Canino **FESMED**

Carlo Montaperto **ANPO-ASCOTI-FIALS Medici**

Paolo Campi **UIL FPL Coordinamento Nazionale Delle Aree Contrattuali Medica, Veterinaria Sanitaria**

Samuel Dal Gesso **FEDIRETS sez. FEDIR**



Intersindacale Veneto - 28 Maggio 2020



Chiuso un accordo fondamentale fra Regione Veneto e Rappresentanze Sindacali Autonome della Dirigenza Medica e Sanitaria.

Sancita la differenza di ruolo ed il differente livello di responsabilità rispetto al Comparto.

Previste tre fasce di premialità che riconoscono il diverso grado di coinvolgimento e di continuità nell'impegno lavorativo/organizzativo ed il diverso livello di esposizione al rischio biologico in contrasto alla pandemia Covid.

Elevati al massimo livello i colleghi che hanno conseguito la malattia riconducibile ad infezione durante il servizio.

Con il "Memorandum per la ripresa del confronto sindacale su tematiche di rilevante impatto organizzati-

vo" si apre una fase di costruttivo confronto politico tra le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Area Sanità e la Regione sul futuro della sanità veneta: punti chiave sono il riconoscimento del rischio biologico ai dirigenti medici e sanitari, non previsto fino ad oggi, la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale ed ospedaliera insieme ai sindacati del territorio e la definizione di standard per il calcolo del fabbisogno di personale medico, sanitario e veterinario.

Con questo accordo è stato riconosciuto, da parte della Regione, il valore politico del nostro ruolo e quello di competenti interlocutori sulle problematiche della sanità veneta che supera l'episodico ma dovuto riconoscimento economico.

SINDACATI AUTONOMI DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA DELLA REGIONE VENETO
ANAAO ASSOMED - Federazione CIMO-FESMED - AAROI-EMAC - FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFI-SNR) - FVM - ANPO-ASCOTI-FIALS-MEDICI

AAROI-EMAC Emilia-Romagna



In data 30 Aprile 2020 AAROI-EMAC Emilia Romagna assieme alle altre sigle della Dirigenza Medica, Sanitaria e Veterinaria, a seguito dell'attivazione del confronto regionale, tramite diverse sessioni in modalità videoconferenza,

ha siglato l'accordo per il riconoscimento dell'impegno e del disagio legato all'Emergenza Covid-19.

I servizi di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso sono stati annoverati tra i principali destinatari delle misure economiche volte a premiare il personale maggiormente esposto a rischio di contagio e vittime del maggior impegno che l'epidemia ha inevitabilmente causato.

Tre sono gli strumenti condivisi per il riconoscimento economico grazie anche a 12 milioni di euro stanziati

dalla RER da destinare in forma straordinaria e contrattualmente riconducibile alle prestazioni aggiuntive per la sola dirigenza sanitaria, a questi si aggiungono le risorse derivanti dalla legge 18 "decreto cura Italia" per tutto il personale operante in sanità e le risorse incrementali ricavabili dalla cosiddetta legge Gelli che per il 2020 verranno prioritariamente assegnate alle Aziende sempre finalizzate al riconoscimento economico a mezzo del fondo accessorio del disagio.

Già nello stipendio di Maggio gli Anestesisti Rianimatori e Medici dell'Emergenza-Urgenza si sono visti attribuire la quota parte di premialità legata al riconoscimento delle ore eccedenti da contratto e da prestazioni aggiuntive, al pari del valore economico orario previsto per le similALPi a fronte di buona parte dell'eccedenza oraria svolta dal 21/2 al 30/4, mentre le restanti voci derivanti dalle indennità legate ai fondi contrattuali di disagio saranno riconosciute nei tempi e nei modi previsti dai singoli accordi decentrati.

Dr Matteo Nicolini
Presidente AAROI-EMAC Emilia-Romagna

Intersindacale Toscana - 5 Aprile 2020



Le organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica, Sanitaria e Veterinaria della Toscana hanno firmato venerdì 5 Aprile un accordo che prevede un riconoscimento economico che va dai 25 ai 45 euro per turno di servizio ef-

fettivamente svolto.

Un primo, apprezzabile, segnale di attenzione che va oltre la retorica e sostanza con un atto regionale un riconoscimento tangibile verso i Medici Eroi che tutti amano e nessuno difende.

Abbiamo vissuto anche in Toscana il "Disastro mascherine" ed assistiamo con preoccupazione alla proposta di emendamenti al Cura Italia che sembrano tesi a salvaguardare le colpe dell'apparato piuttosto che ad alzare l'indispensabile scudo giudiziario che dovrebbe permettere ai professionisti in trincea di avere una protezione giuridica che li difenda dallo sciame di avvoltoi che già, da tutti i social, incitano i cittadini, ancora frastornati da lutti e malattie, a imboccare la strada delle denunce. Una vergogna, quella del penale per la colpa medica che ci accomuna, nel mondo, a pochissimi stati, quali il Messico e la Polonia e che, inspiegabilmente, una politica ottusa, si ostina a difendere.

Bene quindi che, al di là della stucchevole retorica, qualcuno decida di forzare le resistenze dell'apparato e metta in campo una decisione chiara, decisione che abbiamo accettato nei contenuti, sicuramente perfettabili, in un contesto che ha imposto tempi contingenti.

L'intersindacale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria della Toscana ha firmato, dopo un serrato confronto rigorosamente telematico, in contemporanea ad un tavolo delle sigle rappresentative del comparto, un accordo proposto dalla Regione Toscana che interrompe la retorica e passa ai fatti.

I medici della prima linea Covid riceveranno una indennità di 45 euro per turno, gli altri, che operano comunque con elevati rischi, con pazienti non noti e potenzialmente infettivi, la cifra sarà di 25 euro.

Bene il segnale di attenzione che ci auguriamo venga seguito da puntuali politiche regionali e nazionali di garanzia sotto il profilo della sicurezza (DPI di qualità e appropriati per tutti i sanitari) e che il decreto Cura Italia non si limiti a riconoscerci il diritto a svolgere ulteriore lavoro straordinario promettendo, vergognosamente, di ...retribuirlo ma che garantisca organici adeguati e alzi uno scudo giudiziario vero OGGI E PER SEMPRE.

INTERSINDACALE MEDICA, VETERINARIA E SANITARIA DELLA TOSCANA

ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI EMAC – FASSID – FESMED – CGIL FP MEDICI – CISL MEDICI – FVM – ANPO ASCOTI FIALS – UIL FPL MEDICI



AAROI-EMAC Marche - 29 Maggio 2020



L'Accordo tra le OO.SS. e la Regione Marche rappresenta l'applicazione di alcune norme ministeriali e contrattuali previste anche per un riconoscimento dell'attività svolta dai colleghi in ambito "gestione pandemia", ponendo un totale di circa 20 milioni di euro, ripartiti tra Comparto e Dirigenza sanitaria.

È suddiviso in 4 parti.

La prima dispone quanto previsto dal D. Legge 18/2020 (uno dei tanti emanati in emergenza Covid): per le Marche la somma di 6.422.635,00 da suddividere, in relazione alle dotazioni economiche dei rispettivi fondi contrattuali ed al n° di dipendenti regionali, tra comparto (16.770 unità per 4.303.165,00 euro) e Dirigenza (3.128 unità per 2.119.470,00 euro). A questa somma si aggiungono 2.000.000,00 di euro provenienti dalla disponibilità del punto 3 dell'accordo, originariamente previsto in 11.000.000,00 e che si riduce a 7.000.000,00 per lo spostamento anche di altri 2.000.000,00 al comparto. La suddivisione tra le aziende (lettera b) ha tenuto conto della diversa incidenza della pandemia tra le varie aree regionali. La lettera c) individua alcuni parametri per la distribuzione dell'importo in sede decentrata e la lettera d) ha definito in due fasce la differenziazione delle quote ai Dirigenti che hanno partecipato alla gestione dei Pazienti Covid (anestesisti Rianimatori in fascia alta), tenendo in considerazione anche come la quota ulteriore di 2.000.000,00 debba essere distribuita per prestazioni "particolarmente gravose".

La seconda dispone l'applicazione di quanto previsto dalla legge Gelli 2017: risorse pari a 2.026.750,00 euro che andranno ad implementare il fondo per le particolari condizioni di lavoro (una parte relativa al 2019 – circa 800.000,00 euro) e l'altra relativa all'anno 2020 che potrebbe essere in parte finalizzata al sostegno delle prestazioni per pandemia. Queste risorse consolidano il fondo per particolari condizioni di lavoro e potranno, come già anticipato da AAROIEMAC, essere

prese (tutte o parte) per essere trasferite nel fondo di posizione al fine di elevare la componente economica destinata alla retribuzione di posizione variabile. Il tutto a seguito di contrattazione decentrata.

La terza riguarda un "tesoretto" di 7.000.000,00 da dividere tra dirigenza e comparto per prestazioni aggiuntive nel periodo considerato: ovviamente sono turni effettuati in più dell'orario istituzionale, secondo la consueta metodica. Le Aziende opereranno una ricognizione ed avranno possibilità di accesso a tale fondo disponibile (è extracontrattuale e posto a disposizione dal bilancio regionale e, quindi, aziendale: in sostanza hanno i soldi per pagare le attività aggiuntive!).

La quarta è esclusivamente temporale: il protocollo si applica al periodo 1 marzo – 31 luglio 2020.

Aspettiamo quindi la convocazione decentrata nelle Aziende per la sua applicazione e erogazione economica.

*Dr Marco Chiarello
Presidente AAROI-EMAC Marche*



AAROI-EMAC Umbria



Il 5 Maggio è stato firmato tra la Regione Umbria e le OO.SS. della Dirigenza e del Comparto "l'Accordo finalizzato all'assegnazione e utilizzo delle risorse salario accessorio per la gestione dell'emergenza Covid-19". L'intesa è

stata siglata con la pregiudiziale che gli accordi futuri, sulle altre risorse da assegnare, andranno discussi in tavoli separati. Dirigenza da una parte e Comparto da un'altra.

"I Colleghi - afferma Alvaro Chianella, Presidente AAROI-EMAC Umbria - hanno già ricevuto la premialità prevista che per la nostra categoria si colloca al livello più alto".

L'ACCORDO

Per la Regione Umbria le somme stanziare ai sensi dell'art. 1 comma 1 del D.L. 17/03/2020 n. 18, convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27, ammontano a € 3.726.843, destinati a remunerare gli istituti di cui alle lett. a) e c) del presente accordo. La Regione si impegna ad integrare tali risorse con ulteriori somme statali e/o regionali destinate all'istituto di cui alla lett. b) del presente accordo.

Le complessive risorse stanziare andranno, pertanto, a finanziare:

a) l'estensione dell'indennità di malattie infettive di cui all'art 86, comma 6 lett. c), del CCNL 2016/2018 sottoscritto il 21 maggio 2018, quantificata in € 6,89/die comprensiva di oneri a carico d'Ente, al personale del comparto assegnato a servizi coinvolti nella gestione dei pazienti Covid-19 per effetto degli interventi di riorganizzazione adottati da ciascuna Azienda sanitaria nella gestione dello stato emergenziale. In particolare, nel rispetto delle disposizioni contrattuali, tale indennità verrà riconosciuta al personale infermieristico, agli oss, ai tecnici sanitari prevalentemente

preposti ai servizi interessati ed al personale prevalentemente addetto all'effettuazione dei tamponi domiciliari, sulla base della ricognizione all'uopo operata da ciascuna Azienda, parte integrante e sostanziale del presente accordo, e verrà attribuita con le modalità contrattualmente previste per i mesi di marzo, aprile e maggio tenuto conto delle decorrenze delle misure organizzative adottate da ciascuna Azienda, salvo proroga in relazione al perdurare dello stato di emergenza;

b) l'erogazione di una retribuzione accessoria straordinaria e aggiuntiva a titolo di produttività/risultato una tantum di cui, per il comparto, all'art. 75, comma 1, lett f) del CCNL del 21 maggio 2018 e, per la dirigenza, all'art. 93 del CCNL sottoscritto il 19 dicembre 2019 e alle ulteriori disposizioni contrattuali vigenti per la dirigenza professionale, tecnico e amministrativa, finalizzata a remunerare l'apporto del personale nella gestione della fase emergenziale e nel conseguimento dell'obiettivo di performance organizzativa di tutto il sistema sanitario regionale volto a garantire la continuità dei servizi ospedalieri e territoriali alla popolazione. Per effetto, infatti, delle ordinanze del Presidente della Giunta regionale nn. 5/6/9 di marzo 2020, il modello organizzativo del sistema sanitario regionale è stato completamente stravolto per garantire, tramite tutto il personale che opera presso le Aziende sanitarie, la continuità dei servizi ospedalieri e territoriali alla popolazione. Stante la situazione emergenziale, le parti concordano che al conseguimento dello specifico obiettivo di performance organizzativa concorre tutto il personale dirigenziale e non delle Aziende sanitarie regionali con rapporto di lavoro esclusivo a tempo indeterminato e a tempo determinato, compreso il personale dell'Università degli Studi di Perugia in convenzione con il SSR. Le parti concordano di Particolare l'importo individualmente spettante sulla base dei seguenti criteri:

- il compenso verrà erogato in relazione alle attività espletate dal personale nel corso del mese di marzo 2020, quale periodo di massima allerta sanitaria e di vigenza delle misure organizzative straordinarie adottate dalla Regione e dalle Aziende sanitarie, con esclusione delle giornate di assenza dal servizio a qualsiasi titolo effettuate, salvo per i riposi com-

pensativi, i giorni di infortunio Covid-19 e relativa quarantena, anche fiduciaria;

- all'interno di una medesima fascia il compenso verrà riconosciuto equamente a tutto il personale, indipendentemente dal ruolo e dalla qualifica posseduti, in ragione della medesima gravosità dell'attività svolta e del medesimo apporto fornito per il raggiungimento dell'obiettivo;
- nella valutazione dell'apporto individuale al conseguimento dell'obiettivo verranno valorizzate le attività strettamente funzionali alla gestione dell'emergenza Covid-19, con particolare riguardo all'impegno profuso nella gestione della medesima;
- c) l'incremento delle risorse destinate ai compensi

per lavoro straordinario di cui, per il comparto, all'art. 31 del CCNL 2016/2018 sottoscritto il 21 maggio 2018 e, per la dirigenza, all'art. 30 del CCNL 2016/2018 sottoscritto il 19 dicembre 2019 funzionali alla remunerazione delle prestazioni rese nei mesi di marzo, aprile e maggio 2020 dal personale dipendente delle aziende sanitarie direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del Covid-19, salvo proroga in relazione al perdurare dello stato di emergenza.

*Dr Alvaro Chianella
Presidente AAROI-EMAC Umbria*



AAROI-EMAC Lazio



Le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa del Servizio Sanitario Regionale Lazio, hanno firmato con l'Assessore alla Sanità della Regione in data 11 aprile 2020 una im-

portante intesa sulla ripartizione delle risorse aggiuntive previste per l'emergenza Covid-19.

Questo accordo ha pienamente recepito le istanze presentate dall'AAROI-EMAC Regione Lazio per un giusto riconoscimento di quanto effettuato dagli Anestesisti Rianimatori durante questa pandemia.

La Regione Lazio è stata una delle prime in assoluto in Italia, sotto il nostro impulso, a stipulare quest'accordo che vede tutti gli Anestesisti Rianimatori che hanno lavorato in ospedali, e o terapie intensive e/o sub intensive e/o aree di emergenza-urgenza, classificate come Covid-19, inseriti nella prima fascia di retribuzione.

Tutti gli altri Colleghi sono stati inseriti nella seconda fascia anche qui come riconoscimento di una loro attività specialistica, sia pure in un ambito ospedaliero più generale.

Inoltre si è stabilito nell'accordo che le Aziende procedano al pagamento di tutte le ore di straordinario e di tutte le prestazioni aggiuntive eventualmente effettuate.

L'accordo regionale ha previsto per la prima fascia un bonus una tantum, di € 1000 procapite, mentre per la seconda fascia un bonus di € 600 procapite.

Pertanto l'AAROI-EMAC Regione Lazio esprime soddisfazione per l'accordo raggiunto con la Regione Lazio, quale sia pur simbolico riconoscimento di una grande professionalità e dedizione alla assistenza dei pazienti dimostrata dalla categoria degli Anestesisti Rianimatori.

*Prof Quirino Piacevoli
Presidente AAROI-EMAC Lazio*



AAROI-EMAC Puglia



Nella notte del 28 maggio si è finalmente arrivati alla conclusione dell'Accordo regionale per la distribuzione delle risorse per rischio Covid e straordinarie condizioni di lavoro connesse alla pandemia al personale della dipendenza del SSN.

Le risorse nazionali per la Puglia, assommando quelle disponibili nei due decreti, ammontano a circa 30 milioni di euro. I decreti prevedevano anche la possibilità da parte delle Regioni di integrazione regionale di tali risorse sino al doppio delle stesse.

Le risorse distribuite in Puglia, al netto di circa 850.000 euro, derivano tutte da quelle nazionali, non essendoci stata disponibilità da parte della Regione ad integrare con proprie risorse oltre la cifra di 850.000 euro circa. In effetti, in una prima fase, la Regione aveva postulato una integrazione di circa 7 milioni di euro, ma tale integrazione regionale di risorse, proprio a seguito di una richiesta di chiarimento della AAROI-EMAC, era connessa ad un ampliamento dei possibili fruitori anche a personale non appartenente alla dipendenza dal SSN e pertanto tale personale veniva stornato insieme alla quasi totalità della integrazione regionale.

Successivamente, sempre su ferma richiesta della AAROI-EMAC supportata da altre OO.SS. dell'Area Sanità, si richiedeva di definire in riunione insieme al Comparto esattamente le risorse disponibili, di stabilire le percentuali di suddivisione delle risorse da distribuirsi nei rispettivi fondi dell'Area Sanità e dell'Area Comparto, nonché di definire le fasce di attribuzione delle risorse. Successivamente a tutto ciò si è richiesto di portare la trattativa finale sui rispettivi tavoli, unici istituzionali, delle due rispettive Aree al fine di consentire la successiva e per norma di decreto richiesta attribuzione delle esatte somme di incremento per ogni fondo aziendale rispettivamente dell'Area della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria e dell'Area del Comparto.

I Rappresentanti Sindacali Territoriali e Aziendali

avranno ora il compito di verificare che le somme previste per ciascuna Azienda di loro competenza vadano effettivamente ad incrementare il fondo previsto e che gli eventuali residui finali vengano attribuiti al fondo incentivante.

Inoltre, l'accordo prevede anche un possibile livello aziendale di intervento al fine della attribuzione delle fasce di competenza previste e che, ovviamente, il criterio di maggiore premialità non può che essere rivolto a coloro che hanno operato a maggior rischio di contagio Covid.

L'accordo prevede anche il massimo di premialità possibile per gli operatori sanitari che siano rimasti contagiati e per i quali viene ipotizzato il massimo di turni teorico (quaranta turni nel periodo considerato di "emergenza" dal 15 marzo al 15 maggio).

Infine si è provveduto ad inserire un limite temporale massimo per l'attribuzione delle risorse e cioè il 30 di settembre 2020. Non è stato facile raggiungere l'accordo soprattutto in relazione ad alcuni passaggi di tipo sostanziale ma anche procedurale (la forma in alcuni casi diventa SOSTANZA) sui quali l'azione della AAROI-EMAC è stata molto ferma e irremovibile rispetto a possibili ventilate soluzioni alternative che avrebbero lasciato una notevole alea riguardo alla esatta distribuzione delle risorse nei fondi, risorse che un domani potrebbero invece essere rese consolidate nel tempo.

*Dr Antonio Amendola
Presidente AAROI-EMAC Puglia*



Maggiori informazioni sui singoli Accordi sono sul sito www.aaroiemac.it

La testimonianza dei Presidenti Regionali AAROI-EMAC (Parte I)

Come il sistema ha affrontato il Covid-19 in Basilicata

In Basilicata alla fine di Febbraio 2020 erano in essere nell'AOR San Carlo di Potenza 15 posti di Rianimazione + 8 posti di Rianimazione CardioChirurgica, nell'ASM di Matera all'Ospedale Madonna delle Grazie 8 posti di Rianimazione. Nei plessi ospedalieri della provincia di Potenza e Matera altri 20 posti di Rianimazione.

Col progredire della pandemia Covid-19 l'AOR San Carlo di Potenza ha trasformato prima 8 posti di Rianimazione in Rianimazione Covid-19 poi, per necessità, tutti i 15 posti sono diventati Rianimazione Covid-19 e sono stati creati altri 6 posti di Rianimazione no Covid-19 in 3 sale operatorie. L'AOR San Carlo di Potenza ha altre 10 Sale Operatorie nel GOC (Gruppo operatorio centrale) e 3 Sale Operatorie nel dipartimento Donna e Bambino.

Al San Carlo di Potenza sono stati ricoverati in Rianimazione Covid massimo 15 pazienti contemporaneamente, quindi non ha mai usufruito della disponibilità di posti letto nelle terapie intensive disponibili della Cardio-Chirurgia e dei plessi ospedalieri periferici della provincia. Attualmente sono ritornati in essere i 15 posti di Rianimazione generale.

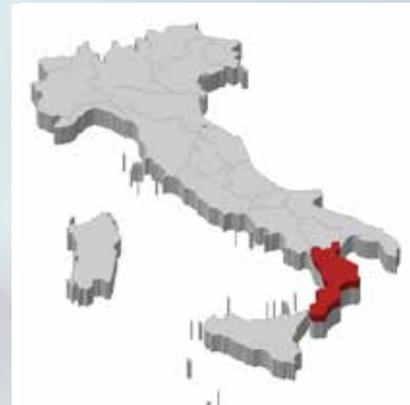
Nell'ASM di Matera gli 8 posti di Rianimazione ordinaria sono diventati Covid e ne hanno creati altri 8 Covid, oltre a 5 posti di Rianimazione ordinaria per un totale di 21 posti di Rianimazione.

All'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera sono stati ricoverati contemporaneamente massimo 12 pazienti Covid, quindi non si è fatto ricorso ai posti disponibili del plesso ospedaliero periferico di Policoro in provincia di Matera. Al momento ci sono lavori per strutturare 10 posti di Rianimazione ordinaria e 6 posti Covid.

*Dr Francesco Allegrini
Presidente AAROI-EMAC Basilicata*



La Calabria graziata dal Covid-19, ma rimane il deficit di posti letto in Terapia Intensiva e di AR



La Calabria, graziata da Covid-19, sarebbe stata la regione d'Italia che, se investita dalla diffusione del virus, avrebbe proporzionalmente pagato il prezzo più alto. La contingenza ha rimarcato, se mai ce ne fosse stato bisogno, le enormi criticità del suo Servizio Sanitario e, soprattutto, l'incapacità gestionale, organizzativa e strategica nell'affrontare se non un'autentica catastrofe sanitaria, già solo una maxi emergenza. Scelte discutibili quali concentrare (con il rischio di intersecare i percorsi) i pazienti affetti da Covid-19 nei tre centri Hub regionali, piuttosto che individuare o costruire ex novo strutture in cui isolare e trattare l'epidemia, avrebbero potuto rendere la situazione esplosiva, amplificando massivamente la diffusione del virus. Certo, manca, per fortuna, la controprova. Ma il fatto che, ad emergenza passata, qualche testa sia caduta lascia presumere che probabilmente la Presidenza non si sia ritenuta totalmente soddisfatta delle scelte strategiche. Altro che "modello Calabria".

Ad ogni modo, abbandonando inutili recriminazioni, tutte le crisi, una volta superate, possono diventare un'opportunità di crescita per i sistemi che ne sono stati investiti.

La Calabria sconta un difetto di posti letto (PL) di Terapia Intensiva e di Medici Anestesisti Rianimatori che, a costo di esser considerati Cassandra, ci eravamo già premurati di denunciare sui media in tempi non sospetti. Circa un terzo in meno rispetto alla media nazionale i primi, almeno un centinaio in meno i secondi. E durante l'emergenza non sono stati aumentati, se non di pochissime unità, i posti strutturati di terapia intensiva. Il resto dei PL (una quarantina o poco più), attrezzati peraltro tardivamente, sono stati ricavati sottraendo soprattutto spazi alle sale operatorie. Niente insomma che non debba o che non stia già ritornando alla funzione originale.

Il DI 34/2020 prevede di incrementare il numero di posti letto fino a 1,4 ogni mille abitanti. E questo pone un problema serio dato che - in Calabria, ex ante, erano lo 0,5 per mille - dai 107 PL strutturati presenti prima dell'epidemia si dovrebbe arrivare, nel breve/medio termine, a 280. Ora, abbiamo familiarizzato un po' tutti col significato della frase "manovra in deficit" che il Governo ci somministra ad ogni piè sospinto. Ma questo ha valore solo in campo economico-finanziario. Per assistere e curare le persone servono, infatti, "uomini e mezzi". E mentre per i secondi il problema potrà in qualche modo essere risolto, dubito fortemente, fatta salva la clonazione, si possa, se non nel lungo termine, contare sulla disponibilità dei primi. Un problema sulla cui soluzione aspetto curioso le scelte strategiche di Governo e Regioni.



*Dr Domenico Minniti
Presidente AAROI-EMAC Calabria*

21 febbraio, quel giorno indimenticabile...



Il 21 febbraio 2020 rimarrà una data indelebile nella mente di tutto il personale operante nel SSR della Regione Emilia-Romagna; i primi segnali di allarme e di preoccupazione non erano allora ancora nulla rispetto a quanto sarebbe accaduto nelle successive settimane e, in particolare, dal weekend successivo quando nella area nord della regione (in provincia di Piacenza) esplose con violenza e velocità il primo focolaio che stravolgerà le vite di tante persone e di tanti operatori sanitari e arrecherà danni incolmabili dal punto di vista umano prima ed economico poi per i cittadini emiliano romagnoli.

Tra le aree cliniche sottoposte a incredibile pressione, da metà Marzo in poi, si annoverano inevitabilmente le Terapie Intensive e Sub Intensive e le attività di Pronto Soccorso che si trasformano completamente negli assetti logistici, qualitativi e quantitativi del proprio quotidiano e con grande carenza di dispositivi di protezione idonei. I posti letto intensivi regionali passeranno dai 350 circa stabili (del SSR pubblico) a quasi 690 nelle prime due settimane di Aprile di cui occupati con 573 pazienti Covid-19 positivi e 117 pazienti intensivi per altre patologie.

La riorganizzazione ha coinvolto e impegnato in modo straordinario gli Anestesisti Rianimatori, gli infermieri di area critica e non, in quanto tutti i letti disponibili nelle Recovery room, nelle sale operatorie e nelle day surgery, sono stati riconvertiti a letti intensivi con personale aggiunto chiamato ad operare fuori dal proprio setting tradizionale e sono stati assunti medici in formazione specialistica del quarto e quinto anno con punte di 14 Unità per provincia. Ad oggi (30 Maggio 2020) i posti letto intensivi totali sono in lenta e graduale rimodulazione disponendo tuttavia ancora di 251 unità extra da inizio pandemia e in attesa della realizzazione del progetto "Hub Nazionale di Terapia Intensiva" a disposizione della Regione e dell'intera nazione, che prevede la realizzazione di circa 150 posti letto intensivi stabili in aggiunta allo storico. La prima struttura operativa (18 posti letto) sarà ultimata indicativamente per metà Giugno in area esterna e adiacente all'Ospedale Civile di Baggiovara (MO) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena.

Abbiamo ad oggi personale esausto, Anestesisti Rianimatori, Medici dell'Emergenza, Infermieri di Area Critica che hanno lavorato senza sosta e sono stati sottoposti a una incredibile pressione lavorativa, personale, familiare, emotiva che necessita forzatamente di "stacco". Le ferie estive saranno garantite a tutti, ma due settimane (in casi più fortunati tre) da Giugno a Settembre compresi, non bastano a tenere duro e godersi l'allentamento (lento) della morsa in cui siamo schiacciati, alla luce anche della imminente apertura del potenziamento della rete di posti letto intensivi che inevitabilmente vedrà, ad oggi, lo stesso personale coinvolto.

Cosa augurarci? Ovviamente in primis scongiurare l'evenienza di una nuova ondata epidemica che, non sono certo riusciremmo ad affrontare con la stessa tenacia e costanza della prima, e non meno importante che arrivino rinforzi di personale attraverso assunzioni di specialisti e medici in formazione in risposta ai bandi in fase di attivazione o in alcune aree già pubblicati.



*Dr Matteo Nicolini
Presidente AAROI-EMAC Emilia-Romagna*

In Puglia totale assenza di un piano territoriale di intervento Covid



L'emergenza Covid-19 in Puglia ha determinato un numero di contagi decisamente inferiore rispetto alle più colpite Regioni del Nord, probabilmente grazie al fatto che l'inizio del lockdown nazionale è coinciso con un momento in cui la numerosità dei contagi era in Puglia molto bassa. Tuttavia, nonostante la bassa numerosità, si è inizialmente venuta a determinare una situazione di notevole caos organizzativo sia dal punto di vista strutturale, sia di carenza di un piano operativo coinvolgente il territorio e l'ospedale, sia di semplice e banale disponibilità di adeguati dispositivi di protezione individuale.

Il piano regionale Covid, presupponendo circa 2.000 contagi, ha predisposto inizialmente la creazione di Strutture ospedaliere Covid con un Centro di Riferimento regionale strutturato presso un intero padiglione del Consorziale Policlinico di Bari. I posti letto di Terapia Intensiva inizialmente certificati in Regione ammontavano a 304 e di questi 54 sono stati dedicati ai pazienti Covid. Tuttavia la totale assenza di un piano territoriale di intervento Covid (le USCA, pur previste, non sono mai state attivate) ha determinato da un lato il ricorso massiccio alla ospedalizzazione e dall'altro (per carenza di DPI, commistione di strutture Covid con strutture non Covid, insufficienza rispetto alle richieste delle strutture Covid con trasformazione in itinere di altre strutture non previste in strutture Covid, lunghi tempi di risposta dei risultati dei tamponi effettuati agli Utenti) ad un notevole incremento del rischio di contagio in ambito ospedaliero sia per gli operatori sanitari che per gli utenti.

Successivamente la Regione ha rivisto in ampliamento il piano delle Terapie Intensive dedicate Covid elevandone il numero di posti letto da 54 a 306 tra pubblico e privato. Di tali complessivi teorici posti letto ne sono risultati effettivamente disponibili 173. Le ultime valutazioni della Regione Puglia prevedono di aggiungere al numero di posti letto iniziali di Terapia Intensiva regionali pari a 304, ulteriori 344 posti letto comprendenti una quota da attivarsi solo in caso di necessità.

*Dr Antonio Amendola
Presidente AAROI-EMAC Puglia*



In 48 ore stravolta l'organizzazione del lavoro



La fase critica dell'epidemia Covid-19 ha colpito la Regione Marche fin dai primi di marzo. L'ondata di infezioni ha stravolto l'organizzazione del lavoro nei nostri ospedali con decisioni "forti" da parte di chi ci governa e ci amministra, necessarie ed anche illuminate, la cui applicazione nell'arco di 48 ore ha necessitato abnegazione e sacrificio da parte degli operatori sanitari in qualsiasi ruolo essi abbiano svolto il loro operato. Per gli Anestesisti Rianimatori della nostra regione, questo ha comportato da una parte l'esposizione massimale al contagio, dall'altra una consistente rivoluzione dei reparti di Rianimazione e Terapia Intensiva (RTI.)

Si è passati da 120 PL regionali (dato pre-Covid) al picco del giorno 31 marzo di 169 PL per pazienti Covid ricoverati per insufficienza respiratoria acuta, con alcuni ospedali che hanno addirittura incrementato del 400% i PL nelle loro Rianimazioni.

Nel contempo sono stati individuati ospedali dedicati al trattamento dei Pazienti Covid, assicurando una distribuzione territoriale ed, al loro interno, quella filiera gestionale parallela al percorso della malattia, dalla RTI alla subintensiva, alla degenza e riabilitazione fino alla dimissione ed al trattamento domiciliare.

Non solo, per certi versi si è garantito il trattamento degli altri casi necessitanti di RTI, in particolare l'effettuazione di urgenze chirurgiche e di interventi per pazienti oncologici, ovviamente in ospedali individuati come "liberi da Covid".

Per la gestione dei turni e la copertura delle necessità di tutti gli ospedali regionali per acuti, la regione ha provveduto all'assunzione di due tipologie di medici:

a) Colleghi anestesisti rianimatori posti recentemente in quiescenza: AAROI-EMAC si è fatta partecipe dell'appello "al rientro in servizio", con adesione di 15 colleghi posti a copertura delle turnazioni preferenzialmente in ospedali "no Covid", data l'età e l'incremento delle complicanze e della mortalità in relazione all'eventuale loro contagio;

b) Specializzandi del IV° e V° anno della scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione diretta dal Prof. Abele Donati, con adesione di 17 medici.

Quest'ultimo provvedimento ha consentito la riduzione delle turnazioni ulteriori a quelle contrattualmente previste da parte dei colleghi strutturati e provati dal repentino cambiamento lavorativo, pur senza riuscire del tutto a garantire per essi il numero minimo di turni mensili. Questo perché la dotazione organica regionale degli Anestesisti Rianimatori (pari a circa 340 specialisti – documento raccolta sistematica dati AAROI-EMAC 2019) è cronicamente sofferente da anni (310 strutturati), con il ricorso in condizione normale preCovid a diverse coperture di turni in modalità "aggiuntiva" pari alla carenza di 30 dirigenti (mediamente 750 turni aggiuntivi / mese), nonostante diversi concorsi a cui non ha partecipato nessuno o che hanno reclutato un numero insufficiente di colleghi specialisti.

In questo contesto organizzativo si è inserita la decisione di mettere in piedi il Covid Fiera di Civitanova Marche su cui l'AAROI-EMAC è intervenuta più volte ponendo l'allarme sulla sconosciuta apertura di Covid Fiera così come era previsto (100 PL di Rianimazione e Terapia Intensiva e Subintensiva), modulandone l'apertura in funzione del ricovero di Pazienti postcritici. A pochi giorni dall'inaugurazione la struttura ha chiuso.

È quindi tutto finito? Decisamente NO!

Abbiamo chiesto che una verifica di quanto è successo, un "audit" regionale per valutare come sia avvenuta la risposta alla fase di emergenza nei primi giorni di marzo.

Abbiamo chiesto ed ottenuto di attivare "un tavolo di confronto regionale" per la stesura di direttive circa l'utilizzo del Servizio Sanitario Regionale (Covid Fiera compreso), qualora si ripresentasse un nuovo picco pandemico o una maxiemergenza.

Abbiamo chiesto l'incremento dei Posti Letto nelle terapie intensive regionali, auspicando il raggiungimento

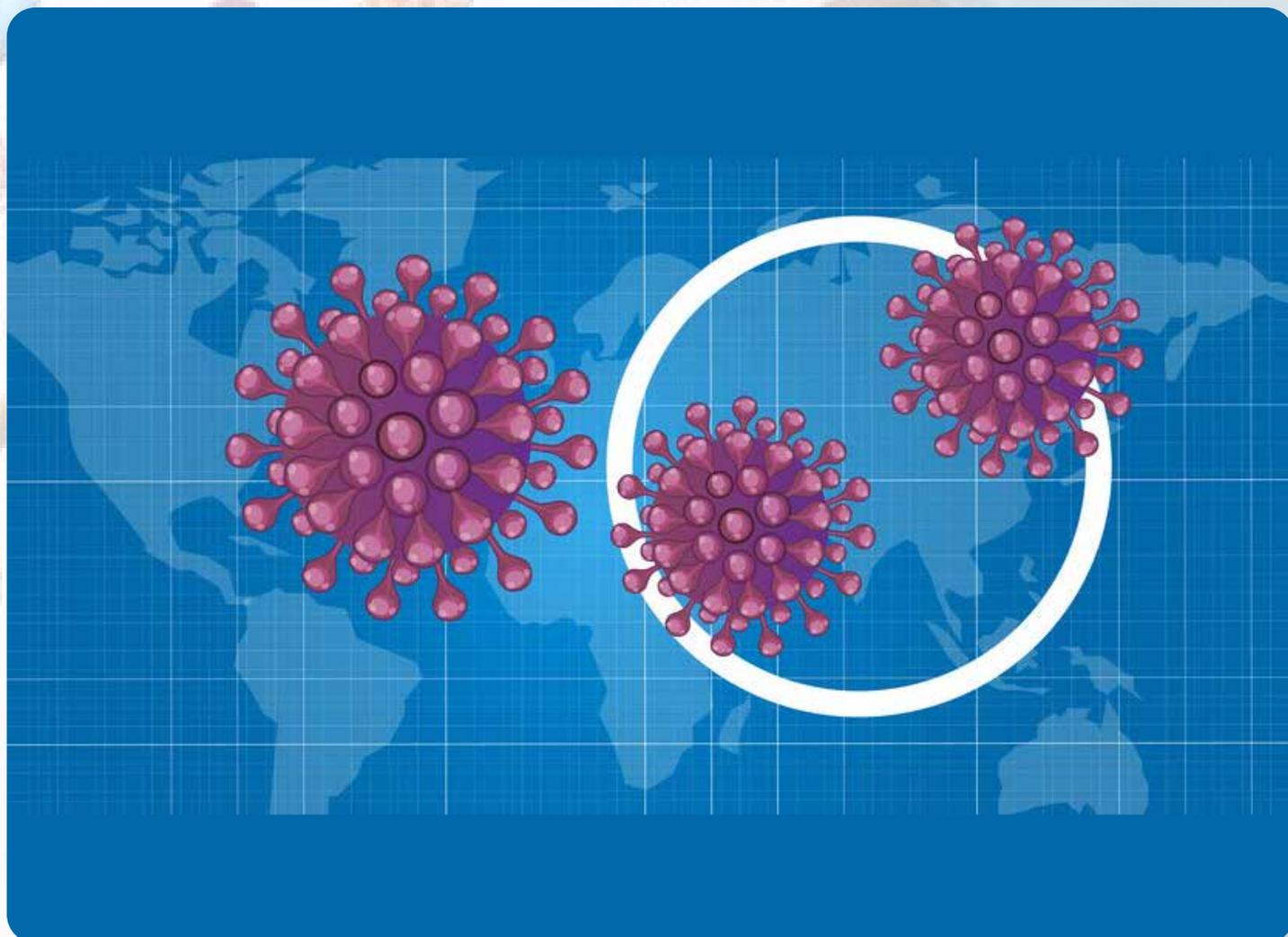
di circa 220 dai 140 "Pre-Covid", con conseguente incremento del personale specialistico assunto a tempo indeterminato.

Abbiamo chiesto una chiara definizione della funzione del Centro Covid Fiera anche in relazione alle direttive ministeriali ed all'interessamento delle regioni del centro Italia. In sostanza vogliamo programmazione e non più approssimazione.

Per concludere, gli Anestesisti Rianimatori marchigiani hanno fatto la loro parte! Hanno visto stravolta la loro modalità lavorativa, non sottraendosi alle responsabilità di salvare vite umane con una modalità lavorativa a tutti nota e che ha provocato un notevole stress psicofisico. A tutti va la nostra riconoscenza, agli infermieri, agli OSS, alle Coordinatrici (ex Caposala, per intenderci) che hanno saputo infondere ogni giorno e con assiduità ai loro colleghi quella certezza operativa che ha consentito il risultato finale: davvero bravi tutti!



*Dr Marco Chiarello
Presidente AAROI-EMAC Marche*



In Toscana un andamento del contagio non uniforme



Il 25 febbraio 2020, in Regione Toscana sono stati registrati i primi due casi positivi al Covid-19, l'epidemia nella nostra regione è cresciuta con un ritmo mediamente inferiore a quello osservato nelle regioni d'Italia più colpite e il 21 maggio 2020 i residenti positivi erano 10.000, pari a 268 casi ogni 100mila abitanti.

Alla stessa data sono stati:

996 i positivi i deceduti (più 8 residenti fuori regione registrati sul nostro territorio), pari al 10% dei positivi totali,

7.119 i guariti, 1.664 sono "cl clinicamente guariti", divenuti asintomatici dopo aver presentato manifestazioni cliniche associate all'infezione e 5.455 sono quelli dichiarati guariti a tutti gli effetti perché risultati negativi in due tamponi consecutivi. I guariti sono ormai ampiamente più della metà dei casi totali. Restano 1.877 ancora positivi una parte dei quali ricoverata in ospedale ma è un dato in diminuzione da più di un mese, grazie al progressivo aumento dei pazienti che guariscono dalla malattia.

L'andamento dell'epidemia non è stato uniforme sul territorio, nelle province di Massa e Carrara, Lucca, Pistoia e Firenze il trend di crescita è stato più rapido rispetto alle altre. Le province meno colpite sono state quelle di Livorno e Siena.

Nel corso dell'epidemia i criteri di esecuzione dei tamponi sono cambiati inizialmente ai soggetti sintomatici e successivamente agli asintomatici, passando per il personale sanitario, e i loro contatti, con un progressivo aumento del numero medio di tamponi giornalieri effettuati da 400 ai più di 4.000.



Il numero massimo di ricoverati in Toscana si è avuto tra il 2 e il 7 aprile (tra 1.100 e 1.150 persone) con un'occupazione di letti di terapia intensiva che è stata di 297 il 1 aprile 2020.

I posti letto di Terapia Intensiva dedicati a pazienti con Covid-19 in Toscana erano 150 il 16 marzo e sono stati incrementati fino a 394 posti letto complessivamente dedicati a pazienti Covid-19 (di questi circa il 20% erano nelle sale operatorie).

Ad oggi la Toscana ha complessivamente 470 posti di terapia intensiva, rispetto ai 374 posti letto del pre Covid-19, ai quali se ne potrebbero aggiungere altri 220.

*Dr Luigi De Simone
Presidente AAROI-EMAC Toscana*

Impegno, abnegazione competenza degli Anestesisti Rianimatori



La pandemia Covid-19 nella Regione Umbria ha avuto un andamento simile a quello di molte regioni italiane con un incremento progressivo fino al 20 di marzo e un successivo graduale decremento fino ai pochissimi casi rilevati a fine maggio. Dai primi giorni di maggio le strutture ospedaliere investite dal problema infezione Covid sono state le due Aziende Ospedaliere di Perugia e di Terni, le uniche nella regione ad avere reparti di Malattie Infettive, e l'Ospedale della Media Valle del Tevere che è stato convertito in Ospedale esclusivamente rivolto a questo tipo di pazienti con sospensione di ogni altra attività.

L'Ospedale della Media Valle del Tevere è stato totalmente stravolto nella sua operatività. Non c'era una Terapia intensiva ed è stata "inventata" utilizzando le sale operatorie e la recovery room debitamente riattrezzate anche grazie alla generosità di diverse donazioni private ed è stato allestito da zero un reparto di Pneumologia. Oltre a queste strutture la Regione ha individuato nell'Ospedale di Città di Castello una struttura parzialmente destinata alla cura dei pazienti infetti. L'aumento progressivo dei casi ha portato alla decisione di coinvolgere successivamente, in corrispondenza del picco massimo dei positivi, l'Ospedale di Foligno e di denominarlo Parzialmente Covid.

La zona dell'Orvietano si è rivelata particolarmente piena di casi e questo ha fatto sì che, per un certo periodo anche l'Ospedale di Orvieto e la sua Rianimazione accogliessero pazienti infetti. Fortunatamente il trend degli infetti si è andato via via riducendo e questo ha consentito di arrivare alla fase due con un numero molto basso di contagiati. La regione aveva, prima della pandemia un numero di posti in Terapia intensiva pari a 69 unità che sono state portate a 117, in corrispondenza del picco massimo, con la possibilità se necessario di arrivare a 150.

La situazione in Umbria non ha raggiunto la drammaticità registrata in altre regioni, Lombardia in testa, a mio giudizio per una serie di ragioni. Innanzitutto la poca popolazione, meno di 900.000 abitanti, con una densità altrettanto bassa, il relativo isolamento viario e ferroviario (non è casuale il numero più alto di casi nella zona di Orvieto, l'unica nella regione in prossimità dell'autostrada).

L'esperienza delle regioni del nord ci ha fatto forse trovare più preparati ad affrontare il problema e non ultimo il LockDown che ha progressivamente funzionato. Mi piace sottolineare l'impegno, l'abnegazione, la capacità di adattamento e la professionalità dei colleghi Anestesisti Rianimatori coinvolti che, in alcuni casi, si sono trovati ad operare in altri Ospedali e in altri contesti rispetto a quelli abituali. Tutti hanno fatto il loro dovere senza battere ciglio con grandissimo senso di responsabilità. È stata l'ennesima occasione che mi ha fatto essere orgoglioso di far parte della nostra categoria e mi dà nuove motivazioni per continuare a battermi per la sua difesa.

Alvaro Chianella
Presidente AAROI-EMAC Umbria



Ricordo del Dr Davide Cordero

Un medico, un uomo e un amico generoso per tutti, e per i suoi pazienti un puntuale punto di riferimento. Un entusiasta del suo ruolo di anestesista-rianimatore che lo ha reso un professionista di grande esempio, come pure la sua dedizione per il volontariato.

È stato uno dei pionieri del Servizio di Elisoccorso "118" in Piemonte. Era il 1988, con lui e pochi altri aveva inizio un'era che avrebbe "rivoluzionato" il sistema sanitario subalpino, dando una svolta all'assistenza medico-sanitaria intervenendo in ogni dove e in circostanze spesso drammatiche. Si chiamava Davide Cordero, anestesista-rianimatore, deceduto il 12 maggio scorso (a 63 anni) nel reparto di Rianimazione avendo contratto l'infezione del Covid-19 al policlinico di Monza dove lavorava. Un clinico straordinario, oltre che un amico, che amava il suo lavoro nel quale credeva profondamente perché "più vicino" ai suoi pazienti, sia in sala operatoria che nel reparto di terapia intensiva; ma non meno determinato nella efficienza nel soccorrerli quando era di turno sull'Elisoccorso. E proprio in questa specifica operatività nel 1999 ho avuto l'opportunità di seguirlo per due giornate: a maggio e in agosto rispettivamente dalle Basi di Torino e di Borgosesia (Vc), cui



sono seguiti alcuni miei reportage. Potergli stare accanto e seguirlo passo passo è stato come voler essere non solo testimonianza di un operato da rivedere noto alla collettività, ma anche assumere idealmente quell'umile veste di "angelo protettore" (unitamente alla intera équipe) affinché ogni intervento si risolvesse nel migliore dei modi. Ricordo perfettamente il suo modo di accostarsi ogni volta ai pazienti inerti con delicatezza e al tempo stesso intervenire su di essi con fare sicuro e deciso, un *modus operandi* che rispecchia la figura di medico a cui riconoscere le doti di *ability, availability e affability*. Di tanto in tanto soleva dire: «*Soccorrere chi è in pericolo ed assistere chi è nel bisogno, non è un mestiere... è un onore e un privilegio*». Inoltre, durante le soste, ossia in attesa di una chiamata di intervento, il dott. Cordero manifestava propensione per il dialogo rapportandosi verso tutti con pacatezza d'animo e talora con spunti di una piacevole ilarità, tanto da rendere il clima "dell'attesa"

con minore tensione; e per questo chi lo coadiuvava percepiva il nettare dell'entusiasmo nel rendersi utile al prossimo... anche nei casi di estreme difficoltà. Era un torinese, ma più estensivamente un cittadino del mondo perché pochi sapevano del suo impegno "extra istituzionale", in quanto da molti anni impegnato su più fronti del volontariato internazionale: vicepresidente di Rinabow4Africa, l'ONG piemontese oggi presieduta dal suo collega dott. Paolo Narcisi.

Nel corso della sua quasi quarantennale carriera di medico era stato in Ruanda, e aveva prestato servizio anche in Iraq durante la guerra del Golfo (1990-1991) con la divisa di ufficiale medico della Croce Rossa; e per diversi anni ha lavorato anche sulle ambulanze aeree per il recupero e l'assistenza dei pazienti durante i trasporti sanitari. Dopo essersi specializzato, in Piemonte aveva lavorato in diversi ospedali torinesi: le Molinette e il Martini, per poi approdare all'ospedale di Rivoli dove è rimasto per molti anni prima di andare al policlinico di Monza. Con l'emergenza dell'attuale pandemia ha continuato a lavorare impegnandosi con altrettanta determinazione per la sicurezza dei

medici e degli infermieri impegnati sul fronte, affermando: «A oggi contiamo 60 morti. E se noi ci infettiamo possiamo spargere il virus. Non è solo per la nostra vita ma per il contagio che possiamo trasmettere. Non fateci chiudere gli ambulatori. Comprateci la mascherine». Tra non molto sarebbe andato in pensione e sicuramente sarebbe tornato in Africa. Il dottor Cordero è stato il 162° medico caduto sul campo dell'emergenza pandemica, l'ultima sua missione, senza ritorno, ma prima di essere a sua volta intubato, mentre il Propofol scorreva in vena si è rivolto ai colleghi dicendo loro: «Vi ringrazio tutti». Un grazie che noi tutti (compreso chi scrive) dobbiamo anche a lui, per aver conosciuto un uomo e un medico le cui orme resteranno indelebili.

Ernesto Bodini ha gentilmente voluto condividere con l'AAROI-EMAC il ricordo del Dr Davide Cordero del quale era da tempo amico. L'Associazione si unisce alle parole di stima nei confronti del Collega e, allo stesso tempo, ricorda gli altri Colleghi che hanno perso la vita nel corso di questa terribile pandemia.



In questa foto: dalla Base di Borgosesia il dott. Cordero e il giornalista Bodini, in volo durante una missione di emergenza.

La scomparsa del prof Antonio Fantoni

Un grande Maestro è uscito di scena in silenzio e senza far rumore così come ha vissuto la sua lunga vita.

Serenamente di recente è scomparso il prof. Antonio Fantoni dopo una lunga vita dedicata all'anestesia e rianimazione.

Cresciuto nell'ambiente del Policlinico milanese è stato Primario, sin dalla sua apertura, dell'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano dove ha svolto tutta la sua carriera professionale sino al pensionamento.

Antesignano nell'applicazione della PEEP sin dai primi anni '70, è stato l'ideatore e il promotore del Corso di Aggiornamento in Anestesia e Rianimazione che si è tenuto per 24 anni presso il San Carlo Borromeo Di Milano. Il Corso, a cadenza annuale, ha coinvolto esperti provenienti da tutto il mondo ed ha rappresentato un punto di riferimento per l'acquisizione di nuove idee professionali operative, nuove tecniche e nuove metodologie da applicare. Il corso ha rappresentato il modello al quale si sono ispirati successivamente altri corsi che continuano ancora ad essere tenuti in Italia.

L'introduzione in Italia della PEEP e della CPAP nel trattamento del paziente ventilato, sin dagli inizi degli anni '70, creò un certo sconcerto nell'ambiente universitario italiano e in particolare in quello milanese e

del nord Italia. La sua proposta rivoluzionava completamente il modo di pensare l'atto respiratorio: non più svuotare il più possibile il polmone al termine dell'expiratione (si applicava direttamente una pressione negativa!) ma lasciare che il bronchiolo terminale e l'alveolo restassero continuamente aperti. Per anni ha continuato a ripetere che "la PEEP è conosciuta ed accettata solo oltre le Alpi" prima che fosse riconosciuto ed accettato da tutti il grande valore terapeutico.

Nei primi anni '70, utilizzando l'arrivo della PEEP e della CPAP in Italia, ha realizzato, primo tra tutti, un'area intensiva, all'interno della rianimazione generale, riservata al bambino con particolare riferimento al neonato con problemi respiratori alla nascita e specialmente se prematuro. Dall'Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano e dalla sua scuola son passati la più parte dei rianimatori neonatali e pediatrici che hanno realizzato le migliori scuole in tutta Italia.

Sempre in ambito pediatrico sono sue le esperienze nella realizzazione delle protesi tracheali per le varie età pediatriche. Il suo lavoro "da artigiano" nella costruzione di protesi specifiche per i piccoli pazienti, che allora non avevano possibilità di trattamento ade-



guato, resta chiaramente impresso in quanti hanno avuto l'occasione di vederlo all'opera.

Il trattamento del paziente ventilato lo ha interessato e coinvolto sempre in modo particolare. Anticipatrice dei tempi (1972!) è stata la sua idea della pronazione ("prone position") del paziente intubato e ventilato. La sua conoscenza sulla insorgenza delle atelettasie nelle zone declivi dopo l'induzione dell'anestesia e sin dal momento in cui il paziente per qualsiasi motivo viene ventilato, rappresentò una svolta decisiva nei modelli ventilatori da utilizzare. La sua idea di pronazione non mirava solo alla risoluzione delle atelettasie già instaurate ma anche alla prevenzione della loro formazione. Il "prone position" di durata limitata fu proposto ed applicato in tutti i tipi di pazienti (inclusi i pazienti neuromuscolari che ne traggono grande beneficio) e divenne il trattamento routinario per evitare la formazione e per trattare le atelettasie delle aree polmonari dipendenti. Atelettasie che consolidandosi sono all'origine delle sovrainfezioni polmonari che complicano il trattamento del paziente ventilato.

La sua intuizione non è stata correttamente interpretata quando si è voluto impiegare il "prone position" di durata decisamente prolungata nel trattamento della grave ARDS divenuta non trattabile con i trattamenti ordinari. Probabilmente nella severa ARDS la non reclutabilità del polmone è legata al trattamento tardivo. In quel momento clinico il consolidamento delle aree polmonari declivi non è più reclutabile col semplice cambio di postura anche se prolungato nel tempo.

Infine, va ricordato il suo grande interesse per il trat-

tamento delle vie aeree che ne ha fatto un leader in campo nazionale ed internazionale, e lo sviluppo della metodologia di tracheotomia translaringea (TLT). Questa e la sua attività in ambito rianimatorio sempre all'avanguardia nel volgere degli anni (e gli atti dei corsi tenuti all'Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano ne sono fedeli e imperituri documenti), restano quale bagaglio culturale indispensabile in quanti lo hanno conosciuto e apprezzato.

Non ha pubblicato molto, e di questo molti lo hanno accusato, perché il suo interesse maggiore è sempre stata la pratica clinica rivolta al trattamento appropriato del malato. Ha lasciato un chiaro insegnamento che mira in primo luogo alla sicurezza del malato e al suo trattamento appropriato. I lavori, le pubblicazioni, le ricerche sensazionali hanno trovato spazio in lui solo quando ciò che eticamente era corretto fare per il paziente era stato fatto.

Avvicinarsi alla morte è avvicinarsi alla gioia, ma all'udo al superamento di ogni contraddizione che attraversa la nostra vita perché siamo costantemente nello squilibrio e nell'instabilità: non ci attende la reincarnazione o la resurrezione, ma qualcosa di infinitamente di più. (Emanuele Severino)

Il suo momento di andare era arrivato e in quanti hanno avuto il piacere di conoscerlo e apprezzarlo gli augurano un buon viaggio ora che si è immerso nella pace eterna.

Prof Giuseppe A. Marraro



CCNL 2016-2018. Adeguamento retributivo turni di Guardia, c'è chi gioca con i numeri

«**A**nni e anni senza contratto, la sigla del nuovo CCNL avvenuta ben oltre tempo massimo, eppure ancora in molti giocano con i numeri per non applicarlo correttamente. Diverse Aziende e Enti Sanitari, infatti, a ormai sei mesi dalla firma del CCNL 2016-2018, non hanno ancora adeguato la retribuzione dei turni di Guardia». A denunciarlo è stata l'AAROIO-EMAC che ha inviato nei giorni scorsi una Diffida agli Enti inadempienti.

«Il comma 5 dell'art. 26 recita: "La remunerazione delle guardie notturne e/o festive svolte in Azienda (...) è stabilita in € 100,00 per ogni turno di guardia notturno e/o festivo in orario e fuori dell'orario di lavoro e in € 120,00 per i medesimi turni nei servizi di pronto soccorso. Tale compenso, che è corrisposto a decorrere dal mese successivo alla data di entrata in vigore del presente CCNL, comprende ed assorbe l'indennità prevista dall'art. 98, comma 1, (Indennità per servizio notturno e festivo) che pertanto non compete per i soli turni di guardia".

Non si presta dunque ad interpretazioni – afferma il Sindacato degli Anestesiisti Rianimatori e dei Medici dell'Emergenza-Urgenza – il fatto che anche la remunerazione delle guardie diurne festive e non solo di quelle notturne debba essere pari ad € 100,00 (€ 120,00 per quelle prestate c/o le UUOO di Pronto Soccorso). A tale cifra dovrà poi essere aggiunta l'indennità di turno festivo (€ 17,82) che non è "compresa ed assorbita" dalla remunerazione de qua».

Di fronte al perseverare da parte di diverse Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, l'AAROIO-EMAC ha deciso di «diffidare gli Enti, che non abbiano ancora provveduto, ad adempiere al tempestivo adeguamento retributivo dei turni di guardia come sopra descritto».

L'Associazione, inoltre, avvisa tali Enti che, «decorso infruttuosamente il termine di 10 giorni dal ricevimento della Diffida saranno avviate tutte le azioni necessarie alla tutela dei diritti lesi nelle forme adeguate e nelle sedi competenti, valendo la presente come MESSA IN MORA».

Prot. 111/2020
Inviata via PEC

Roma, 29 Maggio 2020

Agli Enti Pubblici del SSN
- Sig. Direttore Generale
- Sig. Direttore Amministrativo
- Sig. Direttore Sanitario Aziendale
- Sig. Direttore UO Gestione Risorse Umane

Il CCNL 2016-2018 Area della Sanità siglato in data 19 dicembre 2019 al comma 5 dell'art. 26 recita: *“La remunerazione delle guardie notturne e/o festive svolte in Azienda (...) è stabilita in € 100,00 per ogni turno di guardia notturno e/o festivo in orario e fuori dell'orario di lavoro e in € 120,00 per i medesimi turni nei servizi di pronto soccorso. Tale compenso, che è corrisposto a decorrere dal mese successivo alla data di entrata in vigore del presente CCNL, comprende ed assorbe l'indennità prevista dall'art. 98, comma 1, (Indennità per servizio notturno e festivo) che pertanto non compete per i soli turni di guardia.*

Non si presta dunque ad interpretazioni il fatto che anche la remunerazione delle guardie diurne festive e non solo di quelle notturne debba essere pari ad € 100,00 (€ 120,00 per quelle prestate c/o le UUOO di Pronto Soccorso).

A tale cifra dovrà poi essere aggiunta l'indennità di turno festivo (€ 17,82) che non è “compresa ed assorbita” dalla remunerazione de qua. È chiaro infatti come il riferimento al comma 1 e non anche al comma 2 dell'art. 98 del medesimo CCNL stabilisca quale delle indennità debba ritenersi assorbita dalla remunerazione del turno di guardia e quale, invece, no.

Per questi motivi si invitano le SSLL. a far adeguare dagli uffici competenti, a far data dal 1° gennaio 2020, la remunerazione dei turni di guardia, secondo il seguente schema:

Turno di guardia notturno: € 100,00 (Pronto Soccorso € 120,00)
Turno di guardia festivo: € 117,82 (Pronto Soccorso € 137,82)

In ragione di quanto rappresentato:

- si ringraziano gli Enti che a tale adeguamento retributivo stipendiale hanno già ottemperato;
- si formula altresì, a valere per gli Enti che non vi abbiano alla data odierna ancora provveduto

DIFFIDA AD ADEMPIERE

al tempestivo adeguamento retributivo dei turni di guardia come sopra descritto.

Con l'espresso avvertimento che, decorso infruttuosamente il termine di 10 giorni dal ricevimento della presente saranno avviate tutte le azioni necessarie alla tutela dei diritti lesi nelle forme adeguate e nelle sedi competenti, valendo la presente come **MESSA IN MORA**.

Distinti saluti

Il Presidente Nazionale
Dr Alessandro Vergallo

Intensive App



Rubrica a cura di
Dr Pasquale Raimondo
Anesthesiologist and Intensivist
Department of Anesthesia and Intensive Care Unit
Policlinico di Bari (Italy)

IMMUNI – Ripartiamo insieme

Ad oggi – dati dell’OMS alla mano – si contano 7.221.717 casi di Covid nel mondo dall’inizio dell’epidemia e circa 411.818 morti. Il nostro è stato uno dei paesi più flagellati dal Coronavirus tanto che si contano all’11 giugno in Italia circa 235.763 casi e 34.114 morti.

Questi numeri ci impongono in scienza e coscienza il rispetto delle regole e tanta attenzione nei confronti di questa Fase 2, a giusta ragione definita di “*ripartenza*” e “*riapertura*”.

Come da prassi per questa rubrica dedicata alle novità informatiche che caratterizzano il nostro mondo, abbiamo deciso di focalizzare la nostra attenzione sulla nuova app IMMUNI.

Disponibile gratuitamente negli store di Apple e Google, IMMUNI è un innovativo supporto tecnologico che si affianca alle iniziative già messe in campo dal Governo nazionale per limitare la diffusione del virus Covid-19.

Il codice del programma è stato messo gratuitamente

a disposizione dello Stato da parte della società Bending Spoons ed è servito come base di lavoro per la realizzazione dell’app: chiunque può reperirlo su www.github.com, il sito dei developers. Il progetto nasce dalla collaborazione tra Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministro della Salute, Ministro per l’Innovazione Tecnologica e la Digitalizzazione, Regioni, Commissario straordinario per l’emergenza Covid-19 e le società pubbliche Sogei e PagoPa.

Sul sito del Governo ci informano che oltre due milioni (al 16 giugno 2020 ndr) di nostri connazionali hanno già scaricato l’app, come confermato dal Commissario per l’Emergenza Coronavirus Domenico Arcuri. Tra un rinvio e l’altro della presentazione dell’app, le prime regioni a poterne usufruire sono state l’Abruzzo, la Liguria, le Marche e la Puglia dallo scorso 8 giugno, successivamente il servizio è diventato operativo su tutto il territorio nazionale.

Come tanti virologi hanno ripetuto, il download e l’uso

dell'applicazione - su base volontaria - ha lo scopo di aumentare la sicurezza nella fase di ripresa delle attività.

In pratica quando le strutture sanitarie e le Asl riscontrano un nuovo caso positivo – tra gli utenti di IMMUNI – questo utente viene segnalato sul sistema che invia notifica a tutti i possessori dell'app con i quali il caso positivo è stato a stretto contatto.

IMMUNI così notifica agli utenti che l'hanno installata l'avvenuto potenziale contatto con qualcuno risultato positivo, consentendo agli utenti di essere subito consapevoli della propria condizione in modo da avvisare subito il proprio medico di medicina generale.

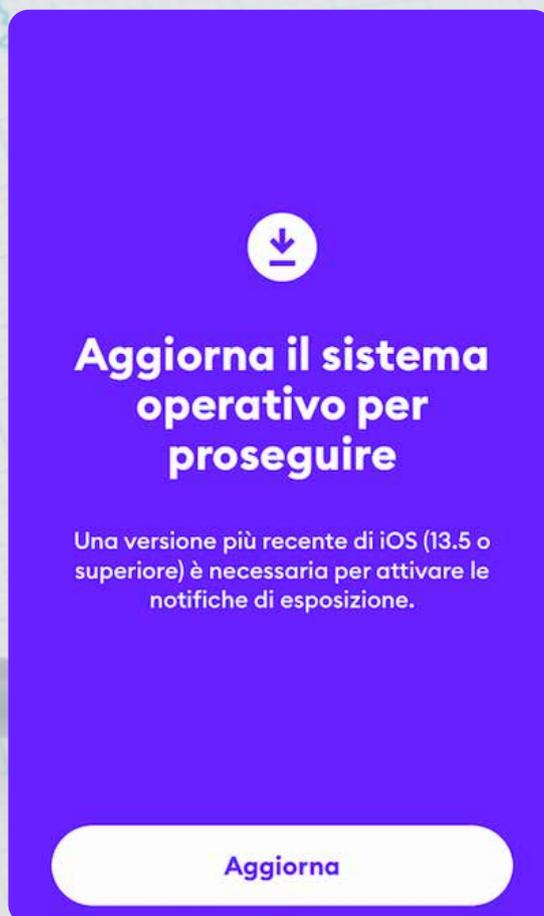
Dotarsi da subito di IMMUNI consentirà di accelerare i tempi e ridurre le complicità, permettendo un isolamento più repentino tale da evitare di contagiare altri, con l'effetto di minimizzare la diffusione del virus e velocizzare il ritorno a una vita normale per la maggior parte della popolazione.

Il contatto tra gli "utenti/codici" di IMMUNI si registra grazie alla tecnologia Bluetooth Low Energy e non utilizza alcun tipo di dato di geolocalizzazione, inclusi quelli del GPS.

Associati a questi codici ci sono dei metadati (durata dell'incontro di oltre 15 minuti e distanza inferiore ai 2 metri), informazioni che servono nella valutazione del "rischio contagio". Ricordiamo a tutti che l'app non è un dispositivo medico e non può in alcun caso sostituire un medico: IMMUNI non fa e non può fare diagnosi.

I cellulari scaricano ad intervalli regolari dal server i codici dei contagiati inseriti dagli operatori sanitari. IMMUNI utilizza lo standard di sicurezza "certificate pinning" che impedisce l'inserimento da parte di hacker di dati falsati nel flusso di comunicazione tra gli smartphone e server. I codici identificativi di cui si parla sono i cosiddetti "rolling proximity identifier": lo smartphone li scambia in caso di vicinanza prolungata con un altro smartphone tramite Bluetooth, cambiandoli ogni 12 minuti. Questo riduce ulteriormente la possibilità di collegare in qualche modo questi codici ai relativi utenti. Quindi, anche entrando in possesso in qualche modo dei codici che i telefoni si scambiano, non c'è modo di risalire agli utenti a cui appartengono, appunto perché questi codici cambiano continuamente.

Il dibattito pubblico, in particolare sui social, spesso si è concentrato sui timori per il rispetto della privacy da parte di questo sistema. Come espressamente indicato anche nel codice sorgente, l'app non raccoglie e non è in grado di ottenere alcun dato che identifichi l'utente, quali nome, cognome, data di



nascita, indirizzo, numero di telefono o indirizzo email. IMMUNI riesce quindi a determinare che un contatto fra due utenti è avvenuto, ma non chi siano effettivamente i due utenti o dove si siano incontrati.

L'app infatti è sviluppata e rilasciata nel pieno rispetto della protezione dei dati personali dell'utente e della normativa vigente, incluso il decreto-legge del 30 aprile 2020, n. 28.

L'app richiede la presenza almeno di Android 6 o iOS 13.5. Significa che sono esclusi i modelli come l'iPhone 6 e precedenti o Android precedenti al 2015. In un primo momento inoltre sono stati esclusi i modelli Huawei, soprattutto quelli usciti dopo il maggio 2019, ma il problema è in via di risoluzione da parte degli autori che prevedono a breve la comparsa della stessa sull'App Gallery, il negozio online di Huawei.

Le uniche accortezze che l'utente deve avere sono: il Bluetooth attivo (senza l'app non può funzionare) e la connessione a internet.

Abbiamo riscontrato una tra le limitazioni più gravi nella mancata possibilità di poter installare IMMUNI sui dispositivi di solo qualche anno fa: un progetto simile avrebbe dovuto fare dell'inclusione il suo punto di forza, anche se ne avrebbe risentito la qualità degli allert.

Tra le varie vicissitudini che hanno accompagnato il lancio del programma ricordiamo accuse di sessismo per le immagini di sfondo, prontamente riviste graficamente con l'inserimento di figure meno gender dipendenti. Un'altra notizia che dovrebbe farci riflettere sull'analfabetismo culturale dei nostri concittadini è la triste sorte di un'app scambiata per IMMUNI, Immune System, un'app didattica inglese che spiega come funziona il sistema immunitario. Gli sviluppatori sono stati sommersi di recensioni negative da utenti italiani che – a causa dell'inglese in cui l'app è scritta – non hanno capito la differenza. Per controbilanciare i punteggi minimi degli ultimi giorni, molti italiani hanno scaricato l'app, assegnando cinque stelle e lasciando, nelle recensioni, complimenti e le scuse per un epic fail abbastanza imbarazzante. Tutte le informazioni utili sul funzionamento del sistema sono disponibili sul sito www.immuni.italia.it. Per chiarimenti cittadini e operatori sanitari possono rivolgersi anche al numero verde 800 91 24 91, attivo tutti i giorni dalle 8 alle 20.

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:

prraimondo@iol.it



Ciao!

Con il contributo di tutti, Immuni aiuta a contenere il virus e a tornare il prima possibile alla normalità.

[Scopri di più](#)



Avanti



Immuni si prende cura di te

Se sei entrato in contatto con un utente in seguito risultato positivo al virus, Immuni ti avverte e ti fornisce indicazioni per proteggere la tua salute e quella dei tuoi cari.

[Scopri di più](#)



Avanti



Rallentiamo insieme l'epidemia

Gli utenti che scoprono di essere stati esposti al virus possono isolarsi, rallentando così la diffusione del virus e accelerando il ritorno alla vita normale.

Scopri di più



Avanti



Fai attenzione alle false comunicazioni

Immuni comunicherà con te sempre e solamente attraverso l'app e le relative notifiche. Diffida di qualunque SMS, telefonata, email o altro tipo di avviso che sembri arrivare da Immuni, soprattutto se ti vengono richieste informazioni personali.

Ho capito



La tua privacy è tutelata

L'app funziona senza seguire i tuoi spostamenti e senza conoscere la tua identità o quella delle persone con cui entri in contatto.

Scopri di più



Iniziamo

 immuni

Servizio attivo

Immuni resta operativa anche quando l'app è chiusa.



Informazioni

Cosa puoi fare per proteggerti

Scopri di più



Come funziona l'app



Home



Impostazioni



Previdenza

A cura di
Claudio Testuzza

Esperto in tematiche previdenziali

E i giovani medici stanno a guardare

Oggi in Italia la durata media della vita lavorativa è pari a 31,3 anni. Infatti, nonostante l'Italia abbia l'età di accesso alla pensione più alta d'Europa dispone anche di strumenti, basta ricordare la famosa quota 100, che permettono di anticipare l'uscita dal lavoro. Per questo motivo l'età media effettiva in cui gli italiani vanno in pensione è di circa 62 anni. Se, infatti, consideriamo insieme all'età media effettiva di pensionamento per vecchiaia o anzianità/anticipata anche quella per invalidità previdenziale, ossia l'età media effettiva di tutte le uscite per pensionamento previdenziale diretto, l'età effettiva di uscita per pensionamento è di 62,6 anni per gli uomini e di 61,0 anni per le donne, con una media dei due generi di 62,2 anni.

Ma accanto a queste medie che farebbero ben sperare per un ricambio più rapido a favore dei giovani, alcune categorie restano fortemente attaccate a condizioni che li possano mantenere al lavoro per età molto più avanzate.

Già nel 2018 con un emendamento presentato nel corso della discussione delle varie fasi di approvazione del così detto "Mille proroghe" si era tentato, in particolare per i magistrati, di innalzare l'età del loro pensionamento. Non si era proposto come invece era successo per un giudice della Corte di Cassazione, a cui era stata data la possibilità di continuare a svolgere la sua attività sino a 82 anni!, ma solamente di innalzare ad almeno 72 anni l'età del pensionamento.

Era stato il governo Renzi ad abbassare l'età di pensionamento delle toghe da 75 a 70 anni, aprendo però successivamente ad una serie di eccezioni per i

magistrati nelle posizioni apicali.

Adesso i senatori sono tornati alla carica. Con un emendamento presentato in commissione e i 5 Stelle proveranno a portare a 72 anni l'età di pensionamento dei magistrati. Questo innalzamento varrebbe per tutti i magistrati a qualsiasi categoria appartengano, ordinari, amministrativi, contabili, militari, ma anche avvocati e procuratori dello Stato. Nell'elenco non potevano mancare di includere anche i medici. Ricordiamo che proprio per i medici nell'ambito della discussione del "Mille proroghe" per il 2020 era stato previsto, per garantire fino al 31 dicembre 2022 l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e fronteggiare la carenza di medici specialisti, di consentire ai dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale di presentare domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo e comunque non oltre il settantesimo anno di età. Adesso anche per loro, oltre che per i magistrati, viene indicata, introducendo l'emendamento nel corso della trasformazione in legge del decreto del Ministro Bonafede (D.l. 29/2020) per riportare in carcere i mafiosi messi ai domiciliari, la possibilità di allungare a 72 anni la loro vita lavorativa con buona pace dei giovani medici costretti in molti casi ad andare all'estero per professare la loro laurea.

Sembrerebbe che l'ufficio legislativo del ministero di giustizia abbia già dato parere negativo.

Ma siamo certi che sull'argomento (A.S. 1799), per i molti interessi individuali che sottende, si aprirà un agguerrito confronto.

Calcolo del riscatto con opzione al Sistema Contributivo

L'INPS, con il messaggio n. 1982 del 14 maggio 2020, ha fornito le prime istruzioni operative in merito all'onere di riscatto calcolato in base alle norme che disciplinano la liquidazione della pensione con il sistema contributivo (c.d. criterio di calcolo a percentuale dell'onere di riscatto). Il chiarimento fornito dall'Istituto è particolarmente importante, in quanto supera i limiti disposti dal decreto n. 4/2019 che, ai fini del riscatto della laurea da valutare con metodo contributivo, ha previsto la possibilità del versamento di un costo forfettario, pari al livello minimo imponibile annuo moltiplicato per l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche dell'assicurazione generale obbligatoria per i lavoratori dipendenti.

L'estensione del riscatto agevolato, anche per gli studi precedenti al 1996, si applica nel rispetto degli requisiti previsti dalla Legge Dini e comporta la necessità di esercizio dell'opzione per il calcolo della pensione con metodo contributivo. Ogni anno di riscatto costa 5.260 euro, se la richiesta viene presentata nel 2020. La somma sborsata è anche integralmente deducibile ai fini fiscali. Una somma di gran lunga inferiore rispetto al costo ordinario previsto per il riscatto degli anni di laurea. Un vantaggio che, per gli anni di laurea precedenti al 1996, è da calibrare in maniera ponderata considerando anche lo svantaggio della rinuncia al calcolo della pensione con metodo retributivo. Bisognerà quindi valutare caso per caso quando e a chi conviene riscattare gli anni di studio, pagando un importo forfettario, per il conseguimento della pensione.

L'Inps con la circolare n. 6 del 22 gennaio 2020 aveva già espresso la possibilità di accedere al riscatto laurea agevolato anche per quei lavoratori che intendono valorizzare anni di studio collocati prima dell'introduzione del sistema contributivo di calcolo, ovvero prima del 1996.

Quello che conta è infatti non tanto il periodo cronologico in cui sono collocati gli anni di studio, bensì il metodo di calcolo prescelto.

Se quindi viene prevista la possibilità di beneficiare del riscatto agevolato della laurea anche per i periodi di studio precedenti al 1996, sarà necessario

che il lavoratore rientri nei requisiti previsti dalla legge Dini per l'esercizio dell'opzione di calcolo contributivo della pensione, ovvero:

- meno di 18 anni di contributi versati prima del 1996;
- almeno 15 anni di contributi versati alla richiesta del riscatto;
- almeno 5 anni di contributi versati dopo il 1996 (calcolo contributivo).

Le agevolazioni sul calcolo dell'onere da riscatto si applicano esclusivamente nel caso di esercizio dell'opzione per il calcolo contributivo della pensione che "deve intendersi irrevocabile sia se esercitata al momento del pensionamento sia se esercitata nel corso della vita lavorativa quando produce effetti sostanziali." L'accettazione dell'onere di riscatto determinato con il diverso criterio del calcolo, per effetto dell'esercizio della facoltà di opzione per il contributivo, rende irrevocabile l'opzione stessa.

Un chiarimento specifico viene fornito dall'Inps in merito alle lavoratrici che intendono accedere alla pensione anticipata con Opzione Donna.

Per l'accesso alla pensione anticipata sarà possibile chiedere che l'onere di riscatto dei periodi di studio universitario sia determinato secondo il criterio del calcolo a percentuale.

In tal caso, è però necessario che la domanda di riscatto sia presentata all'atto del pensionamento, ossia contestualmente alla domanda di pensione recante la scelta della lavoratrice di accesso all'opzione donna. Come chiarito dalla circolare Inps all'atto di presentazione della domanda di pensione recante la predetta opzione, la lavoratrice potrà comunque richiedere che, con riferimento ad eventuali domande di riscatto già presentate ma non ancora definite con il pagamento dell'importo in unica soluzione o della prima rata di onere, l'onere medesimo sia rideterminato con il criterio contributivo. La predetta richiesta dovrà comunque essere presentata entro e non oltre il termine di scadenza fissato per il pagamento dell'onere in unica soluzione o della prima rata di esso.

Finalmente anticipo TFT/TFS al traguardo finale

Quando un dipendente pubblico va in pensione deve aspettare alcuni anni prima di poter incassare integralmente la propria liquidazione, il cosiddetto Tfs/Tfr. Si tratta di almeno 12 mesi di attesa nel caso di cessazione dal servizio, 24 mesi per le dimissioni o il licenziamento ma solo per i primi 50.000 euro di liquidazione. Occorrono ulteriori 12 mesi per la parte eccedente e fino a 100.000 euro, e ancora un anno in più per quella che eventualmente supera i 100 mila.

L'attesa è diventata ancora più lunga per coloro che abbiano lasciato o lascino il lavoro utilizzando la scappatoia della famosa Quota 100. Per costoro, quale penalizzazione evidentemente, il momento del diritto al Tfs/Tfr corrisponde a quello in cui avrebbero conseguito la pensione di vecchiaia con le regole precedenti, quelle della Legge Fornero: 67 anni!

Chi esce da lavoro a 62 anni, l'età minima di Quota 100, nei casi estremi deve attendere almeno fino a cinque anni per vedersi accreditare la liquidazione.

Per supplire a questa grave ingiustizia, il Governo di allora si era inventata una disposizione, peraltro molto tribolata, di un'anticipazione tramite un prestito erogato da un istituto di credito con un tasso di interesse agevolato, anche se solamente per una quota del trattamento. L'importo inizialmente era di 30 mila euro poi è stato incrementato fino a 45 mila e la procedura per ottenerlo non era semplice e soprattutto non immediata. L'interessato per utilizzare questa opzione deve richiedere all'Inps la certificazione del diritto alla liquidazione stessa, nell'importo decurtato da eventuali anticipi già percepiti. Inoltre chi accede alla pensione con

Quota 100 deve poi procurarsi una certificazione specifica legata alla data in cui sarebbe scattato il diritto alla pensione con le regole ordinarie. Nel dettaglio, il percorso che porta al pagamento anticipato della buonuscita è così strutturato:

- fare richiesta all'ente erogatore del TFR/TFS (generalmente si tratta dell'Inps) la certificazione attestante il diritto all'anticipazione;
- rivolgersi ad uno degli istituti di credito aderenti all'iniziativa (saranno elencati nella convenzione ABI-Ministero del Lavoro) presentando la richiesta di anticipo;
- l'istituto di credito a sua volta si rivolge all'ente di erogazione chiedendo la conferma della sussistenza dei presupposti per l'anticipazione.

In caso di esito positivo di quest'ultima fase la liquidazione dell'anticipo dovrebbe avvenire entro i successivi 15 giorni.

Il decreto finalizzato a questa intrigata procedura è stato annunciato di prossima pubblicazione dalla ministra della Pubblica amministrazione Fabiana Dadone, essendo stato, finalmente, registrato dalla Corte dei Conti. Entro pochi giorni, viene detto, potrà entrare in vigore. Ma, e qui le speranze diventano più nebulose, dovrà essere poi perfezionata la convenzione con il sistema bancario, il cui tasso di interesse non dovrebbe superare il 2%. Dal punto di vista della banca il finanziamento è garantito dalla cessione del credito relativo alla liquidazione, ma è stata prevista anche l'istituzione di un Fondo di garanzia, per l'ipotesi molto remota in cui l'Inps non fosse in grado di versare il dovuto. A quel punto gli interessati potranno recarsi in un istituto di credito per avviare la pratica. Speriamo!



ELEZIONI ENPAM 2020 OTTIMO RISULTATO DELLA LISTA DEI MEDICI DIPENDENTI

L'Election day del 17 maggio in cui la Fondazione Enpam ha proceduto al rinnovo dei propri organismi statutari per il quinquennio 2015-2020 ha registrato un'affluenza degli iscritti superiore ad ogni previsione. Circa 50.000 votanti vuol dire non solo quasi triplicare il numero del 2015, ma anche seppellire, con il più classico dei metodi democratici, le chiacchiere di quanti puntavano al rinvio delle elezioni, se non al loro fallimento.

Il successo di partecipazione ha visto, tra i protagonisti, anche i medici della dipendenza del pubblico e del privato, che hanno quadruplicato i voti ottenuti nel 2015 grazie a una lista unitaria promossa dalle organizzazioni sindacali autonome ed alla mobilitazione da queste promossa.

Ai candidati della Lista LAVORO, TUTELE e PREVIDENZA, neo-eletti nella Assemblea Nazionale, va il ringraziamento delle Organizzazioni Sindacali ANAAO, CIMO-FESMED, AAROI-EMAC, FASSID ed FVM, con la certezza che i colleghi sapranno svolgere il proprio ruolo di sostegno ai principi di tutela dei medici e odontoiatri italiani attraverso lo sviluppo di un welfare professionale che coinvolge a pieno titolo la propria categoria di rappresentanza.

Un augurio è rivolto al futuro di ENPAM che, in questa delicata fase per il nostro Paese, assume un ruolo di riferimento assoluto e primario su tematiche di estrema importanza, quali la previdenza e le diverse forme di tutela, in una situazione socio-economica complessa, in cui è chiamata a ribadire il proprio ruolo di Casa comune di tutta la Categoria medica e odontoiatrica, sia che trattasi di dipendenti, convenzionati, libero professionisti, in servizio attivo o pensionati.

Tra gli eletti il Dr Antonio Amendola, Tesoriere Nazionale AAROI-EMAC e Presidente AAROI-EMAC Puglia.

ANAAO ASSOMED – CIMO-FESMED – AAROI-EMAC – FASSID – FVM

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

RÈCIPE RECÈPI

Rècipe è l'incipit di ogni ricetta scritta nei secoli dai pronipoti di Ippocrate, Celso e Galeno.

È l'imperativo singolare del verbo *recipere*. Vi ricordate il paradigma? *Recipio (da re- e capio), rēcipis, recēpi, recēptum, recipere*. Ricetta deriva dal participio passato *recēpta*. *Recipere*, al tempo perfetto, fa *recēpi*, ho preso.

Nel rapporto di fiducia tra medico e paziente la formula è questa: "*Rècipe*"-"*Recēpi*". Prendi (quello che ti prescrivo) - Ho preso (quello che mi hai prescritto).

Ricetta, sul dizionario, ha tre significati: ordinazione di farmaci (ricetta della mutua); rimedio, espediente (ricetta contro la pigrizia); prescrizione per la preparazione di piatti (ricetta del risotto).

La parola ricetta in inglese si dice "*recipe*". Finalmente un latinismo tra gli inglesi, dopo l'invasione di inglesismi qui da noi.

Andiamo ora a esaminare la ricetta medica. Si compone di due parti. La prima è la "prescrizione", preceduta dal simbolo Pr = prendi o R = recipe, in cui il medico indica la specialità, la forma farmaceutica ed il tipo di confezione che il farmacista deve consegnare al paziente. La seconda è "l'istruzione", preceduta dal simbolo S = signature, in cui il medico indica il dosaggio, la via di somministrazione, il numero di dosi e la durata del trattamento.

Sul dizionario, tra le numerose traduzioni di *recipere*, primeggia "riprendere, ritrarre, tirare indietro". "*Sagitta saepius ab altera parte, quam ex qua venit, recipienda est*". Celsus lo scrisse nel "De Medicina" per ricordare ai colleghi in divisa che "il dardo molto spesso si deve estrarre dalla parte opposta a quella da cui è entrato". Una procedura per non lacerare i tessuti.

Se vuoi essere un perfetto medico, che si carica del suo ruolo con grande responsabilità, ecco la formula latina che fa per te. *Mandatum recēpi* (che è perfetto, nel tempo e nell'auspicio): "assunti, accettai l'incarico". E quando avvenne questo? Avvenne, col giuramento ippocratico, al momento dell'iscrizione all'Ordine.

Siamo giunti, infine, alla seconda parte della nostra ricetta, quella delle indicazioni per il malato: la "signature". Deriva da *signare*: segnare, firmare, indicare, considerare. Anche qui gli inglesi hanno preso un termine dal latino: firma, nella loro lingua, si dice "*signature*".

Responsum signare si traduce "prender nota di una risposta". Il grande Seneca *dixit*.

"Ricordati che devi morire! Sì, sì ... mò me lo segno!" Mario, alias Massimo Troisi, *dixit*. Era il film "Non ci resta che piangere" (*Nihil quam flere nobis manet*).

punto di vista geografico o in occasione di Strutture Complesse che riguardano più ospedali distanti anche molti chilometri.

Situazioni di tal genere appaiono in contrasto con il CCNL che, al contrario, affronta la variazione della sede di lavoro con l'articolo riguardante la mobilità d'urgenza.

La mobilità d'urgenza è normata dal comma 4 dell'Art. 20 CCNL 8.6.2000 I biennio economico e art. 41 CCNL 10.2.2004 che recita:

4. La mobilità di urgenza, ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza, ha carattere provvisorio, essendo disposta per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare salvo consenso del dirigente, espresso sia per la proroga che per la durata. La mobilità di urgenza - ove possibile - è effettuata a rotazione tra tutti i dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito.

Nel comma in questione il soggetto dei vari verbi è "La mobilità di urgenza" che "ha carattere provvisorio" e "non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare".

È di tutta evidenza, quindi che il limite massimo di un mese nell'anno solare debba riferirsi alla durata della mobilità di urgenza e non alla mobilità di ciascun collega.

La necessità di un "carattere provvisorio" e la limitazione "per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza" sottolineano ulteriormente l'impossibilità che la mobilità si protragga per lunghi periodi.

L'interpretazione che consente una rotazione senza fine è palesemente contraria a quanto stabilisce il contratto di lavoro.

È da sottolineare, quindi, che non possono esistere nei contratti di assunzione sedi di lavoro su territori molto vasti e su diversi ospedali in quanto, se questo fosse consentito, non avrebbe senso aver previsto la norma sulla mobilità d'urgenza in quanto ciascuno potrebbe essere spostato senza regole.

Resta, in sintesi, un escamotage formale che viene reso illecito dalla stessa esistenza della norma sulla mobilità d'urgenza.

Un'altra norma che consente il trasferimento della sede di lavoro è la Legge n. 114 2014 che all'art.4 recita:

2. Nell'ambito dei rapporti di lavoro di cui all'art. 2, comma 2, i dipendenti possono essere trasferiti all'interno della stessa amministrazione o, previo accordo tra le amministrazioni interessate, in altra amministrazione, in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti.

I criteri di valutazione delle caratteristiche dei vari soggetti interessati andrebbero stabiliti localmente con le OO.SS. e devono riguardare la situazione sociale dei colleghi (residenza, figli in tenera età, patologie in famiglia, ecc.), caratteristiche che evidenziano le difficoltà che subirebbero i colleghi in questione in caso di trasferimento.

Sarebbero poi da valutare i carichi di lavoro al fine di dimostrare matematicamente l'esistenza dell'esubero vs carenza nelle due sedi interessate.

La norma appena citata, comunque, riguarda un trasferimento definitivo e non può essere utilizzata per aggirare la norma della mobilità d'urgenza per brevi periodi.

Un ultimo aspetto sottolinea ulteriormente la necessità di una sede in un singolo comune e cioè la necessità di stabilire in quale sede vada festeggiato il Santo Patrono, norma sancita dall'Art. 33 Ferie e recupero festività soppresse del CCNL DELL'AREA SANITÀ TRIENNIO 2016 - 2018 che recita: "È altresì considerata giorno festivo la ricorrenza del Santo Patrono della località in cui il dirigente presta servizio, purché ricadente in giorno lavorativo."

Un argomento, in sintesi, meritevole di attenzione sin dall'assunzione anche con la collaborazione dei rappresentanti aziendali.

Dr Arturo Citino



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)



Vorrei chiedere se una volta transitati in extramoenia, l'Azienda può non accogliere la richiesta di rientro in intramoenia.

L'attuale CCNL recita

Art. 14 - Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti

1. Il rapporto di lavoro dei dirigenti della presente area negoziale come definiti all'art. 1, comma 1 (Campo di applicazione), ad eccezione dei dirigenti delle professioni sanitarie di cui all'art. 8 del CCNL del 17.10.2008 (Entrata a regime dell'istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica) dell'Area III, può essere esclusivo o non esclusivo.

2. I dirigenti del comma 1, con l'eccezione ivi prevista, possono optare per il passaggio da un tipo di rapporto all'altro entro il 30 novembre di ciascun anno. Gli effetti del passaggio decorrono dal primo gennaio dell'anno successivo all'opzione e sono regolati dall'art. 15 (Effetti del passaggio dal rapporto esclusivo al rapporto non esclusivo e viceversa).

Art. 15

Effetti del passaggio dal rapporto esclusivo al rapporto non esclusivo e viceversa

2. La richiesta di passaggio dal rapporto di lavoro non

esclusivo a quello esclusivo può essere presentata entro il 30 novembre di ciascun anno. Il passaggio decorre dal 1° gennaio successivo a quello dell'opzione.

In sintesi non risulta la possibilità che l'Azienda possa non accogliere la richiesta.

Durante un rapporto di lavoro dipendente nel periodo di allattamento:

- Quali sono le attività che posso svolgere?
- Qual è la distribuzione giornaliera delle ore lavorative? Posso prevedere una decurtazione settimanale lavorando solo alcuni giorni?
- Quando smetterò di allattare a chi dovrò darne comunicazione e con quale modalità?

Le attività che si possono svolgere sono da concordare con il medico competente dell'Azienda.

L'orario dovuto per l'allattamento non è una decurtazione dell'orario settimanale ma una pausa in ciascun giorno della settimana in cui si lavora.

Fino al primo anno di vita del bambino o entro un anno dall'ingresso in famiglia del minore adottato o in affidamento, la lavoratrice e il lavoratore dipendente hanno diritto a due ore al giorno di riposo per allattamento, se l'orario di lavoro è di almeno sei ore giornaliere, e a un'ora, se l'orario è inferiore a sei.

Il diritto viene mantenuto fino ad un anno del bambino o fino a quando si allatta.

Avrei bisogno di sapere quali sono i casi in cui, secondo il CCNL, non è previsto preavviso per la risoluzione del rapporto di lavoro.

Non è previsto preavviso per la risoluzione del rapporto di lavoro:

- nel secondo trimestre del periodo di prova
- nel caso si vinca un rapporto di lavoro a tempo determinato durante un rapporto di lavoro a tempo indeterminato e si goda del diritto all'aspettativa, anche se, in tal caso, non si risolve il rapporto di lavoro.

Desidero porgere alcuni quesiti circa la pronta disponibilità:

- a) qual è il numero massimo di turni mensile**
 - b) la reperibilità notturna lavorata comporta una modifica dell'orario di servizio per il giorno seguente?**
 - c) è possibile essere reperibile per due servizi contemporaneamente all'interno dello stesso ospedale?**
 - d) il Dirigente medico ha responsabilità nel caso di chiamate più o meno contemporanee per tali reperibilità?**
-

a) Di norma 10 turni

b) Il CCNL recita:
Art. 27

Servizio di pronta disponibilità

8. Il personale in pronta disponibilità chiamato in servizio, con conseguente sospensione delle undici ore di riposo immediatamente successivo e consecutivo, deve recuperare immediatamente e consecutivamente dopo il servizio reso le ore mancanti per il completamento delle undici ore di riposo; nel caso in cui, per ragioni eccezionali, non sia possibile applicare la disciplina di cui al precedente periodo, quale misura di adeguata protezione, le ore di mancato riposo saranno fruito, in un'unica soluzione, nei successivi tre giorni, fino al completamento delle undici ore di riposo. Le regolamentazioni di dettaglio attuative delle disposizioni contenute nel presente comma sono definibili dalle Aziende ed Enti avendo riguardo di collocare il turno successivo a quello programmato in pronta disponibilità, nella fascia oraria pomeridiana.

c-d) Va elaborata una procedura sul come comportarsi in trattativa decentrata sindacale affrontando l'argomento con la Direzione Generale.

Ho un quesito circa la retribuzione di posizione: dall'entrata in vigore del nuovo contratto la mia Azienda mi ha versato arretrati dell'adeguamento del CCNL degli anni scorsi e ha modificato tariffa per guardia notturna, ma non ha effettuato né adeguamento della tariffa dei festivi né tantomeno mi ha assegnato un livello.

È un obbligo o una facoltà per l'Azienda l'attribuzione di tale incarico (art.18) e la corrispondente retribuzione di posizione (art. 91)? Devo comunque inviare formale richiesta e sollecito?

Ovviamente l'adeguamento sarebbe con decorrenza 1ª gennaio 2020?

Il rappresentante aziendale, possibilmente con i rappresentanti delle altre sigle, deve chiedere l'adeguamento delle retribuzioni dei turni festivi all'UO Gestione Risorse Umane della vostra azienda.

L'incarico (art.18) e corrispondente retribuzione di posizione (art. 91) è un obbligo per l'Azienda. Data l'obbligatorietà del conferimento dell'incarico a partire dall'esecutività del nuovo CCNL, l'adeguamento sarebbe con decorrenza 1ª gennaio 2020.

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
2020**

+

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 diamo loro voce in ogni sede.
- Ci piace ascoltare il parere di tutti, per noi le osservazioni di ciascun Collega sono preziose! Per farlo, siamo gli unici che portano "il Sindacato a domicilio" dei Colleghi, i primi ad utilizzare ogni strumento anche "social" di comunicazione, interagendo in tempo reale con tutti i Colleghi attraverso una partecipazione numerosissima e quotidiana alle discussioni, che tutti gli altri ci invidiano e non potranno mai raggiungere.
- 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 OGNI MOMENTO...
CHE COSA ASPETTI AD ISCRIVERTI?**

#UNITISVINCE

**TUTTE LE INFORMAZIONI SU:
WWW.AAROIEMAC.IT**