

il nuovo Anestesista Rianimatore

NOVEMBRE - DICEMBRE
2020
6
Anno XLII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesiologi 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

COVID-19 Seconda ondata, ancora in prima linea

Medici in Formazione
Necessaria l'immediata
assunzione

FOCUS
Il Sistema di Protezione
Professionale
AAROIEMAC

Un po' di storia:
le Fake News

Sommario

- 3 Editoriale**
Che cosa ci aspetta nel 2021?
- 4 Diffida**
L'AAROI-EMAC interviene sul ricorso a AR e MEU per reparti a media e bassa intensità
- 5 Medici in Formazione**
Necessaria l'immediata assunzione
- 6 Intersindacale**
L'incontro con Speranza e il NO alle riaperture
- 8 COSMED**
Vittoria sulla richiesta di Dati Patrimoniali ai Dirigenti
- 10 Dalle Regioni**
Gli interventi delle Sezioni Regionali negli ultimi mesi
- 26 FOCUS**
Il Sistema di Protezione Professionale AAROI-EMAC
- 32 Benefits**
Vantaggi per gli Iscritti
- 34 Fake News**
Quando sono nate?
- 38 AAROI-EMAC risponde**
Previdenza:
Gli articoli dell'Esperto
- 44 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 DALSSASSO - 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 07-12-2020

DOPO L'ANNUS HORRIBILIS, CHE COSA CI ASPETTA NEL 2021?

No, non abbiamo la sfera di cristallo per poter dire che il 2021 sarà migliore del 2020. Sicuramente ce lo auguriamo, ma – per quanto possibile – dobbiamo lavorare affinché lo sia. In quale modo? Il principale strumento che abbiamo è quello di monitorare la situazione e di intervenire a tutti i livelli anche per evitare che l'emergenza sanitaria possa diventare un alibi per peggiorare ulteriormente le condizioni lavorative. Non solo, come Presidenza Nazionale, ho ritenuto opportuno dare voce all'AAROI-EMAC ogni qual volta venisse messa in discussione o minimizzata la portata della pandemia che, come purtroppo è bene evidente, per la seconda volta si è abbattuta sul personale sanitario ospedaliero. E' inutile dire che anche in questa seconda ondata, nonostante la stanchezza accumulata nei mesi precedenti, i Medici Anestesiisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza hanno risposto come sempre in maniera eccezionale.

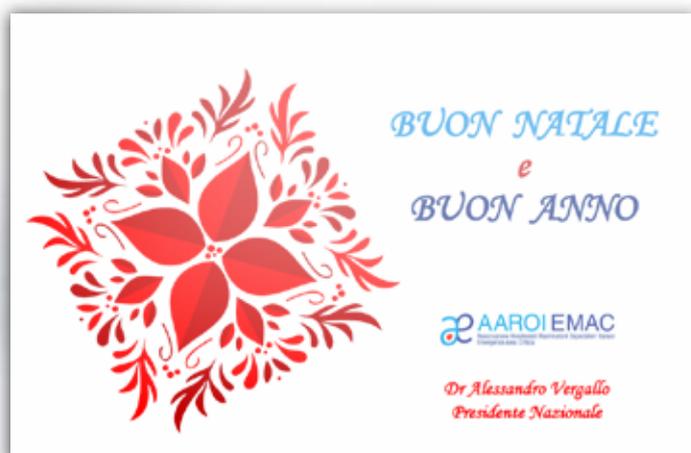
Non da ultimo il nostro impegno è e sarà sempre più determinato nei confronti di chi pensa di poter diffondere fake news sia di carattere generale, sia nei confronti della nostra categoria. Nei giorni scorsi, ad esempio, abbiamo diffuso una lettera aperta per chiedere rispetto "per chi lavora in prima linea, per i pazienti, per i cittadini", in particolare abbiamo sottolineato l'esigenza di poter lavorare "senza essere distolti da ignobili fake news o da personaggi pubblici che lanciano frasi di accusa in programmi televisivi senza rendersi minimamente conto di quello che dicono e degli effetti gravissimi che producono".

In questo numero, abbiamo inserito alcune delle azioni portate avanti a tutela della categoria, frutto del continuo contatto con gli Iscritti per individuare criticità, esigenze e richieste. Sono conseguenza anche di questo dialogo la diffida a non ricorrere agli Anestesiisti Rianimatori per reparti a media e bassa intensità, così come l'invio di una lettera alle Regioni e agli Enti del SSN con la richiesta di assumere con contratti a tempo determinato i Medici in Formazione del quarto e quinto anno di specializzazione. Il 19 Novembre, inoltre, con le altre sigle dell'Intersindacale, si è svolto l'incontro con il Ministro della Salute, Roberto Speranza, che ha accolto favorevolmente il documento proposto dalle OO.SS.. Documento nel quale abbiamo messo nero su bianco diverse richieste che vi invito a leggere integralmente sul sito AAROI-EMAC.

Infine, per non dilungarmi oltre, vi segnalo le ultime novità in materia assicurativa pubblicate nelle pagine che seguono e online. Sono il frutto di un continuo confronto con il Broker AON che parte – anche in questo caso – dalla valutazione di richieste ed esigenze manifestate dagli Iscritti.

Non mi rimane, a questo punto, che augurare a tutti un 2021 migliore del 2020.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale



Medici Anestesisti Rianimatori e di Pronto Soccorso utilizzati in altri reparti l'AAROI-EMAC diffida gli Enti del SSN

A fronte di segnalazioni relative a Medici Anestesisti Rianimatori e dei Medici del Pronto Soccorso comandati a prestare cure a Pazienti ricoverati in Reparti COVID a media e bassa intensità di cura, che non competono a tali Specialisti, l'AAROI-EMAC ha diffidato gli Enti Pubblici e Privati del SSN dal ricorrere a simili prassi.

“Prassi che – si legge nella Diffida -, lì dove si sono o si fossero verificate, risultano non solo gravissime alla luce delle note carenze di personale medico specialista in Anestesia e Rianimazione, ma anche vergognosamente sprezzanti dei sacrifici che tale personale sta facendo ormai da mesi, rinunciando alle ferie, ai riposi, al diritto alla formazione. Analoga considerazione valga per i Medici in servizio nei Pronto Soccorso, anch’essi sottoposti a tali sacrifici”.

In presenza di tali situazioni l’Associazione si troverà costretta ad agire presso le sedi competenti, intraprendendo le opportune iniziative anche legali a tutela dei suoi Associati.

“L'emergenza sanitaria sta diffondendo modalità gestionali del tutto inadeguate – afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC -. Da una parte assistiamo all'utilizzo improprio degli Anestesisti Rianimatori in reparti che possono essere tranquillamente gestiti da altri specialisti, dall'altro si diffonde l'idea - fino a diventare una vera e propria proposta in un documento delle Regioni - di derogare a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di equipollenza e di affinità delle discipline del personale dirigenziale del SSN, prevedendo la possibilità di ricorrere ad altre specializzazioni per la gestione di pazienti Covid. Eventualità che, ancor più in reparti ad alta intensità di cura, è del tutto inaccettabile. Allo stesso tempo, e per egual motivo, è da scongiurare un'altra ipotesi presente nello stesso documento delle Regioni, in cui si parla di assun-

zioni anche per specializzandi dei primi anni. Proprio perché ci troviamo di fronte ad una situazione di portata eccezionale, – sottolinea Vergallo – è necessario che qualsiasi proposta sia basata sull'appropriatezza delle cure che tutti gli operatori del SSN, non solo quelli ospedalieri, sono chiamati a svolgere, stante anche l'evidenza che l'emergenza negli Ospedali sta diventando ingestibile anche a causa di una medicina di famiglia che deve ancora decidere, dopo oltre 9 mesi, quale apporto concreto voglia dare nella gestione della pandemia sul territorio”.

AAROI-EMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Balneari
Emergenza Area Critica

Presidenza Nazionale

Prot. 123/2020
Inviata via PEC

Roma, 05 Novembre 2020

Destinatari:
• Enti Pubblici e Privati del SSN
e, p. c.
• Ministero Salute

Oggetto: DIFFIDA - Rif. Medici Anestesisti Rianimatori comandati a prestare cure a Pazienti ricoverati in Reparti a media e bassa intensità di cura

Ill.mi,
nonostante sia evidente la situazione delle Terapie Intensive italiane sottoposte nuovamente a fortissima pressione a causa della seconda ondata pandemica da COVID-19, e nonostante la più volte denunciata carenza di Medici Anestesisti Rianimatori, sono pervenute e continuano a pervenire segnalazioni relative a Colleghi di tale disciplina specialistica comandati a prestare cure a Pazienti ricoverati in Reparti COVID a media e bassa intensità di cura, che non competono a tali Colleghi.

Come se ciò non bastasse, alcune Direzioni Sanitarie avrebbero consentito, avallato, o addirittura predisposto uno spropositato aumento di "consulenze" dei suddetti Colleghi nei suddetti Reparti.

Tali prassi, lì dove si sono o si fossero verificate, risultano non solo gravissime alla luce delle note carenze di personale medico specialista in Anestesia e Rianimazione, ma anche vergognosamente sprezzanti dei sacrifici che tale personale sta facendo ormai da mesi, rinunciando alle ferie, ai riposi, al diritto alla formazione. Analoga considerazione valga per i Colleghi in servizio nei Pronto Soccorso, anch’essi sottoposti a tali sacrifici.

Sulla base di quanto brevemente esposto, l'AAROI-EMAC

DIFFIDA
gli Enti in indirizzo a ricorrere a qualsiasi voglia prassi rientrante negli ambiti di cui all'oggetto.

Diversamente, l'Associazione si troverà costretta ad agire presso le sedi competenti, intraprendendo le opportune iniziative anche legali a tutela dei suoi Associati.

Distinti saluti.

Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

AAROI-EMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica
Sede Legale: Via del Vesuvio 43 - 00184 Roma
Codice Fiscale: 80042360433
Contatti
tel: 06 47825272 - 061 5585190 • e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it • website: www.aaroiemac.it

Necessaria l'immediata assunzione dei Medici in Formazione degli ultimi due anni e la stabilizzazione degli Specialisti ancora precari

La comunicazione AAROI-EMAC a Regioni, Aziende e Enti SSN

Di fronte alla recrudescenza della pandemia da COVID-19 e alle ben note carenze di Medici Anestesisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza, l'AAROI-EMAC ha chiesto alle Aziende e agli Enti del SSN di procedere immediatamente all'assunzione dei Medici in Formazione degli ultimi due anni in queste discipline, *"per garantire la tutela della salute pubblica nel miglior modo possibile nella situazione di grave emergenza attuale e – prevedibilmente – futura"*.

Nella lettera inviata, oltre che alle Aziende e agli Enti SSN, anche ai Presidenti di Regione, agli Assessori alla Sanità e per conoscenza al Ministro della Salute e al Presidente del Consiglio, l'Associazione ha chiesto di procedere ad *"assunzioni a tempo determinato, con inquadramento contrattuale con qualifica dirigenziale e trattamento economico proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte, applicando le disposizioni del contratto collettivo nazionale di lavoro del Personale della Dirigenza Medica del Servizio Sanitario Nazionale, evitando di ricorrere a contratti di lavoro atipici"*.

"Il reclutamento di Medici in Formazione in Anestesia e Rianimazione è fondamentale per affrontare l'em-

genza – ha affermato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC –. In questo ambito, in cui la carenza è significativa e dove, per la peculiarità della disciplina, non è possibile in alcun modo ricorrere ad altre figure specialistiche, la collaborazione degli Specializzandi degli ultimi due anni rappresenta una boccata di ossigeno. Altrettanto può dirsi per i Pronto Soccorso, anch'essi in sofferenza, per quanto riguarda gli Specializzandi in Medicina d'Emergenza e Urgenza".

L'AAROI-EMAC, inoltre, ha sottolineato *"la necessità di procedere il più rapidamente possibile alla stabilizzazione a tempo indeterminato, sempre applicando le disposizioni del contratto collettivo nazionale di lavoro del Personale della Dirigenza Medica del Servizio Sanitario Nazionale, del gran numero di Specialisti a tutt'oggi ancora precari"*.

Le situazioni di precariato – ha ribadito il Sindacato degli Anestesisti Rianimatori e dei Medici di Emergenza-Urgenza – hanno causato e causano innumerevoli situazioni di gravi difficoltà organizzative del lavoro negli Ospedali.



Leggi la lettera integrale al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=19746>

Ospedali sovraccarichi: NO allentamento delle restrizioni!

Il Comunicato Stampa con il quale l'Intersindacale Medica, Sanitaria e Veterinaria ha preso posizione nel dibattito sulle riaperture.

“I dati degli ultimi giorni mostrano segnali di rallentamento della crescita dell'epidemia da Sars-CoV-2, tuttavia le condizioni di sovraccarico di tutto il sistema ospedaliero, con indici di occupazione delle Terapie Intensive e delle aree COVID particolarmente elevati, impongono di non allentare le misure restrittive della movimentazione sociale. Ricordiamo che nell'ultima settimana si sono contati oltre 200 mila nuovi casi e 4.980 decessi mentre i ricoveri con sintomi sono attualmente più di 34 mila”.

È la posizione unitaria dell'Intersindacale della Dirigenza Medica, Sanitaria e Veterinaria intervenuta il 27 Novembre scorso sul rincorrersi di notizie relative a possibili riaperture, in particolare in prossimità delle festività natalizie.

“Il personale sanitario, impegnato quotidianamente – 7 giorni su 7, di giorno e di notte – nella lotta con-

tro la pandemia da Sars-CoV-2, si trova ad affrontare criticità di ogni tipo dovute al sovraffollamento degli ospedali, che con la seconda ondata interessa tutta la penisola. Ogni allentamento delle restrizioni potrebbe, quindi, mettere a rischio tanto la vita dei pazienti affetti da COVID-19 quanto la salute dei pazienti con altre patologie, la cui prevenzione e cura rischia di essere per la seconda volta sacrificata a causa di una generale sottovalutazione del rischio della ripresa pandemica, sulla quale i medici e i dirigenti sanitari avevano lanciato tutti gli allarmi possibili già durante l'estate. Per la seconda volta gli operatori della sanità pubblica sono costretti a ulteriori sacrifici anche a rischio della salute personale, oltre che ad affrontare una situazione di costante super lavoro”.

Pur essendo chiaro che le decisioni non competono ai Professionisti ma alla Politica, l'Intersindacale ha sot-

tolineato che è, invece, preciso compito di chi lavora in prima linea fotografare la situazione. Soprattutto per favorire scelte informate, essendo ormai acclarato scientificamente che i tempi di insorgenza delle manifestazioni cliniche successive al contagio impattano con numeri enormi per circa un mese dalla comparsa dei focolai sul sistema ospedaliero, sin dalla sua interfaccia territoriale 118, passando per la porta di ingresso dei Pronto Soccorso, per arrivare ai reparti Covid e fino all'ultima frontiera delle Rianimazioni.

“Chiediamo al Parlamento, al Governo e alle Regioni di ascoltare le decine e decine di migliaia di Colleghi – hanno concluso le sigle dell'Intersindacale – che da mesi lavorano senza tregua nell'emergenza territoriale e negli ospedali, amareggiati per il dibattito in corso su riaperture che, sotto le pur comprensibili esigenze dell'economia, celano sottovalutazioni del rischio di una ripresa della pandemia che potrebbe sommarsi nei prossimi mesi alla diffusione stagionale dell'influenza. La Politica non allenti ancora una volta la guardia”.

POSITIVO L'INCONTRO CON IL MINISTRO DELLA SALUTE

L'intersindacale medica, sanitaria e veterinaria ha giudicato altamente positivo l'incontro del 19 novembre con il Ministro della Salute, On. Roberto Speranza, ringraziandolo in premessa per aver riconosciuto sia l'abnegazione e il senso del dovere dei medici e dei dirigenti sanitari del SSN Ospedaliero durante l'epidemia con lo stanziamento di 500 milioni di euro nella Legge di bilancio per il 2021 finalizzato all'incremento dell'indennità di esclusività, sia il fondamentale ruolo delle Organizzazioni Sindacali che li rappresentano non solo sotto il profilo sindacale, ma anche sul piano professionale dell'apporto collaborativo, senza riserve, che essi continuano a dare alla governance di sistema.

Il Ministro ha poi accolto favorevolmente i passaggi più urgenti contenuti nel documento unitario che mirano a valorizzare le competenze e la professionalità delle categorie impegnate nella lotta alla pandemia e alle criticità che la pandemia lascerà comunque sul terreno una volta debellata:

- Immediata apertura del confronto sul CCNL 2019/2021
- Istituzione attraverso apposita previsione legislativa di una indennità di rischio biologico
- De-tassazione degli incrementi contrattuali e del lavoro aggiuntivo
- Stabilizzazione nel CCNL di tutto il personale precario
- Nuove assunzioni rientranti nel CCNL invece che in contratti atipici
- Adeguamento ai fabbisogni di personale del numero dei contratti di formazione specialistica di Medici, Veterinari e Dirigenti sanitari ed istituzione del contratto a tempo determinato di formazione-lavoro per tutti gli specializzandi
- Aumento delle ore lavorate, notturne e festive, nel sistema 118
- Tutela giudiziaria per il personale sanitario
- Riconoscimento di uno stato giuridico di vera "dirigenza speciale"
- Incremento dell'assistenza sanitaria ospedaliera e dei posti letto e dei Livelli Essenziali di Assistenza territoriali.

L'intersindacale ha inoltre recepito dal Ministro l'impegno ad un confronto più continuativo mettendo a disposizione le prerogative sindacali oltreché le competenze professionali indispensabili per il contrasto alla pandemia e per definire i passaggi necessari al rinnovamento e al rilancio del Ssn.

Leggi online il documento presentato:
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=20041>

Richiesta Dati Patrimoniali ai dirigenti? Illegittima!

Dopo aver concesso la sospensiva, il TAR Lazio si è pronunciato nel merito sancendo definitivamente come illegittima la richiesta da parte delle Amministrazioni dei dati patrimoniali dei Dirigenti.

È stato accolto il ricorso promosso dalla Cosmed e contro il quale si erano costituiti sia L'ANAC che la Presidenza del Consiglio.

Dichiarata illegittima non solo la delibera della Asl in questione, ma anche il regolamento nazionale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, pertanto la sentenza ha valenza nazionale.

Nel Servizio sanitario nazionale solo il Direttore Generale, il Direttore Sanitario d'Azienda e il Direttore Amministrativo sono tenuti a comunicare i dati patrimoniali mentre tutti gli altri dirigenti, compresi i capi dipartimento e i direttori di struttura complessa, non sono tenuti a farlo.

Nelle altre Amministrazioni solo i Dirigenti di prima fascia e quanti vengono nominati discrezionalmente dall'organo politico sono tenuti a questo adempimento.

Accolti tutti i rilievi della Cosmed ed in particolare come si evince dalla sentenza:

- eccesso di potere per illogicità ed irragionevolezza,
- impropria assimilazione della dirigenza sanitaria alla dirigenza statale,
- violazione dei diritti fondamentali sanciti dalla Carta Europea in materia di tutela dei dati personali e dei diritti fondamentali.

In definitiva l'interpretazione dell'ANAC è stata giudicata contraria ai principi di proporzionalità, pertinenza, non eccedenza e finalità dei trattamenti dei dati personali sia per la natura dei dati richiesti che per le modalità di diffusione. Venivano infatti messi in rete dati sensibili a disposizione di chiunque con dettagli potenzialmente utili solo ai male intenzionati.

Si conclude questa vicenda che ha sottratto inutili energie alle strutture pubbliche sperando che i successivi regolamenti da emanare ne tengano debitamente conto.

Deve pertanto cessare qualunque richiesta in tal senso, anche se pur dopo la sospensiva qualche Amministrazione ha perseverato nel richiedere questi dati sensibili.

Restano pubblicabili sono i dati curriculari e le retribuzioni derivanti dalle retribuzioni percepite nell'ambito del rapporto di lavoro, dati peraltro nella disponibilità automatica dell'Amministrazione.

Riteniamo di aver contribuito a eliminare un adempimento inutile, che sottraeva tempo e risorse umane all'attività lavorativa e alle strutture amministrative. Un piccolo contributo per una maggiore serenità dei dirigenti.



AAROI-EMAC Basilicata

Diffida all'AOR San Carlo di Potenza

18 Novembre 2020

Di seguito la Diffida dell'AAROI-EMAC Basilicata all'AOR San Carlo di Potenza all'immediato ripristino della seconda guardia di rianimazione COVID notturna.

La presente per significare che questa Associazione ha appreso in via formale, con modifica del turno di servizio a metà mese, della soppressione di una guardia di Rianimazione e sostituzione della stessa con Pronta Disponibilità. Quanto sopra è stato disposto in via del tutto arbitraria e senza alcuna preventiva interlocuzione, foss'anche informale, con il sindacato di categoria; in ragione di tanto, si riporta estratto dell'articolo 27 del nuovo CCNL di riferimento, rubricato "servizi di pronta disponibilità" il quale dispone che: "Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa". In ragione del fatto che la Pronta Disponibilità ha sostituito la guardia, si evidenzia l'incompatibilità della richiamata modifica aziendale con quanto previsto dal Contratto di riferimento; situazione ancor più grave nonostante le interlocuzioni intercorse per le vie brevi con il Commissario a seguito di tanto. La situazione attuale, dunque, espone a grave rischio l'attività di assistenza dei pazienti ricoverati in Rianimazione Covid, in ragione della presenza notturna di un solo rianimatore; se solo si pensa che allo stato i ricoverati sono pari a 18 unità, appare financo superfluo sottolineare il carico di lavoro a cui è sottoposto l'unico medico in funzione di guardia notturna. Pertanto, tutto ciò premesso e considerato;

SI DIFFIDA

la Direzione Sanitaria dell'A.O.R. San Carlo di Potenza a ripristinare urgentemente la seconda guardia di rianimazione Covid notturna.

*Il Presidente regionale
A.A.R.O.I. - E.M.A.C.
Dottor Francesco Allegrini*

*il Referente e Rappresentante Aziendale
A.A.R.O.I. - E.M.A.C.
Dottor Giuseppe Petrecca*

AAROI-EMAC Calabria

Perché nessuno si è reso conto di quello che accadeva in Calabria?

9 Novembre 2020

Le considerazioni del Dr Domenico Minniti, Presidente AAROI-EMAC Calabria, in una lettera al Direttore di Quotidiano Sanità.



Gentile direttore,

era fin troppo facile prevedere, in Calabria, ciò che era stato preconizzato qualche tempo fa. I centri Hub della mia regione cominciano infatti a segnare il passo nelle cure ordinarie che, ricordiamolo ove fosse necessario, non accedono certo ad un periodo sabbatico in onore del SARS Cov2.

L'inevitabile commistione di pazienti positivi e negativi al Corona virus, in strutture non esclusivamente dedicate all'assistenza dei primi, si doveva immaginare, avrebbe per forza di cose comportato avversi feed back, in particolare sul personale sanitario. E la regola prima, in assoluto, in caso di maxi-emergenza, è quella di proteggere tassativamente quest ultimo onde evitare il blocco delle attività e la trasformazione della prima, cioè la maxi-emergenza, in catastrofe sanitaria.

Si comincia ad assistere adesso, infatti, alla chiusura di interi reparti il cui personale è venuto a contatto col virus. E naturalmente l'attività sanitaria si blocca anche per le acuzie che, com'è noto, rappresentano la mission prevalente dei nostri grandi ospedali.

Sicché, ad esempio, un fratturato comincerà il pellegrinaggio in ambulanza da un ospedale ad un altro, sottraendo quel mezzo al territorio e ritardando eventuali altri soccorsi.

Ed ogni tosse o febbriattola congestionerà i pronto soccorsi, i laboratori e le radiologie, allungando le attese e dilatando i tempi d'intervento sulle patologie non Covid. Potenzialmente incrementando, dunque, il rischio clinico di eventi avversi.

Sono solo esempi, banali, ma suggestivi della ricaduta negativa che una poco o per nulla efficace pianificazione della risposta all'incipiente emergenza epidemica può comportare.

Potrei continuare quasi all'infinito, ma sarebbe un inutile esercizio di ridondanza. Mi è sufficiente proporre il concetto perché se allargato a tutte le altre patologie, ci si possa fare un'idea della ricaduta che questo stato di cose ha sulla già disastrosa offerta sanitaria.

Il generale Cotticelli ha pagato nel peggiore dei modi, e non mi riferisco certo alla sola sua sostituzione, lo scotto dell'incapacità di gestire i compiti affidatigli. Ma quanti generali Cotticelli ci sono ancora, nelle stanze della Cittadella che dovrebbero, per il bene dei calabresi, abbandonare le loro plance di comando, per analoga manifesta incapacità?

La gestione della sanità non è confinata alla sola Struttura Commissariale.

In Calabria si incrocia tra questa, il Dipartimento tutela della Salute, la Presidenza della Giunta, con sovrapposizione o sconfinamento di competenze, per cui è facile addossare all'uno gli inadempimenti e le responsabilità dell'altro.

Ma tutti quelli che adesso si stracciano le vesti, dov'erano mentre si compiva il dramma che potenzialmente di qui a poco potremmo dover fronteggiare? Nessuno dei nostri politici, neanche quelli all'opposizione si è reso conto di nulla? Nemmeno dei nostri reiterati warning, l'ultimo dei quali di sole poche settimane fa?

E, cosa di non poco conto, nessuno, ma proprio nessuno aveva il dovere di monitorare l'attività della struttura commissariale? Nessuna responsabilità, anche solo oggettiva, in vigilando? Il controllore non è più dunque la funzione sovraordinata, ma l'ottimo lavoro del bravo giornalista?

E così, tra chi non sa cosa sia un ventilatore, chi non s'intende di terapia intensiva, chi pur tralasciando la buccia di banana sulla quale è scivolato e che pur sapendo essere al secondo punto della lista dei compiti assegnatigli dal Ministero, disconosce il numero di posti di terapia intensiva presenti e futuri, tra chi bacchetta da dietro le quinte e chi licenzia, per esserne venuto a conoscenza da un programma televisivo e non già da un

organo di controllo gli inadempimenti della persona cui aveva conferito l'incarico, la Calabria si appresta ad affrontare la criticità che potrebbe affondare definitivamente il proprio sistema sanitario. Strano che tutto questo accada in un Paese in cui tutti i politici, fino solo a qualche giorno prima erano competenti intensivisti, pneumologi, virologi.

*Dr Domenico Minniti
Presidente AAROI EMAC Calabria*

Guarda online:

scopri nella sezione regionale Calabria del sito www.aaroiemac.it, le attività sindacali intraprese dall'AAROI-EMAC Calabria e dall'Intersindacale calabrese:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?cat=32>

AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia

La lettera alla Regione a nome di 350 Anestesisti Rianimatori

9 Novembre 2020

Gentile Presidente Massimiliano Fedriga
Gentile Vicepresidente Riccardo Riccardi

vi scrivo a nome di 350 Anestesisti Rianimatori, di molti medici del Pronto Soccorso e di moltissimi colleghi che lavorano oggi accanto a noi nelle Aziende del nostro SSR del FVG. Vi scrivo per esternarvi e riportarvi le nostre serissime preoccupazioni per la situazione attuale che in rapida negativa evoluzione sta sottoponendo noi ed i nostri ospedali ad un'ondata d'urto non sostenibile che rischia di portare il sistema al collasso totale.

Da giorni il Pronto Soccorso lavora senza sosta con un numero inimmaginabile di accessi di pazienti COVID-19 oltre che con la solita casistica di pazienti per ogni altra patologia possibile, ma non sono in grado di poter dare adeguato ricovero a ciascun paziente per l'assenza totale di posti letto COVID-19 dedicati. Gli operatori tutti sono allo stremo per fatica fisica, per ore lavorate ininterrottamente, per carico emotivo e stress correlato ed i pazienti vengono trattati ed assistiti nel miglior modo possibile che a volte è molto simile a quello di un ospedale di guerra dove le risorse disponibili sono decisamente e pericolosamente inferiori alle richieste subentranti.

Le Terapie Intensive sono completamente sature perché oggi in regione i 45 posti letto dedicati alla patologia COVID-19 sono occupati da 45 pazienti critici gravissimi. I posti letto di terapia intensiva come pure quelli di terapia semi intensiva NON sono quelli che corrispondono ai letti, ai ventilatori ed ai monitor, ma i posti letto di terapia intensiva per essere chiamati tali ed essere realmente effettivi sono quelli che prevedono la presenza fissa h24 di medici ed infermieri specializzati in questo ambito in numero adeguato come previsto da standard nazionali ed internazionali. Oltre alle Terapie Intensive "normali" dove continuiamo a trattare i politraumi, gli shock, gli arresti cardiaci, le emorragie cerebrali e tutte le situazioni cliniche più gravi, che non si sono per nulla ridotte, oggi abbiamo in FVG 45 pazienti gravissimi in più, ma avremmo bisogno probabilmente di altri 45 posti letto intensivi, vista la velocità con cui stiamo progredendo. Ma il personale adeguato e preparato per aprirli non c'è e non ci sarà a breve e questo è il vero problema oggi, che proviene da errate programmazioni nazionali e regionali, da



miopi politiche di investimento ed assunzione sul personale, e da inadeguati preventivi piani pandemici. In FVG non ci sono 175 posti letto di Terapia Intensiva da dedicare ai malati COVID-19, non ci sono 100 posti di Terapia Semi Intensiva, quindi finiamola col fornire alla stampa e ai cittadini numeri suggestivi, eclatanti, confusi, confondenti e non reali. I numeri veri sono solo quelli di moltissimi pazienti, non più solo anziani (seppur i più gravi attualmente) che arrivano in ospedale con la polmonite ed hanno bisogno dell'ossigeno e poi della ventilazione non invasiva e poi dell'intubazione orotracheale e della ventilazione invasiva e a tutti questi, noi assieme agli internisti, agli infettivologi, ai pneumologi dobbiamo dare una risposta a bassa, media ed alta intensità, un trattamento, una chance come l'abbiamo sempre data a tutte le altre patologie, con gli stessi criteri e secondo scienza e coscienza.

Rispetto a questa primavera ed alla prima ondata pandemica a noi operatori della prima linea sembra però di vivere in "un mondo parallelo" dove oggi veniamo additati come pazzi allarmisti, dove siamo messi in discussione da moderati qualunquisti, dove siamo attaccati da negazionisti, complottisti e laureati su Facebook e dove i nostri politici non riescono a capire che finché verrà concesso l'aperitivo di massa in piazza San Giacomo a Udine o in via Torino a Trieste, a nulla serviranno altri 45 posti di Terapia Intensiva e a nulla servirà riconvertire interi reparti ospedalieri in

degenze per malati COVID-19. Le attuali restrizioni e la farsa delle differenti fasce colore attribuite alle varie regioni non sono e non saranno sufficienti a fermare il drammatico aumento dei casi di sintomatici COVID-19 e se è vero che ci sono poche certezze in questo ambito, abbiamo però chiaramente sperimentato che la "chiusura" di marzo è servita a spezzare ed interrompere questo flusso catastrofico. Non è una scelta facile lo sappiamo, sarebbe una sconfitta sociale ed economica ma non c'è più tempo se vogliamo salvare molte vite umane e il nostro sistema sanitario regionale da un collasso annunciato, è necessario prendere delle decisioni impopolari per proteggere la nostra comunità, i nostri padri ma anche noi stessi. Se cominciamo ad ammalarci anche noi poi si morirà anche di patologie curabili e sarà una sconfitta globale.

Spiegate e fate capire bene a tutti, la situazione in cui siamo e in cui lavoriamo, fate capire che il sistema può reggere solo fino ad un certo punto, fate capire che non è deontologicamente, umanamente e costituzionalmente ammissibile non poter dare una risposta in termini di trattamento e ricovero ai nostri pazienti, fate capire che non vogliamo arrivare alle code chilometriche di ambulanze in fila davanti ai Pronto Soccorso in attesa di barelle, bombole di ossigeno e posti letto, che non vogliamo arrivare alla chiusura di Pronto Soccorsi e Ospedali, che non vogliamo dover mettere i malati COVID-19 insieme ad altri malati non COVID-19 perché non vi sono altre soluzioni, che non vogliamo arrivare alla trasformazione di chiese e palestre in improvvisati ospedali/lazzareti, che non vogliamo interrompere o allungare i già lunghissimi tempi di attesa per la diagnostica e il trattamento delle patologie oncologiche e che non vogliamo vedere ogni giorno lunghi necrologi sui giornali locali ed essere poi magari tra qualche anno chiamati in causa per l'inefficienza e l'impreparazione di questo sistema. La nostra sanità regionale deve rimanere di altissimo livello e deve dare risposte adeguate ed all'altezza di sempre.

Non è più tempo di titubanze e di diplomatiche e circostanziali rassicurazioni, la situazione attuale è grave ed è tempo di decisioni e di atti concreti in grado di interrompere questa pericolosa china. Noi ci siamo e vi supporteremo ma solo con l'evidenza che dietro ci sia un'idea chiara ed un progetto preciso in grado di incidere su questa pandemia a tutti i livelli e che sia chiaro che oggi non ci bastano monitor e ventilatori meccanici, ma ci serve in primis la collaborazione e la coscienza civica di tutti nel rispetto di quello che la scienza dice ed ha dimostrato a costo di rinunce pesanti e costi elevati.

*Dr Alberto Peratoner
Presidente AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia*

Leggi l'intervista del Dr Peratoner al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=20386>

AAROI-EMAC Lombardia

Reclutamento Anestesisti Rianimatori Ospedale Fiera Milano, la Regione non ascolta

29 Ottobre 2020

Al momento nessuna disponibilità al dialogo, ma solo ipotesi inaccettabili per il reclutamento di Anestesisti Rianimatori per l'Ospedale Fiera Milano. A denunciarlo è l'AAROI-EMAC Lombardia che dopo un incontro con i vertici della sanità lombarda è pronta a proclamare lo stato di agitazione della categoria.



“La nostra impressione è che Regione Lombardia non sia minimamente disponibile a prendere in considerazione le nostre proposte – afferma Cristina Mascheroni, Presidente AAROI-EMAC Lombardia –, nonostante siano state da noi messe a punto per garantire il funzionamento dell'Ospedale, tutelando, al contempo, sia i Colleghi sia i Pazienti ricoverati in Rianimazione. Richieste che, a nostro avviso, coniugano la risposta alle attuali necessità sanitarie dovute all'emergenza con la volontà di preservare professionisti fin troppo provati da mesi di super lavoro”.

Le proposte dell'AAROI-EMAC Lombardia sono:

- Adesione volontaria degli Anestesisti Rianimatori;
- Ricovero in Rianimazione in Fiera dei Pazienti per i quali prevedibilmente non debba esserci il supporto di quei Servizi Ospedalieri di cui l'Ospedale in Fiera è sprovvisto, incluse le Sale Operatorie;
- Orario di lavoro giornaliero di max 8 ore, con adeguata rotazione della turnistica del personale, in modo che ad ogni Medico sia garantita la fruizione di adeguati riposi, considerata anche la gravosità del lavoro con le tute protettive, oltre che con gli altri DPI previsti per i Reparti ad alto rischio di contagio;
- Sistemazione alberghiera, a richiesta, che consenta un adeguato isolamento dal proprio nucleo familiare qualora difficoltoso o impossibile da attuare a domicilio;
- Tamponi a scadenze fisse, e comunque prima di tornare in famiglia dopo il periodo lavorato in Fiera;
- Un trattamento di trasferta adeguato, secondo le norme contrattuali.

“Regione Lombardia – prosegue Mascheroni – oltre a non mostrarsi disponibile al confronto, ha dichiarato di essere pronta a reclutare gli Anestesisti Rianimatori anche attraverso ordini di servizio coattivi. Una simile decisione rappresenterebbe un vero e proprio schiaffo ai Medici che hanno dato il massimo e anche di più nella scorsa primavera, e che non possono pagare lo scotto di una altrui pianificazione tardiva. A tutto ciò si aggiunge che la tanto decantata premialità promessa dalla Regione per ristorare il disagio del lavoratore in un tal contesto, allo stato attuale, non esiste, forse – ci dicono – verrà prevista solo dopo aver chiesto al Governo di aumentare i fondi dati alla Regione”.

“Soltanto ventilare l'ipotesi di procedere con simili ordini di servizio è molto grave – aggiunge Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC –. Un'eventualità a cui abbiamo intenzione di opporci con fermezza, anche perché rappresenterebbe un precedente vessatorio al quale anche altre Regioni potrebbero pensare di ricorrere, come già ci segnalano da altre zone d'Italia. Ovunque una tal iniziativa si verificasse, siamo pronti a proclamare lo stato di agitazione non solo in Lombardia ma a livello nazionale”.

Reclutamento Medici Ospedali Fiera Milano e Fiera Bergamo, raggiunto l'Accordo con la Regione

4 Novembre 2020

È stato raggiunto ieri l'Accordo tra l'Intersindacale della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria e PTA regionale e Regione Lombardia per il reclutamento dei Medici necessari all'attivazione dei moduli temporanei di Fiera Milano City e Fiera di Bergamo. Le richieste delle OO.SS., che in un primo momento non erano state prese in considerazione, sono state infine accolte dai vertici della sanità lombarda.

È stato quindi deciso che:

- Il reclutamento dei medici avverrà prioritariamente con **criteri di volontarietà**;
- Il modello organizzativo sarà articolato **su turnazioni di due settimane**, comprensive dei riposi dovuti per legge, modulando i turni in modo da rendere più tollerabile l'uso dei DPI. La prosecuzione sarà su base volontaria;
- **I Medici verranno sottoposti al tampone rinofaringeo** al termine del periodo di assegnazione negli Ospedali Fiera.

Sono stati, inoltre, definiti alcuni criteri di reclutamento applicabili unicamente nel caso in cui il numero di Medici volontari non fosse sufficiente. Tra questi verrà considerata l'età, la situazione familiare e la distanza rispetto alla sede della fiera interessata.

I medici potranno **utilizzare alloggi messi a disposizione da Regione Lombardia o, a richiesta, rientrare al proprio domicilio**. È infine previsto il trattamento di trasferta come da CCNL e il servizio mensa o ticket.

È rimasto, invece, in sospeso il punto relativo alla premialità che dipende da un eventuale ulteriore stanziamento del Governo. A tal proposito l'Intersindacale, così come in aprile, chiede alla Regione e ai Parlamentari della Lombardia di porre la questione a livello centrale affinché vengano previste ulteriori risorse nazionali e/o permettere alle Regioni di utilizzare risorse proprie per il riconoscimento economico del personale sanitario in prima linea nella lotta contro il COVID-19.

Nell'Intesa è stato comunque stabilito, fin da ora, che a fronte di un ulteriore stanziamento statale, verrà sottoscritto un accordo ad hoc per il riconoscimento della "premieria per tutto il personale coinvolto nell'emergenza, in relazione al contributo reso".

Sulla base di quanto raggiunto, le Organizzazioni Sindacali esprimono l'apprezzamento per l'apertura al dialogo di Regione Lombardia.

Stefano Magnone **ANAAO-ASSOMED**

Giuseppe Ricciardi e Pasquale Razionale **CIMO Lombardia**

Cristina Mascheroni **AAROI-EMAC**

Bruno Zecca **FP CIGIL Medici**

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

Stefano Bracelli **FASSID**

Daniilo 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**

AAROI-EMAC Marche

Accordo regionale incentivi II fase epidemica COVID 19

17 Novembre 2020

Firmato il 16 novembre il protocollo d'intesa tra Giunta/Enti del servizio sanitario regionale ed Organizzazioni Sindacali della dirigenza sanitaria e del comparto, finalizzato al riconoscimento incentivante al personale impegnato nella gestione della epidemia da Sars COV-2.



L'AAROI-EMAC Marche ha partecipato attivamente alla stesura del testo salvaguardando alcuni principi quali quello di una adeguata valorizzazione professionale ed economica sia del dirigente che tratta pazienti COVID nel proprio ospedale durante l'orario di lavoro, sia di chi accetta di prestare la propria attività in modalità "aggiuntiva" (anche nel proprio ospedale), adeguando il compenso orario al decreto 104 del 14 agosto 2020.

Va comunque sottolineato lo sforzo che la Regione ha posto in essere, obbligata a fornire risposte ai bisogni di salute dei Pazienti COVID, praticamente raddoppiando le risorse economiche impegnate nella prima parte della pandemia, con un riparto ulteriore di circa 15 milioni di euro.

Durante la fase negoziale AAROIEMAC ha sottolineato la necessità di fare emergere nel testo le tre linee operative, riguardanti l'utilizzo del Dirigente necessario e imprescindibile per sostenere la risposta alla seconda fase pandemica: l'implemento dei posti letto regionale destinati alla cura di pazienti critici Covid positivi, attuato mediante rimodulazione delle attività ospedaliere e, contemporaneamente, la riattivazione del Covid Hospital a Civitanova Marche.

Nello specifico sono ben specificate le tre modalità di lavoro:

Dirigente che ottempera al proprio orario contrattuale di lavoro nel proprio ospedale di appartenenza. L'accordo riconosce la "gravosità e complessità dell'impegno" assicurando per ogni turno un incentivo pari a 40,00 euro, nonché i compensi per lavoro straordinario e per il tempo di vestizione/svestizione per un massimo di 40 minuti/turno.

Esempio: per 25 turni medi mensili il Dirigente avrà un compenso lordo pari a 1.000 euro, cui si sommano le indennità per eventuali notti (100 euro/notte) e l'eventuale straordinario (tempi di vestizione ...).

Dirigente che ottempera al proprio orario contrattuale di lavoro nel COVID Hospital di Civitanova Marche. Anche in questo caso l'accordo riconosce la "gravosità e complessità dell'impegno" incrementando il valore della quota di cui al punto 1 stante il disagio del trasferimento in altro ospedale, portandola per ogni turno ad euro 70,00 e lasciando invariati gli altri compensi, cui si somma l'indennità di trasferta.

Esempio: per 25 turni medi mensili il Dirigente avrà un compenso lordo pari a 1.750 euro, cui si sommano le indennità per eventuali notti (100 euro/notte), l'eventuale straordinario (tempi di vestizione ...) e l'indennità di trasferta.

Dirigente che accetta di effettuare prestazioni aggiuntive oltre il proprio orario contrattuale di lavoro, sia nel proprio ospedale che al COVID Hospital di Civitanova Marche.

In questo caso al Dirigente saranno corrisposti 80 euro ogni ora di lavoro prestato, sia all'interno del

proprio ospedale che presso il Covid Hospital; questa cifra, come recita il CCNL, è onnicomprensiva, anche dell'indennità di trasferta.

Esempio: per 2 turni mensili di 12 ore il Dirigente avrà un compenso lordo pari a 24x80 euro, pari a 1.920 euro.

Inoltre il testo sottoscritto sottolinea ulteriori aspetti:

I compensi sono retroattivi: per il personale che tratta pazienti COVID nel proprio ospedale, gli incentivi decorrono dal 16 ottobre 2020; per chi si è spostato al COVID Hospital dal 20 ottobre 2020.

Le risorse derivanti dal protocollo di intesa finanziano gli incentivi fino al 31/12/2020; sarà necessario rivedere il protocollo in base ad eventuali (quasi certe) ulteriori risorse governative alle regioni per l'anno 2021.

La corresponsione delle somme a ciascun Dirigente derivanti dall'applicazione del protocollo di intesa avviene entro il bimestre successivo al lavoro prestato.

Il reclutamento del personale per il COVID Hospital avviene:

Su base volontaria in conseguenza di manifestazione di interesse, con comunicazione da parte dell'interessato al proprio Direttore o Direzione Sanitaria, anche in considerazione della rimodulazione delle attività nell'ospedale di appartenenza;

Attraverso l'istituto della mobilità d'urgenza nel caso l'applicazione del punto a) non sortisse una adeguata copertura delle necessità sanitarie: in questo caso al Dirigente va fatta pervenire la disposizione inerente l'attivazione dell'istituto previsto dal CCNL. Si ricorda che la mobilità d'urgenza è prevista per un massimo di 30 gg nell'arco dell'anno solare, con possibilità di procrastinarne il limite solo con il consenso del Dirigente.

L'eventuale allungamento del periodo di necessità determina l'attivazione della "rotazione" del personale a cui viene indirizzata la mobilità d'urgenza.

Al personale impiegato nel trattamento dei Pazienti COVID è assicurato lo screening così come derivante dai protocolli per l'infezione SARS-CoV-2.

Il contenuto del protocollo d'intesa è sottoposto a monitoraggio regionale.

*Dr Marco Chiarello
AAROI-EMAC Marche*



AAROI-EMAC Molise

COVID-19, tenuta dei servizi sanitari e posti di terapia intensiva: facciamo chiarezza

7 Novembre 2020

Innanzitutto occorre spiegare, seppure brevemente, in cosa consiste e come funziona un'Unità di Terapia Intensiva o altrimenti detta di Rianimazione:

è quel reparto ospedaliero dedicato a coloro che versano in condizioni di salute estremamente precarie, in cui una o più delle funzioni vitali (respiratoria, cardio-circolatoria, renale, neurologica...) sono compromesse e che, pertanto, necessitano di un monitoraggio e/o un sostegno continuo.

Caratteristiche peculiari delle Unità di Terapia Intensiva/Rianimazione sono la tecnologia e le strumentazioni necessarie per la cura dei pazienti in esse degenti e che, quindi, richiedono personale medico ed infermieristico altamente specializzato.

Al fine di poter garantire sicurezza e qualità delle cure, rispetto agli altri reparti ospedalieri nelle Terapie Intensive sono, inoltre, necessari medici, infermieri e ad altro personale in rapporto molto più alto, rispetto a ogni altro reparto ospedaliero, per numero di pazienti.

Ulteriori e più dettagliate informazioni sulle Terapie Intensive sono disponibili consultando il sito web www.intensiva.it.

Com'è noto uno dei problemi causati dalla pandemia di Covid 19 è il rischio di saturazione, da parte dei malati più gravi, dei posti di Terapia Intensiva, tanto che tra gli indicatori presi in considerazione per il monitoraggio nella Fase 2 della situazione in ogni singola regione e per la tenuta dei servizi sanitari e, quindi, per la classificazione in zona gialla, arancione o rossa, è il Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva per pazienti Covid 19, tenendo anche presente che non può esservi commistione nei reparti di degenza tra malati Covid e non Covid.

Se è vero che il suddetto Tasso nella regione Molise **nel periodo di riferimento 26/10 - 01/11** è stato soltanto del 15% occorre chiarezza su come questo valore del 15% è emerso, considerato che il calcolo andrebbe effettuato come segue:

e se è vero che le giornate di degenza nel periodo 26/10- 01/11 in Terapia Intensiva Covid in Molise (Ospedale Cardarelli, n.d.r.) sono state pari a 39, qual è il valore posto al denominatore, cioè il numero totale di posti letto **per pazienti Covid (e solo per pazienti Covid, n.d.r)**? Insomma quanti sono realmente e dove sono allocati in Molise i posti letto di Terapia Intensiva esclusivamente dedicati ai pazienti Covid? Il dato dei posti letto di T.I., disponibili per malati Covid in Molise che sarebbe stato utilizzato nel calcolo, avendo a disposizione il dato del Tasso e il numero delle giornate di degenza dei malati Covid in T.I. nei sette giorni di riferimento, è facilmente ricavabile e sarebbe pari a 37, numero che sembra essere all'incirca il totale dei posti di Terapia Intensiva della regione Molise (ospedali ASREM + strutture private)..

Se, dunque, al denominatore è stato posto il totale dei posti letto di Terapia Intensiva della regione Molise (ospedali ASREM + strutture private) o comunque un numero superiore a quello effettivamente dedicato/dedicabile esclusivamente ai pazienti Covid, il Tasso ricavato non sarebbe esattamente indicativo del grado di saturazione delle Terapie Intensive per i pazienti Covid in quanto i 37 posti suddetti non erano tutti liberi e comunque non tutti propriamente disponibili, anche volendo evitare una promiscuità tra pazienti Covid e non Covid.



Sarebbe, quindi, auspicabile che certi dati fossero trasparenti, più completi e messi a disposizione della comunità medico-scientifica desiderosa di fare analisi e ricerche indipendenti.

Disponibile a recepire qualsiasi chiarimento e giusta rettifica del calcolo innanzi effettuato, ritengo, inoltre, che sarebbe utile, al fine di misurare la "resilienza" di un Sistema Sanitario Regionale, prendere in considerazione l'adeguatezza degli organici, in specie quella dei sanitari maggiormente coinvolti nell'assistenza dei malati Covid, quali quelli dei medici anestesisti-rianimatori, dell'emergenza-urgenza, di malattie infettive e degli infermieri qualificati, infatti, non basta espandere i posti di degenza acquistando letti, ventilatori polmonari monitor etc. senza che vi sia sufficiente personale dedicato, altrimenti si rischia di incorrere in un peggioramento della sicurezza e della qualità delle cure.

Altro dato che ritengo sarebbe utile conoscere è la diffusione del contagio tra il personale sanitario degli ospedali pubblici e privati molisani, anche in rapporto a quello tra la popolazione generale, perché, soprattutto se statisticamente significativamente più alto, sarebbe indicativo di un elemento di criticità del sistema, specialmente se il contagio si verifica in condizioni di carenze di organico, anche considerato che un sanitario che risulta positivo al Sars-Co-Vi 2, nella migliore delle ipotesi (cioè se asintomatico, n.d.r.), non può prestare servizio per tre settimane.

*Dr David Di Lello
Presidente AAROI-EMAC Molise*



AAROI-EMAC Sardegna

Accordo regionale incentivi II fase epidemica COVID 19

5 Novembre 2020

Presidente della Regione Sardegna, Christian Solinas
Assessore alla Sanità Dott. Mario Nieddu
Commissario Straordinario ATS Dott. Massimo Temussi
Direttore Area Socio Sanitaria Locale di Olbia Ing. Paolo Tauro
Direttore di Presidio Dott.ssa Elvira Solinas
Direttore f.f. Dr. Ali Alvandi



L'undici Luglio 2020 alcuni quotidiani sardi scrivevano: "Una sola sala operatoria - Mancano gli anestesisti; Gallura in ginocchio vietate le urgenze appena due anestesisti al lavoro; Gli anestesisti arriveranno da Tempio". Ad oggi la situazione descritta non appare cambiata. L'Ospedale Civile di Olbia Giovanni Paolo II versa in una grave e allarmante situazione di criticità sanitaria, dovuta a carenza di Anestesisti Rianimatori come più volte inutilmente segnalato a chi di competenza. Da circa un anno gli Anestesisti Rianimatori continuano ad offrire l'assistenza ai pazienti al prezzo di enormi ed eccessivi carichi di lavoro. Recentemente, nell'attuale scenario della nota emergenza sanitaria da pandemia Covid-19, si è dato corso al trasferimento di alcuni Anestesisti Rianimatori dall'Ospedale Dettori di Tempio al Giovanni Paolo II di Olbia; ciò ha significato spostare il problema da un presidio ospedaliero all'altro senza risolvere la criticità dell'Ospedale di Olbia.

L'attuale criticità e le soluzioni finora adottate pongono in serio pericolo la salute psico-fisica dei medici e, cosa ancora più grave, dell'utenza tutta. Per gli Anestesisti Rianimatori dell'Ospedale di Olbia, riuscire a garantire la copertura dei servizi essenziali è diventato di giorno in giorno sempre più difficile non solo per la progressiva riduzione del numero dei medici ma anche per il contestuale aumento dei carichi di lavoro. Al momento operano al Giovanni Paolo II di Olbia solo undici Anestesisti Rianimatori (di cui due esentati per motivi di salute ai turni e alle reperibilità notturne) visto che non sono stati sostituiti ben 4 dirigenti andati in pensione e 4 assenti per maternità. L'esiguo numero di unità in servizio riesce, con grande spirito di abnegazione a garantire l'assistenza anestesiologicala per urgenze chirurgiche differibili e indifferibili, l'assistenza ai malati della Terapia Intensiva di Rianimazione dotata di sei posti letto, l'emergenza intraospedaliera, i codici rossi che afferiscono al Pronto Soccorso e la stabilizzazione dei pazienti Covid-19 che necessitano di intubazione e ventilazione meccanica nonché il loro trasferimento presso le Rianimazioni Covid-19.

Si noti come quando si parla di urgenze indifferibili, si intendono emergenze e urgenze tempo-dipendenti in cui il minimo ritardo può compromettere la salute o la sopravvivenza del paziente per esempio, in ambito ostetrico, il distacco di placenta o i segni di sofferenza fetale, oppure gli arresti cardiocircolatori o le gravissime insufficienze respiratorie, dove l'anestesista rianimatore deve trovarsi in sede ed agire immediatamente. Si ricorda, inoltre, che i trasferimenti ai centri Hub di Sassari e Nuoro in orario notturno sono a totale carico degli anestesisti rianimatori non potendo giovare del servizio di elitransporto AREUS.

Il ricorso ai trasferimenti è evenienza molto frequente in quanto l'Ospedale di Olbia non dispone delle specialità Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Cardiochirurgia, sebbene vanti un bacino di utenza e una incidenza di emergenze comparabile o superiore alle sedi Hub, in particolare nei mesi estivi. La difficoltà di centralizzazione rappresenta una criticità già segnalata alla Direzione di UOC e Medica di Presidio in quanto sottrae tempo e risorse all'assistenza dei pazienti del Presidio di Olbia.

A tali inveterate criticità si aggiunge l'inasprirsi dell'emergenza sanitaria Covid-19, con l'attuale o prossima saturazione dei posti letto dei Covid-Hospital di riferimento e la sempre più frequente evenienza di ricoverare i malati nell'area Covid-19 del PO Giovanni Paolo II. A causa della carenza di anestesisti rianimatori, il turno diurno feriale è garantito da tre dirigenti medici in servizio e da due dirigenti medici durante il turno festivo e notturno al costo di una media di 50 ore di lavoro settimanali, 7-9 notti al mese e 5 reperibilità per ogni anestesista rianimatore.

Pertanto risulta impossibile agli Anestesisti Rianimatori garantire al contempo i servizi minimi e la presenza h 24 nell'area Covid. Negli ultimi giorni inoltre, si stanno verificando diverse urgenze che richiedono l'intervento del rianimatore in area Covid-19 o nell'area di isolamento in tenda e che obbligano il medico di guardia ad abbandonare l'assistenza ai ricoverati in Rianimazione mentre l'anestesista è impegnato in sala operatoria per garantire le urgenze indifferibili del Blocco Parto o della Chirurgia.

Le dinamiche intrinseche alle aree di isolamento Covid-19 richiedono procedure specifiche di vestizione/svestizione e rispetto rigoroso dei percorsi che impediscono un immediato spostamento per rispondere in tempi adeguati ad eventuali emergenze/urgenze tempo dipendenti insorte nelle altre aree del Presidio. Si ricorda, inoltre, che il depauperamento dell'UOC Di Anestesia e Rianimazione ha costretto gli Anestesisti a farsi carico delle reperibilità notturne dopo i turni diurni da 12 ore e che, dall'apertura dell'area Covid, è evenienza ormai quotidiana il coinvolgimento del reperibile notturno, a cui sono imposti carichi di lavoro di circa 20 ore consecutive. Le criticità esposte e mai risolte nonostante opportune segnalazioni necessitano di interventi immediati a breve termine, come il trasferimento di unità da presidi esterni all'ASSL di Olbia, e a medio termine, come un bando di concorso per specialisti in Anestesia e Rianimazione al fine di scongiurare il crollo psicofisico dei medici in servizio e, soprattutto, per garantire il diritto alla salute dell'utenza.

Il Delegato Aziendale ATS Sardegna AAROI EMAC

Cesare Iesu

I dirigenti medici dell'UOC Anestesia Rianimazione

Dina Cherchi Fabienne

Renata Fonnesu

Giovanna Meloni

Margherita Mura

Maria Giovanna Dessena

Maria Grazia Mandras

Martina Mureddu

Michele Meloni

Roberto Putzu

Salvatore Sardo

Salvatore Suelzu



AAROI-EMAC Toscana

La partita è difficile, siamo in inferiorità numerica e l'allenatore ha le idee confuse

27 Ottobre 2020

Ci risiamo. La più che prevista seconda ondata della pandemia da Coronavirus è puntualmente iniziata. Non si vuole in questa sede esprimere alcuna considerazione sulle scelte politiche e gestionali degli ultimi mesi in tema di preparazione all'impatto della seconda ondata.

Il punto, per noi, è questo: al pari di numerose altre discipline mediche e delle altre professioni sanitarie, **esiste una grande carenza di Medici Anestesisti Rianimatori** che, oltretutto, vengono da un periodo che ha messo a dura prova tutti, nel fisico e nel morale.

Volendo fare un'analogia, è come se fossimo ad una partita di calcio in cui la nostra squadra affronta la prima in classifica e, a metà del primo tempo, si ritrova a giocare in 9, senza nessun sostituto in panchina. Nonostante il massimo impegno di tutti i giocatori, la partita si presenta molto difficile.

A fronte dei pochi medici in servizio non si è riusciti ancora a portare a termine nuove assunzioni da un concorso bandito oltre un anno fa (con evidenti difficoltà di gestione burocratica) e che, peraltro, vede la maggior parte dei vincitori in graduatoria già allocati nei vari ospedali. Ai pochi colleghi ancora sul mercato vengono offerte assunzioni immediate a tempo indeterminato da altre regioni che risultano essere, quindi, più attrattive ed efficienti della nostra.

Inoltre, nonostante la grave carenza di organico, nel momento in cui la pressione dei pazienti affetti da Covid-19 sulle strutture sanitarie si fa più pressante, **in molti ospedali è stato richiesto il supporto degli Anestesisti Rianimatori perché vadano a coprire turni di guardia in reparti Covid (non Terapie Intensive) in difficoltà.**

A tutto questo si aggiunge che, con la fine della prima ondata – senza pensare allo stress, alla stanchezza e alla necessità di recuperare le forze - **agli Anestesisti Rianimatori è stato richiesto di riprendere immediatamente tutta l'attività chirurgica**, parzialmente sospesa nel periodo di peggiore crisi. Anzi è stato loro richiesto di **incrementare tale attività con un numero esagerato di sedute operatorie aggiuntive.**

Sorprende che, anche in questo momento, in cui sappiamo con certezza che il contesto sanitario legato alla pandemia sta evolvendo verso una situazione di estrema gravità, forse peggiore di quella vissuta in primavera, **si continui ad agire con eccessiva gradualità nel prepararsi ad un'ondata di ricoveri che potrebbe travolgere le strutture ospedaliere**, soprattutto nell'ultima linea difensiva che sono le Terapie Intensive.

Nonostante gli Anestesisti-Rianimatori stiano aprendo posti letto intensivi Covid e stiano mantenendo numerosi altri posti letto intensivi No-Covid all'interno della stessa struttura, **sembra che la preoccupazione principale di politici ed amministratori sia quella di non ridurre alcuna altra attività sanitaria** (vedi tutti gli interventi chirurgici). Il risultato è che **il personale è costretto ad un super-lavoro, non ha adeguati riposi ed è nuovamente sottoposto ad uno stress lavorativo estenuante**, già vissuto in passato.



A nostro avviso, attraverso procedure meno farraginose e più snelle, **dobbiamo recuperare ed assumere i pochi specialisti ancora a disposizione** e, eventualmente, essere attrattivi nei confronti di specialisti disponibili in altre regioni; **non possiamo permetterci di supportare con turni aggiuntivi le attività di altri reparti**, anche perché non siamo equipollenti o affini con altre specialità; **dobbiamo da subito ridurre le attività ordinarie e concentrarci su come affrontare al meglio la pressione della pandemia sui letti intensivi**, dedicando altre e diverse strutture ospedaliere alla gestione e alla cura di tutte le altre patologie no-Covid.

Tornando alla metafora calcistica, **siamo in inferiorità numerica, in panchina vi è solo un allenatore con le idee un po' confuse e la partita è ancora quasi tutta da giocare**. I giocatori sono stanchi, consapevoli delle difficoltà ma **determinati a portare a casa il risultato**. Come sempre **il pubblico, con il suo comportamento, può essere quel giocatore in più che spesso cambia l'esito dell'incontro**: è quindi fondamentale che tutti siano consapevoli che è in gioco la salute e spesso la vita di moltissime persone. **Il rispetto delle regole è fondamentale ma, di più, un dovere**.

Ai politici e agli amministratori l'invito a concentrarsi sulle priorità senza rincorrere a tutti i costi la ricerca del consenso, investendo tutte le risorse necessarie per non ritrovarsi impreparati come in primavera.

Il Consiglio regionale AAROI-EMAC Toscana

Il Presidente Luigi de Simone

Il Consigliere provinciale di Firenze Mauro Cavuta

Il Consigliere provinciale di Firenze Paolo Fontanari

Il Consigliere provinciale di Firenze Paolo Rufini

Il Consigliere provinciale di Firenze Elena Valeri

Il Consigliere provinciale di Grosseto Mario Iovine

Il Consigliere provinciale di Livorno Silvio Zuccotti

Il Consigliere provinciale di Lucca Michele Martini

Il Consigliere provinciale di Pisa Francesca Montanari

Il Consigliere provinciale di Pisa Dino Di Pasquale

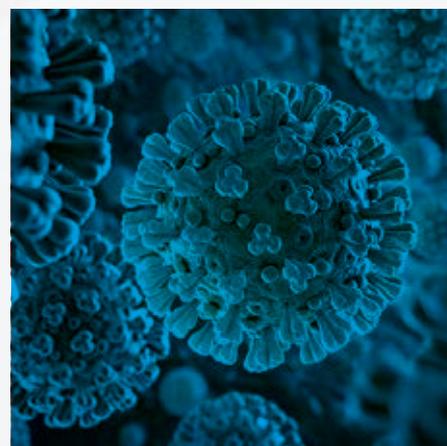
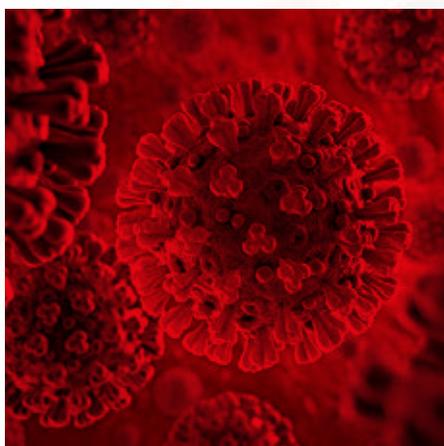
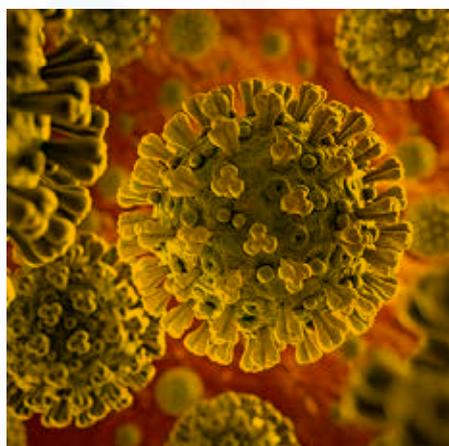
Il Consigliere provinciale di Pistoia Fabio Cricelli

Il Consigliere provinciale di Prato Rodolfo Cambi

Il Consigliere provinciale di Siena Cristina Cerone

Il Consigliere provinciale di Siena Cesare Vittori

Il Consigliere provinciale di Massa Carrara Giuseppina Rombo



AAROI-EMAC Umbria

In Umbria Terapie Intensive occupate per oltre il 30%: superato il livello di guardia

30 Ottobre 2020

“Siamo in uno tsunami”, “siamo in guerra” sono solo due delle espressioni usate per descrivere la situazione attuale dell’epidemia Covid nella regione Umbria. In questa difficilissima fase gli Anestesisti Rianimatori umbri dimostrano oltre alla consueta, che si finisce per dare per scontata, abnegazione e senso del dovere anche una progressiva stanchezza che finisce per tendere allo scoramento.



Nella piccola regione Umbria, poco meno di 900.000 abitanti, abbiamo il tasso di occupazione dei posti in Terapia Intensiva tra i più alti in Italia superando abbondantemente il 30%, percentuale considerata limite di guardia dei ricoverati Covid rispetto al numero complessivo di posti attualmente disponibili in Terapia Intensiva nella regione. Considerando il trend dei contagi giornalieri in vorticoso ascesa non possiamo che aspettarci un incremento progressivo dei pazienti Covid in Terapia Intensiva. Tenendo conto del fatto che la Regione ha predisposto un piano di aumento progressivo dei posti in Rianimazione, fino ad oltre cento, questo finisce per determinare due ordini di problemi che si intrecciano tra di loro.

In primo luogo, l’aumento dei ricoverati per la Pandemia avviene a scapito degli altri pazienti bisognosi di ricovero quali, ad esempio, le insufficienze respiratorie acute, croniche e croniche riacutizzate, soggetti affetti da patologie oncologiche il cui trattamento chirurgico determina il successivo ricovero in Terapia Intensiva.

Inoltre, l’aumento dei posti di Rianimazione senza un incremento degli organici medici e infermieri è, come ricordato da più parti, un dato ovviamente parziale. Se non si aumentano gli organici, i medici e gli infermieri andranno “prelevati” principalmente dalle sale operatorie con il conseguente contrarsi dell’attività chirurgica e l’allungarsi delle già lunghissime liste d’attesa.

Per la carenza di medici Anestesisti Rianimatori il problema è annoso e non sarà certamente il consistente aumento dei posti in Specialità previsto quest’anno a risolverlo nell’immediato. Il concorso nazionale aggrava la situazione in quanto molti giovani colleghi che giungono a Perugia per la Specializzazione non rimangono nel SSR umbro al termine della stessa. Avendo possibilità di scelta sceglieranno altre regioni o il privato acuendo la carenza di medici ospedalieri già oggi notevole.

Appare ineludibile il progressivo ingresso dei medici in formazione nel mondo del lavoro ospedaliero, ma tale ingresso deve essere tutelato sotto tutti i punti di vista e riconosciuto come servizio effettivo con la scomparsa di contratti libero professionali come avviene oggi con la frequente connivenza delle amministrazioni aziendali.

Gli Anestesisti Rianimatori non si tirano certamente indietro, ma vogliono farlo nella massima sicurezza chiedendo la disponibilità in quantità adeguata di DPI, di percorsi intra ospedalieri i più sicuri possibile, di controlli (tamponi, test sierologici) da fare con frequenza temporale adeguata.

Questo non solo per salvaguardare la loro salute e quella dei loro familiari ma anche per garantire la tenuta del sistema. **Il momento è difficile, ma se ne esce se tutti facciamo la nostra parte.** Gli Anestesisti Rianimatori stanno facendo e faranno la loro se la politica, le aziende sanitarie, che della politica sono emanazione, e l’Università si impegneranno altrettanto con lo scopo finale di archiviare anche questa brutta storia.

*Dr Alvaro Chianella
Presidente AAROI-EMAC UMBRIA*

AAROI-EMAC Veneto

La risposta al Governatore Zaia: la carenza di Anestesisti Rianimatori non si risolve con una breve formazione di altri Specialisti

24 Ottobre 2020

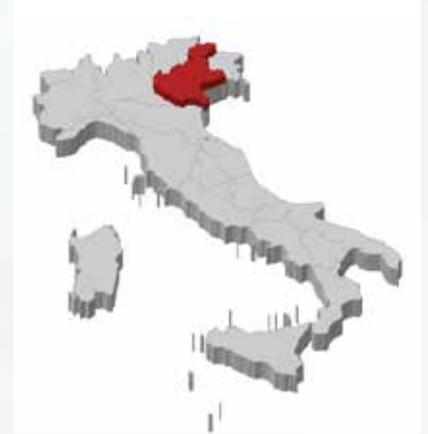
In relazione alla situazione del numero di specialisti in Anestesia e Rianimazione in funzione dell'attuale incremento dei ricovero per COVID, l'AAROI-EMAC Veneto ricorda che **la carenza di specialisti è un fatto cronico e ben noto**, dovuto a diverse cause e a responsabilità a tutti i livelli, che l'emergenza in corso ha solo evidenziato.

Si sottolinea **l'estrema complessità di questa disciplina che praticamente fin dalla sua fondazione richiedeva la specializzazione per l'accesso agli ospedali**, quando ancora questa non era necessaria per nessuna altra disciplina, eccetto la radiologia. Quando esisteva il cosiddetto "tirocinio ospedaliero abilitante" questo era di un anno per anestesia e radiologia, invece dei sei mesi delle altre specialità: oggi poi questa complessità è enormemente aumentata.

Non è quindi possibile ovviare alla carenza di Anestesisti Rianimatori con una breve formazione di altri specialisti: non è pensabile aprire la rianimazione e tanto meno l'anestesia a chi non abbia effettuato il percorso formativo necessario; risulta, invece, sicuramente plausibile la formazione di Collegi di altre specialità, come già avvenuto causa emergenza COVID, per gestire nei reparti di degenza ordinaria e semintensiva, i pazienti in situazioni di criticità ma che non necessino di ricovero in terapia intensiva, anche in collaborazione con l'Anestesista Rianimatore.

Per quanto riguarda l'aumento dei ricoveri COVID in terapia intensiva, **nel caso si raggiungessero numeri critici le necessarie risorse mediche specialistiche saranno inevitabilmente rese disponibili dalla riduzione dell'attività operatoria e quindi anestesologica di elezione**, che deriverà comunque dalla prevista riduzione di ricoveri programmati e anche dalla inevitabile riconfigurazione delle sale operatorie in terapie intensive in quanto uniche strutture compatibili con le caratteristiche tecniche necessarie a tale livello di assistenza.

In tal senso, quindi, nell'emergenza COVID è possibile reclutare Collegi dalla sala operatoria per incrementare il numero di Anestesisti Rianimatori in Terapia Intensiva, numero che invece risulta paradossalmente ben più critico nell'attività ordinaria che comporta costantemente il ricorso a prestazioni aggiuntive e ore straordinarie, l'accumulo di ferie arretrate non godute e la difficoltà ad effettuare i percorsi di aggiornamento clinico.



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



SISTEMA DI PROTEZIONE PROFESSIONALE AAROIEMAC

Novità Polizza RC PROFESSIONALE 2021 AAROI-EMAC

Come preannunciato nello scorso numero, anche quest'anno ci saranno importanti novità nella Polizza di Responsabilità Civile Professionale che la AAROI-EMAC offre agli Iscritti, al punto da renderla incomparabile rispetto alle altre presenti nel mercato assicurativo. Nelle immagini presenti in queste pagine sono, invece, riepilogate tutte le informazioni sul Sistema di Protezione Professionale AAROI-EMAC.

Quali novità:

Postuma cambio qualifica automatica e gratuita

Con la Polizza AAROI-EMAC 2021 l'Iscritto che **passa da un'attività a maggior rischio ad una a minor rischio** (es. da medico libero professionista a medico dipendente) potrà avere **GRATUITAMENTE ED AUTOMATICAMENTE** la copertura per le richieste di risarcimento relative all'attività a maggior rischio cessata.

Postuma per chi va in pensione nel 2021: gratuita se sei assicurato da 6 anni.

Con la Polizza AAROI-EMAC 2021, chi cessa la propria attività professionale nel corso del 2021, potrà attivare **GRATUITAMENTE garanzia postuma cessata attività** se si tratta di iscritto assicurato con la Polizza AAROI-EMAC di Responsabilità civile professionale da 6 anni consecutivi. La postuma sarà **GRATUITA ED ANCHE AUTOMATICA** in caso di morte accidentale dell'Iscritto. Negli altri casi, valgono le regole oggi in corso.

Il neo-assicurato può entrare in 4 momenti diversi con riduzione del premio

- **100%** del premio annuo per le adesioni fino al **31 marzo**
- **75%** del premio annuo per le adesioni dal 1 aprile al **30 giugno**
- **50%** del premio annuo per le adesioni dal 1 luglio al **31 ottobre**
- **dal 1° novembre in poi** il premio dovuto è pari a 14/12 (quattordici/dodicesimi) del premio annuo: **14 mesi** (novembre + dicembre + intera annualità successiva)

Inserimento di una nuova categoria di rischio

Per il "*Medico Anestesista Rianimatore che non effettua attività in Sala Operatoria né in Reparti di Rianimazione, né nei Pronto Soccorso, né Terapia del Dolore*": il nuovo Codice 8.

Copertura assicurativa per Studi e Società

Sarà prevista una quotazione ad hoc con uno sconto del 15% per la copertura degli Studi professionali e delle Società nel caso in cui tutti gli Anestesisti Rianimatori siano Soci AAROI-EMAC ed assicurati anche con la polizza di c.d. primo rischio.

Distacco COVID - 19

Copertura per coloro che sono stati riassegnati ad altri reparti o funzioni nell'ambito dell'Emergenza Covid-19, per tutta la durata dell'emergenza sanitaria.

Socio AAROI-EMAC Dipendente Pubblico o Privato

Con la Polizza AAROI-EMAC di Responsabilità Civile Professionale l'iscritto **dipendente pubblico o privato è sempre coperto anche:**

- ✓ in caso di **Azione di Rivalsa** esperita dalla Struttura Sanitaria **pubblica o privata** (per **colpa grave**) avanti al Tribunale Civile o alla Corte dei Conti;
- ✓ quando è **l'assicuratore della Struttura Sanitaria** ad agire (c.d. surrogazione).
- ✓ nel caso in cui sia **chiamato in causa direttamente dal paziente** - anche per colpa lieve - in tutti i casi in cui Struttura Sanitaria presso cui lavora non dovesse assumerne la difesa/manlevarlo)

Socio AAROI-EMAC Libero Professionista

Per il Socio AAROI-EMAC **libero professionista** una polizza assicurativa per la responsabilità professionale in esclusiva per lui.

- ✓ Facoltà di denunciare cautelativamente ogni fatto e/o circostanza - incluse eventuali azioni giudiziarie penali intentate a suo carico - da cui possano derivare danni e perdite patrimoniali risarcibili da questa assicurazione.
- ✓ Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)
- ✓ Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro

Socio AAROI-EMAC Specializzando

Per il Socio AAROI-EMAC **specializzando** una polizza assicurativa per la responsabilità professionale in esclusiva per lui. Di seguito le tre categorie di rischio:

- ✓ Medico specializzando che non svolge alcuna attività al di fuori di quella istituzionale (1A)
- ✓ Medico Specializzando Inclusa sostituzione Medico di Medicina Generale (ex medico di base) e servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica) (1B)
- ✓ Medico Specializzando con rapporto di lavoro presso enti pubblici o privati del SSN ai sensi del D.L. 35/2019 convertito con L. 60/2019 e s.m.i. (Decreto Calabria) (1C)

Socio AAROI-EMAC

Loss Occurrence e Claims Made

La polizza di Tutela Legale opera nella forma *Loss Occurrence*, ossia è intesa a tutelare l'assicurato in seguito a sinistri insorti **durante il periodo di efficacia del contratto**. Tale prestazione assicurativa viene garantita per i sinistri che siano insorti durante il periodo di efficacia del contratto e l'assicurato deve denunciare il sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza.

La polizza di RC Professionale opera nella forma *Claims Made*, ossia opera per richieste di risarcimento ricevute dall'assicurato per la prima volta **durante il periodo di assicurazione in corso** e da lui denunciate durante lo stesso periodo di assicurazione o comunque entro i 30 (trenta) giorni successivi alla scadenza del dello stesso, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi anche **prima** del periodo di assicurazione.

Polizza di RC Professionale

Una polizza che copre SEMPRE

Il Socio AAROI-EMAC è assicurato per l'attività in

**INTRAMOENIA,
EXTRAMOENIA
VOLONTARIATO
DISTACCAMENTO Covid-19**

In altre parole: **una polizza che copre sempre.**

Socio AAROI-EMAC

Postuma cambio qualifica: automatica e gratuita

Dal 2021, il Socio che **passa da un'attività a maggior rischio ad una a minor rischio** (e.g. da medico libero professionista a medico dipendente) rinnovando la copertura per la nuova attività,

È AUTOMATICAMENTE E GRATUITAMENTE COPERTO

anche per eventuali richieste di risarcimento relative all'attività a maggior rischio cessata.

Quindi la postuma cambio qualifica **non dovrà più essere acquistata!**

Polizza di RC Professionale Retroattività illimitata

La Polizza AAROI-EMAC di Responsabilità Civile Professionale prevede una

RETROATTIVITA' ILLIMITATA

Quindi la polizza copre **tutti i sinistri notificati** all'Isritto nel periodo di assicurazione, indipendentemente da quando è stato commesso il fatto da cui è originato il danno al paziente.

Polizza di RC Professionale Responsabilità amministrativo - contabile

L'Isritto AAROI-EMAC Direttore di struttura (semplice o complessa) è coperto

GRATUITAMENTE ED AUTOMATICAMENTE

anche per i danni materiali e/o le perdite patrimoniali che realizza alla sua struttura di appartenenza.

È INCLUSA ANCHE LA RESPONSABILITA' PATRIMONIALE

Polizza di Tutela Legale

La polizza di **Tutela Legale** opera per la difesa in ambito penale e copre le spese di difesa in giudizio.

In questo caso la scelta del legale è libera.

Fatti e non parole con le polizze AAROI-EMAC

Per ogni informazione i Consulenti Aon sono a vostra disposizione all'indirizzo aaroiemac@aon.it e al numero verde dedicato [800 170 055](tel:800170055)



confidence

security
responsibility

INSURANCE

guarantee

protection

well-being

peace of mind

coverage

I Benefits per gli Iscritti AAROI-EMAC

Tutti gli Iscritti all'Associazione potranno ora usufruire di particolari agevolazioni previste nei due Programmi di Benefits riservati all'AAROI-EMAC dal Broker AON con accesso da appositi Portali:

- **Programma "Inspiring benefits"** – che garantisce offerte, convenzioni e sconti su prodotti e servizi dei migliori brand e in tutti gli ambiti: viaggi, sport, abbigliamento, alimentazione, tecnologia, tempo libero, salute, etc.
- **Programma "Flee"** – che prevede una scontistica dedicata sul noleggio auto a lungo termine a consumo.



Flee, il noleggio auto a lungo termine targato Aon.

Programma Flee

La soluzione per tutti coloro che hanno bisogno di un'auto senza doverla comperare. Il programma prevede una scontistica dedicata sul noleggio auto a lungo termine a consumo.

Flee è il noleggio auto a lungo termine a consumo.

- Rata è flessibile, composta da:
 - una rata fissa per il veicolo;
 - una rata variabile per assicurazione e servizi che paghi solo se guidi.
- L'assicurazione è premium: RC Auto, Incendio, Furto e Kasko e in omaggio Infortuni del conducente, Tutela Legale e Assistenza alla Persona h24.
- Un team a tua disposizione in caso di emergenze, supporto e assistenza di ogni tipo.

I vantaggi per gli associati AAROI-EMAC:

- 1000 € di sconto sulla rata fissa per il veicolo (offerta valida su veicoli selezionati fino al 31/12/2020)
- 2 mesi gratis sulla rata variabile per assicurazione e servizi (per tutti i veicoli e un valore medio di circa 250 €)
- Accesso a offerte riservate periodiche
- Consulenze gratuite su prenotazione con i nostri esperti
- Tutti i vantaggi riservati agli iscritti applicabili ai familiari fino al 31/12/2020

Scopri tutto al link:

https://www.driveflee.it/aaroi-emas?utm_campaign=AFFINITY&utm_source=AAROIEMAC&utm_medium=SITO



Programma “Inspiring Benefits”

Cos'è AON Benefits?

AON Benefits AAROI-EMAC è il portale esclusivo di sconti e promozioni dedicato da AON a tutti gli iscritti all'Associazione.

Su **AON Benefits AAROI-EMAC** sono disponibili tante opzioni per risparmiare su tutti i tuoi acquisti, quotidiani e non, in una vasta gamma categorie: **viaggi e tempo libero**, spese per la **casa e la famiglia, tecnologia, shopping, idee regalo** e tanto altro.

Iscriviti per essere sempre aggiornato sulle offerte convenzionate a tua disposizione e, se hai già in mente di fare un acquisto, controlla prima se puoi usufruire di condizioni migliori tramite **AON Benefits AAROI-EMAC**.

Perché risparmi con AON Benefits

AON Benefits negozia, per te e per tutti i membri iscritti ad **AAROI-EMAC**, delle **condizioni favorevoli** presso una serie di **grandi marche e servizi locali**, con la garanzia di poter acquistare sempre su **negozi conosciuti e affidabili**.

Con **oltre 250 aziende partner**, potrai risparmiare in tanti modi differenti: usufruisci di **sconti diretti** online, presenta il tuo coupon in punto vendita o vedi crescere i tuoi risparmi accumulandoli sul tuo **salvadanaio virtuale**.

Come beneficiarne?

L'iscrizione al portale di **AON Benefits AAROI-EMAC** è gratuita per tutti gli Iscritti all'Associazione. Per registrarti e iniziare ad utilizzare il servizio clicca al link: <https://aaroiemac.inspiringbenefits.it/signup>.

Se hai dubbi su come usufruire delle agevolazioni a tua disposizione, consulta la sezione Domande Frequenti o scrivi al centro assistenza di **AON Benefits AAROI-EMAC** per ottenere chiarimenti.

WARNING FAKE NEWS

L'universale mondo delle Fake News

Un fenomeno sociale dalle antiche origini deflagrato soprattutto con i siti web, ma anche con la carta stampata.

Oggi è sempre più esteso tanto da creare disorientamento e false aspettative nei fruitori... talvolta anche se avveduti

di Ernesto Bodini (giornalista scientifico e biografo)

Non sono certo una novità, anzi non lo sono mai state. Esistono da che mondo è mondo e internet ne è la fonte più attuale poiché il web le diffonde a una velocità impressionante. Sono le cosiddette bufale (bugie) dall'inglese *fake news*, che diventano virali in un batter d'occhio con un effetto domino tanto da contagiare centinaia di migliaia se non milioni di persone. Ma il quesito principe è il seguente: perché si crede alle bufale soprattutto sul web, ma anche su cartaceo? Secondo la logica se una notizia "piace" si finisce per crederla vera, o quanto meno attendibile. Un sistema sempre più allargato per diffonderle, e cosa importa se vere o false? Certo che importa perché se si tratta soprattutto di notizie riguardanti i temi della scienza medica e quindi della salute, ad esempio, esse si possono paragonare a mine vaganti. Del resto non siamo macchine pensanti che si emozionano, ma esse-

ri emotivi che pensano in quanto la prima area del cervello che si attiva di fronte ad un messaggio è sempre quella deputata proprio alle emozioni, e solo dopo si attiva la corteccia razionale. Scegliamo di emozionarci per poi trovare una giustificazione a ciò in cui crediamo, e quindi razionalizziamo. Ma quali le origini storiche di questo fenomeno sociale della comunicazione che fa ancora tanto discutere? Pare che la più antica e documentata falsa notizia si riferisca alla "Donazione di Costantino", atto del 315 d.C., che certificava la cessione di un terzo dell'Impero Romano alla Chiesa e la conversione al Cristianesimo dell'imperatore, in segno di gratitudine verso papa Silvestro I che lo aveva miracolosamente guarito dalla lebbra. In realtà il testo fu redatto nell'VIII secolo per fornire una base alle pretese papali, e venne creduto fino al 1440 in quanto smascherato dal filologo, scrittore e filosofo romano

Lorenzo Valla (1407-1457). Altre fonti riferiscono che le false notizie hanno origine ancora più antiche, tanto da risalire al 480 a.C. in cui si menziona il fatto che Atene respinse le forze persiane nella battaglia navale di Salamina, grazie proprio ad una bugia contenuta in una lettera intercettata dal re Serse, nella quale il politico e generale ateniese Temistocle (525-459 a.C.) sottostimava la grandezza della propria flotta.



Ma più recentemente, una testimonianza in merito a tale argomento ci viene dalla scrittrice e prima direttrice di un quotidiano italiano, Matilde Serao (Patrasco 1856 - Napoli 1927, nella foto) la quale, in un articolo del 1891, scriveva: «Vi è la falsa notizia maliziosa, perfida, di colui che la lancia con maligna intenzione, che la vede fare il giro della stampa

e che sa bene non essere efficace nessuna rettifica, nessuna smentita: rimane sempre qualcuno che crede a questa falsa notizia; vi è la falsa notizia ingenua, candidamente stupita, di colui che ha udito una parola per un'altra, che ha scambiato il nome di un personaggio con quello di una città, che scrive a orecchio e quindi sbaglia; vi è la falsa notizia strepitosa, clamorosa, inventata da chi ha l'abitudine di queste fantastiche invenzioni e che si diverte immensamente nell'agitazione che desta; vi è la falsa notizia timida, quasi tranquilla, di colui che desidera che questa notizia si avveri; e la falsa notizia arrabbiata, disperata di colui che non sa come occupare mezza colonna del suo giornale, che ne occupa altra mezza per confermare la prima notizia, poi vi ritorna su per smentire le smentite, poi per spiegare che la cosa va così e così; e infine la quinta volta per dare ampia ragione a coloro che smentirono. E ancora vi è la falsa notizia germogliata così, spontaneamente, ripetuta e scioccamente creduta, che non è verosimile, che non sarà verosimile mai, che è l'indizio più profondo della stupidaggine umana; vi è la falsa notizia ricorrente, cioè quella che si rinnova ogni quattro, ogni sei mesi. Dio, quanti generi e quante forme di false notizie, alcune oneste e alcune disoneste, alcune perfide e alcune innocenti...».

Un ulteriore contributo, ancor più recente, sulle origini ce lo dà lo storico francese Marc L.B. Bloch (Lione 1886-1944, nella foto), il quale nel 1921 scriveva: «Una falsa notizia nasce sempre da rappresentazioni collettive che preesistono alla sua nascita; essa solo apparentemente è fortuita o, più precisamente, tutto ciò che in essa vi è di fortuito è l'incidente iniziale, assolutamente insignificante, che fa scattare il lavoro dell'immaginazione; ma questa messa in moto ha luogo soltanto perché le immaginazioni sono già preparate e in silenzioso fermento».



Quindi, con il trascorrere del tempo abbiamo ingurgitato (e ingurgitiamo) troppe bugie miste a confusione, soprattutto erogate da internet (Facebook e Google in primis) a mano di autori in malafede e spesso sprovveduti e superficiali, peraltro non sempre prevenibili... Anzi, il più delle volte è quasi impossibile sapere chi e perché si sta prendendo l'incomodo di costruire e spacciare fake news; noi non li consciamo i "sapienti" della disinformazione, ma è certo che loro conoscono noi: le nostre paure, i nostri pregiudizi, il nostro oscuro desiderio di lasciarci ingannare... e magari anche coinvolgere da quella loro saccenza abusando della nostra buona fede. Ma a conti fatti, per quali interessi? Tale "produzione", c'è ragione di credere, è spesso creata per interessi economici di molti soggetti coinvolti, per motivi politici o propagandistici e sfruttamento di questa o quella tendenza e orientamento mirato delle opinioni e, il fruitore, a parte la scarsa attenzione dei giornalisti, se una notizia "gli piace" finisce per crederla. «In sostanza – precisa un biologo e giornalista scientifico dell'Università di Harvard – scegliamo emozionandoci, poi troviamo una giustificazione a ciò in cui crediamo: siamo razionalizzatori, più che razionali. Sulla salute, in particolare, è più facile che bufale e false credenze si diffondano proprio perché è un settore che coinvolge molto di più di altri l'emotività».

Quantificare i "fruitori" delle fake news in genere forse non sarà possibile, ma sono in aumento le vittime in materia di salute sul web. Secondo gli ultimi dati Censis-Assosalute, ogni anno in Italia sono circa 9 milioni e circa 4 milioni i genitori che si sono imbattuti in indicazioni mediche errate sul web. Inoltre, risultano es-

sere 15 milioni gli italiani che in caso di piccoli disturbi cercano informazioni in rete; un atteggiamento assai pericoloso (o potenzialmente tale) che è sempre più diffuso tra i giovani: il 36,9% dei millenials, ossia coloro che sono nati tra il 1981 e il 1996, usa autonomamente il web per trovare informazioni su come curare i piccoli disturbi; inoltre, il 69% degli italiani vorrebbe trovare informazioni certificate utilizzando il web, sia che si tratti di modeste patologie che di farmaci. In particolare aumentano e dilagano anche le fake news sui tumori e le loro cause: il 43% delle persone è convinto che a scatenarli sia lo stress, il 42% gli additivi alimentari, mentre il 19% attribuisce la causa ai forni microonde e il 15% al bere dalle bottigliette di plastica. Inoltre, più di un terzo considera come fattori di rischio la frequenza elettromagnetiche (35%) e il cibo Ogm (34%). Sono questi i risultati di una ricerca dello University College di Londra e dell'Università di Leeds, pubblicata sull'European Journal of Cancer, ossia uno studio condotto su 1.330 persone per indagare sulle convinzioni delle persone su una delle malattie più diffuse. Oltre alle cause prive di fondamento scientifico o non ancora sufficientemente dimostrate, è emerso che tra quelle che invece ritenute "sicure", l'88% ha saputo identificare correttamente come causa dei tumori il fumo attivo, l'80% il fumo passivo e il 60% le scottature solari. Chi ha convinzioni errate sulle cause del cancro, non ha però uno stile di vita più rischioso, ma è vero che chi ha informazioni corrette è più incline a non fumare.

Le colpevoli fake news in periodo di pandemia

In merito a questa attualità, a cura di Rarelab, si è tenuto recentemente a Roma il webinar **Emergenza Covid-19: comunicazione e informazione ai tempi del coronavirus tra infodemia e fake news**, che ha visto la partecipazione di esperti del settore medico scientifico, al fine di fare chiarezza su come deve essere una corretta informazione di notizie inerenti la pandemia di Covid-19. «Il livello di imprecisione delle informazioni in merito al virus SARS-CoV-2 – ha ricordato Ilaria Cian-

caleoni Bartoli, presidente Rarelab (società editrice della testata giornalistica Osservatorio Malattie Rare) –, come pure ai meccanismi con cui si trasmette, ai metodi con cui si individua e alle terapie con le quali la scienza spera di fermarlo, ci hanno indotto a riunire un gruppo di esperti in grado di spiegare i temi salienti di questa pandemia e rispondere agli interrogativi della gente, cercando nel contempo di sfatare i falsi miti ad essa legati. E ciò nell'interesse di tutti i malati, rari e meno rari, delle categorie a maggior rischio di contrarre l'infezione e di tutti coloro che hanno la responsabilità di tenere informati i cittadini». Secondo l'Agcom (l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni), nel periodo 21 febbraio – 22 marzo di quest'anno, le notizie Covid-19 diffuse da fonti di disinformazione online, sono aumentate raggiungendo una media giornaliera del 38% sul totale della produzione, rispetto al mese precedente che risultavano essere il 5%. Tuttavia, il mondo della comunicazione, soprattutto durante la pandemia, appare stabile: da un lato a causa della diffusione di fake news e dall'altro attraverso l'infodemia, ossia la circolazione di una mole eccessiva di informazioni, talvolta opportunamente non vagliate con la difficoltà ad orientarsi su un preciso argomento e di individuare fonti attendibili. Fenomeni che richiedono opportuni interventi per correggere la continua diffusione di false od errate notizie. E, a questo proposito, proprio in ragione del periodo così delicato in cui tutta l'umanità è coinvolta, e inevitabilmente anche i mass media, sarebbe opportuno adottare qualche strategia per difendersi da queste "saette" fuorvianti, ad esempio, come suggerisce la psicologa Guendalina Graffigna dell'Università di Milano, «allenando il senso critico e dando credito solo a fonti di informazione autorevoli anche se, purtroppo, a volte sono autoreferenziali tanto da essere messe in discussione in quanto il modo di comunicare appare antico... se non desueto». E se è vero che intelligenza ed onestà intellettuale fanno l'uomo saggio, è purtroppo altrettanto vero, come sosteneva il poeta e filosofo tedesco Johann C. F. von Shiller (1759-1805), che contro la stupidità gli stessi Dei lottano invano.







Previdenza

A cura di
Claudio Testuzza

Esperto in tematiche previdenziali

ENPAM

Medici: approvato il bilancio di previsione per il 2021

L'Assemblea nazionale dell'Enpam ha approvato il bilancio previsionale della Fondazione, che per il 2021 conta di far segnare un saldo positivo di circa 470 milioni di euro.

Si tratta come sempre di previsioni elaborate nel rispetto del principio della prudenza, tenendo conto che la gestione reale potrà poi determinare ulteriori miglioramenti di tale risultato di cui si avrà riscontro nel bilancio consuntivo.

La stima è che il maggior apporto nel 2021 proverrà dagli investimenti per circa 372 milioni di euro e solo in misura minore dai contributi versati dagli iscritti. Per quanto attiene alla gestione previdenziale e assistenziale, l'Ente pensionistico dei camici bianchi prevede infatti entrate contributive pari a circa 2,8 miliardi di euro (in calo per effetto del Covid) a fronte di prestazioni per circa 2,6 miliardi di euro in aumento.

Il tutto dunque, con un saldo positivo pari a 215 milioni di euro.

Ad oggi sono stati 78.110 i medici e i dentisti che hanno ricevuto il bonus straordinario Enpam fino a 3mila euro destinato ai professionisti danneggiati dal Covid. A questi si sommano i 1.002 medici che hanno beneficiato di un'indennità di quarantena, con altri 528 casi che verranno liquidati appena ricevuta tutta la documentazione. La Fondazione ha anche anticipato i sussidi statali da 600/1000 euro a circa 43mila iscritti.

“L'esigenza di tutelare gli iscritti in difficoltà a causa dell'emergenza Covid con tutele e misure straordinarie – ha detto il presidente, Alberto Oliveti – ha reso necessaria una variazione al bilancio di previsione 2020 e un incremento delle risorse stanziato per le prestazioni. Tuttavia, anche quest'anno abbiamo mantenuto un saldo positivo grazie al quale stiamo progettando nuove misure di welfare per i nostri iscritti. Ora proporremo nuovi interventi per il Covid-19, come per esempio assegni per i contagiati in isolamento, ricoverati o in terapia intensiva. Allo stesso tempo ci sembra doveroso essere autorizzati a farci carico delle spese funerarie dei medici e degli odontoiatri caduti per il Covid. Bisogna però essere chiari su un punto: dovremo cercare di coinvolgere la categoria che invece ora appare frastornata e divisa persino sulle misure adottate in questo momento di pandemia”.

Dal 2012 al 2019 mentre il patrimonio gestito dalla Fondazione è aumentato da 12 a 23 miliardi, con più di 5 miliardi frutto degli investimenti, il costo per gli organi di gestione dell'Enpam è invece diminuito del 25%.

L'Assemblea nazionale, su proposta del Presidente e con l'86 per cento dei voti favorevoli, ha approvato un'ulteriore riduzione del 10 per cento dei compensi e la fissazione per tutto il quinquennio di un tetto complessivo annuale di 3,16 milioni di euro per gli organi di amministrazione e controllo.



La mozione AAROI-EMAC presentata all'Assemblea Nazionale ENPAM

Nel corso dell'Assemblea Nazionale ENPAM, il Dr Antonio Amendola - Tesoriere Nazionale e Presidente AAROI-EMAC Puglia - in qualità di membro eletto ha chiesto di mettere a verbale la seguente dichiarazione al fine della ulteriore massima trasparenza dell'Ente:

"Il Dr Antonio Amendola richiede che:

1) nel Bilancio consuntivo dell'ENPAM risultino chiaramente e nominativamente indicate, anche come allegato, tutte le somme percepite in corso d'anno sia come compensi e indennità di partecipazione che sotto qualsiasi altra forma comprese le consulenze attribuite a personale interno e/o a membri degli Organi Statutari e che esse rientrino nella sommatoria complessiva dei compensi.

2) risulti allegato al Bilancio un elenco nominativo che quantifichi le consulenze esterne attribuite in corso d'anno dall'ENPAM e un elenco nominativo delle somme comunque attribuite come compenso a soggetti esterni in corso d'anno.

3) si deliberi già da subito un forte e chiaro abbattimento dei compensi e delle indennità di partecipazione previsti per tutti gli Organi Statutari, anche in considerazione della drammaticità del momento economico, sociale e sanitario attraversato da tutto il Paese e pari almeno al 20% del monte compensi 2020".

Tale proposta è poi diventata una mozione ammessa al voto insieme con la proposta del Presidente in carica dell'ENPAM, Dr Alberto Oliveti, e insieme a quella formulata da alcuni OMCEO. In fase di votazione, la prima proposta posta ai voti

della Assemblea Nazionale è stata quella del Presidente Oliveti che ha raccolto: 148 voti favorevoli, 15 voti contrari e 9 astenuti. Tale risultato ha purtroppo reso inutile che si esprimesse un voto per le altre due mozioni, che a nostro avviso avrebbero condotto ad un miglior risultato.

La delibera proposta dal Presidente ENPAM, così come approvata, prevede una eventuale riduzione del 10% in caso di mancato raggiungimento di ognuno dei seguenti obiettivi, con la conseguente riduzione massima del 30% della indennità di carica annuale che resta fissata a 280.000/00 euro:

- a) rispetto del prescritto equilibrio trentennale della gestione previdenziale
- b) rispetto della riserva legale quinquennale
- c) utile di esercizio.

La delibera approvata prevede inoltre per il Presidente ENPAM un tetto di spesa dell'importo complessivo per indennità di partecipazione a riunioni connesse alla carica pari al 20% della indennità di carica, e quindi pari a 56.000/00 euro annui solo per tale specifica indennità.

Nulla è previsto in merito alla evidenziazione nominativa di altri proventi derivanti a Componenti gli Organi Statutari da parte dello stesso ENPAM così come era stato richiesto da AAROI EMAC.

La nostra Associazione continuerà a maggior ragione la sua azione all'interno dell'Ente, affinché i nostri Iscritti non siano soltanto suoi Contribuenti passivi, ma possano avervi voce e rappresentanza per altre iniziative che ne rendano meno ostile la percezione che esso attualmente genera nei Colleghi.

ONAOSI

Bilancio 2018 positivo per la Corte dei Conti

Più di 3500 ragazzi assistiti, 11 strutture distribuite in tutta Italia, con oltre 145 mila contribuenti che assicurano fondi necessari anno dopo anno affinché la Fondazione Onaosi, l'Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani non si fermi. **Una storia di mutuo soccorso, tra le più antiche d'Italia, e che quest'anno compie 146 anni.** Era il 1874 quando un medico di Forlì, Luigi Casati, colpito dalla storia di una bambina alla quale era morto il padre medico e che, per sopravvivere, offriva il proprio corpo, decise di creare questa fondazione. Da allora, l'opera non si è più fermata. E la Corte dei Conti ha potuto certificare in questi giorni un'attività proficua della fondazione ed un bilancio 2018 ancora una volta positivo anche se ha dovuto evidenziare come la Fondazione debba comunque proseguire nello "sforzo" per la diminuzione dei costi di funzionamento che seppur in calo ammontano al 44,89%. Infatti l'incidenza dei costi delle prestazioni sul totale dei costi di funzionamento appare ancora non equilibrata ed induce nuovamente la Corte a richiamare l'attenzione degli organi della Fondazione sui costi complessivi, continuando nello sforzo già intrapreso nel 2017 verso una loro ulteriore diminuzione.

La Fondazione nel 2018 ha garantito l'accoglimento di un numero di domande di assistenza, i cui costi si sono attestati sul valore di 16 mln di euro (17 mln nel 2017), ciò a fronte di una flessione del numero degli iscritti e, quindi, dei proventi della contribuzione, che nell'esercizio in esame è diminuita ulteriormente rispetto al passato, attestandosi a circa euro 22,36 mln (22,67 mln nel 2017). Nell'esercizio 2018 i dati di consuntivo evidenziano un utile di esercizio di euro 91.661, anche per tale anno in diminuzione rispetto a quello dell'esercizio precedente, pari a euro 94.880.

A fronte di un risultato – rileva poi la Corte - della gestione caratteristica (euro 10.009.718) che migliora rispetto al 2017 (euro 10.962.594), ma che rimane comunque negativo, l'utile dell'esercizio del 2018 è da ricondurre all'andamento del saldo delle partite finanziarie, che, sia pur in decremento, (da euro 12.122.888 nel 2017 a euro 11.093.818

dell'esercizio in esame), ha sostenuto le attività della Fondazione mediante i proventi degli investimenti in titoli. A tal proposito si evidenzia che il risultato della gestione finanziaria ha registrato una plusvalenza di circa 4,2 milioni di euro derivanti dalla vendita di titoli. Dal rendiconto finanziario emerge che nell'esercizio in esame permane la capacità di affrontare gli impegni finanziari a breve termine e quella di autofinanziamento dell'Ente, considerato che il flusso finanziario dell'attività operativa, passato da euro 751.685 nel 2017 ad euro 1.076.726 nel 2018, si riflette positivamente nel conto economico e genera la liquidità necessaria per finanziare la gestione futura.

*"Lente – ha affermato il presidente Onaosi, **Serafino Zucchelli** – sulla base positiva data dalla Corte al suo bilancio potrà garantire, ancora oggi ed anche per il futuro, un sostegno concreto fatto di aiuti finanziari ai ragazzi rimasti orfani o in difficoltà. Un aiuto per farli studiare, ma soprattutto farli diventare non solo professionisti seri, ma anche cittadini responsabili".*

La nostra Associazione, che all'interno dell'Onaosi è rappresentata dal Presidente Dr A. Vergallo nel CdA e dal Tesoriere Dr A. Amendola nel CdI, continuerà la sua azione all'interno dell'Ente, affinché i nostri Iscritti possano avervi voce e rappresentanza per tutte le iniziative finalizzate a renderlo sempre più efficiente per le famiglie dei Colleghi in difficoltà.



La previdenza nella Legge di Bilancio per il 2021*

Nel testo della bozza della legge di bilancio per il 2021 ci si aspettava un intervento organico di riforma dei diversi aspetti previdenziali in parte suggerito negli incontri fra Ministero del lavoro e le organizzazioni sindacali delle ultime settimane. È nata solamente una modesta revisione di "proroghe" di alcune attuali disposizioni e qualche minuto intervento risarcitorio.

Opzione Donna

La normativa vigente prevede per le dipendenti con almeno 57 anni di età (58 anni per le lavoratrici autonome) e 35 anni di anzianità, la possibilità di optare per la liquidazione della pensione calcolata interamente con il sistema contributivo, la nuova disposizione ne prevede l'estensione alle lavoratrici che maturano i requisiti anagrafici e contributivi entro il 31 dicembre 2020.

Ape Sociale

I lavoratori in determinate condizioni che abbiano compiuto almeno 63 anni di età e che non siano già titolari di pensione diretta potranno prorogare l'anticipo pensionistico fino al 31 dicembre 2021. In particolare potranno beneficiare dell'indennità anche coloro che non hanno beneficiato della prestazione di disoccupazione per carenza del requisito assicurativo e contributivo.

Requisiti di anzianità ai fini pensionistici nel part time verticale ciclico

La disposizione prevede che il periodo prestato con contratto di lavoro a tempo parziale sia da considerarsi per intero utile ai fini dell'acquisizione del diritto alla pensione. Si ricorda che per i dipendenti pubblici è già previsto che ai fini dell'acquisizione del diritto alla pensione a carico dell'amministrazione interessata e del diritto all'indennità di fine servizio, gli anni di servizio ad orario ridotto siano da considerarsi utili per intero.

Pensioni d'oro e perequazione automatica

La disposizione introdotta dalla legge di bilancio per il 2021 mira a dare attuazione alla sentenza della Corte costituzionale n. 234 del 2020 riducendo da cinque anni a tre anni l'ambito di applicazione delle riduzioni delle pensioni i cui importi sono superiori a 130.000 euro (c.d. pensioni d'oro). Non prorogata, all'ultimo momento la disposizione in materia di perequazione

automatica dei trattamenti pensionistici prevista, nella prima formulazione, sino al 2023, ma così non impedendo tuttavia che le pensioni possano incrementarsi il prossimo anno, essendo prevista, comunque, una variazione dello 0,0%!

E veniamo a qualche aspetto positivo:

Indennità di esclusività

Al fine di valorizzare il servizio della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria presso le strutture del Servizio sanitario nazionale, a decorrere dal 1° gennaio 2021, gli importi annui lordi, comprensivi della tredicesima mensilità dell'indennità di esclusività, (ricordiamo utile ai fini pensionistici), sono incrementati del 27%.

Anche per gli infermieri la nuova norma ha previsto, nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale del triennio 2019-2021 relativa al comparto sanità, il riconoscimento di una indennità di specificità infermieristica, quale parte del trattamento economico fondamentale.

La disposizione della legge di bilancio prevede anche la possibilità per le aziende e per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, verificata l'impossibilità di procedere al reclutamento di personale, di trattenere in servizio i dirigenti medici e sanitari, nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli operatori socio-sanitari, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza.

Si autorizza il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con durata non superiore a 6 mesi, e comunque entro il termine dello stato di emergenza, a dirigenti medici, veterinari e sanitari nonché al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, anche ove non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo, nonché agli operatori sociosanitari collocati in quiescenza. Infine la nuova disposizione prevede che, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, fino al 31 marzo 2021, sia possibile rinnovare o prorogare, per un periodo massimo di 12 mesi e per una sola volta, i contratti di lavoro subordinato a tempo determinato anche in deroga alle disposizioni sul numero massimo delle proroghe e sulla durata massima di 36 mesi.

**articolo del 17 Novembre 2020*

L'anticipo del Trattamento di Fine Servizio diventa realtà

Ci sono voluti quasi due anni ma finalmente la possibilità di richiedere l'anticipo del trattamento di fine servizio (TFS/TFR) per i pensionati è diventata realtà.

La possibilità di ottenere un anticipo di quanto spettante era nata all'inizio del 2019 in considerazione del fatto che quando un dipendente pubblico va in pensione deve aspettare alcuni anni prima di poter incassare integralmente la propria liquidazione. 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 ancora più lunga per coloro che abbiano lasciato o lascino il lavoro utilizzandola scappatoia della famosa Quota 100. Per costoro, quale evidente penalizzazione, 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: 67anni! Chi esce dal 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.

Nella circolare n. 130 l'INPS era già intervenuta riguardo la possibilità per i dipendenti delle Amministrazioni pubbliche nonché per il personale degli enti pubblici di ricerca di richiedere alle banche o agli altri intermediari finanziari, che aderiscono ad un apposito accordo quadro, il finanziamento dell'indennità di fine servizio comunque denominata, per un importo non superiore a 45.000 euro, sulla base di apposita certificazione rilasciata dall'ente responsabile per l'erogazione di tale indennità. Adesso con il messaggio n. 4315 del 17 novembre l'INPS ha finalmente pubblicato le istruzioni che ogni interessato deve seguire per richiedere l'atteso anticipo TFS/TFR fino a 45 mila euro, sbloccato a metà ottobre, grazie l'accordo d'amministrazione dell'INPS. I soggetti interessati possono presentare richiesta di finanziamento di

una somma pari all'importo dell'indennità di TFS maturata, alle banche o agli intermediari finanziari che aderiscono a un apposito accordo quadro. Possono chiedere l'anticipo del TFS/TFR, non ancora liquidato dall'ente erogatore: i dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, co. 2 del D.Lgs. n. 165/2001; il personale degli enti pubblici di ricerca, cui è liquidata la pensione in "quota 100": i soggetti che accedono, o che hanno avuto accesso, prima del 29 gennaio 2020 (data di entrata in vigore del D.L. n. 4/2020), al trattamento di pensione. Il lavoratore pubblico interessato dovrà richiedere all'Ente erogatore del TFS/TFR la certificazione del diritto all'anticipazione. Se l'ente che eroga il trattamento è l'INPS, la domanda dovrà essere presentata secondo le istruzioni indicate nell'apposita sezione del portale dell'Istituto. Se il trattamento è erogato direttamente dalla propria amministrazione la domanda di certificazione del diritto all'anticipo sarà presentata seguendo le indicazioni fornite dal proprio datore di lavoro. La domanda di certificazione del diritto all'anticipo TFS/TFR deve essere presentata dal richiedente all'ente erogatore. Il richiedente in possesso della predetta certificazione presenta la domanda di anticipo TFS/TFR alla banca, con allegati questi documenti: certificazione del diritto al TFS/TFR e del relativo ammontare complessivo; la proposta di contratto di anticipo TFS/TFR debitamente sottoscritta dallo stesso richiedente; la dichiarazione sullo stato di famiglia. L'Inps ha specificato, inoltre, che dal 18 novembre 2020 la domanda di quantificazione del TFS/TFR potrà essere presentata, anche per il tramite i patronati. L'onere che devono sostenere gli interessati a favore degli istituti finanziatori per il contratto di cessione varia a secondo gli anni di anticipazione da un minimo dell'0,4% a un massimo dell'8,858 %. Il costo dell'operazione viene parzialmente mitigato dalla detassazione spettante per ogni anno di differimento nella erogazione della prestazione pari all'1,5 % e sino ad un massimo del 7,5% , per attese da cinque anni in avanti.

Le Donne (anche medico) sono svantaggiate quando vanno in pensione

Le differenze di genere sul mercato del lavoro si riflettono anche sulle pensioni, che per le donne sono più basse. È l'effetto di carriere più brevi e stipendi inferiori a quelli degli uomini.

Un recente rapporto della Commissione europea rivela che le pensioni maschili sono circa il 40% più alte di quelle femminili e che ci sono forti differenze tra i paesi. Ci sono per esempio punte del 45-46% in Olanda e Germania e soglie al di sotto del 15% in vari stati dell'Est europeo. L'Italia è intorno al 36%, vicino ad altri paesi del Sud Europa

Per quanto si siano ridotte globalmente negli ultimi dieci anni, le asimmetrie salariali tra donne e uomini vanno accentuandosi in alcuni paesi e persistono nonostante le donne siano più brave degli uomini negli studi. In Italia il numero di donne lavoratrici laureate è di circa 3,5 milioni e supera quello dei colleghi maschi, che si fermano a 2,9 milioni. Eppure, un uomo con un titolo accademico guadagna in media 48mila euro lordi all'anno, mentre una donna solo 36mila, con un differenza del 33,3%. Il divario retributivo incide sul reddito femminile lungo tutto l'arco di vita. Guadagnando meno degli uomini, anche durante la pensione, le donne sono più esposte al rischio di povertà in vecchiaia.

In Italia, in generale, un numero inferiore di donne lavora. E quando lavorano lo fanno per un minor numero di anni nell'arco della vita e più spesso in part time. Le differenze di genere sul mercato del lavoro si riflettono quindi nelle pensioni: carriere più brevi e salari femminili più bassi di quelli maschili diventano pensioni più basse per le donne.

Nel 2018-secondo l'Osservatorio Inps su prestazioni pensionistiche e beneficiari - il 44,5% delle donne poteva contare su redditi da pensione complessivi inferiori o pari a 1.000 euro a fronte di appena il 27,4% degli uomini. Se invece si va a guardare la classe di redditi più alta ovvero quella con almeno 5.000 euro al mese, gli uomini sono 228.784, il 3% dei pensionati maschi, mentre le donne sono appena 56.661, lo 0,7% delle pensionate femmine. Per gli uomini con i redditi più alti si spendono

19 miliardi a fronte dei 4,3 che si spendono per le donne con i redditi oltre i 5.000 euro.

Riferendoci soprattutto a queste variabile, si fa normalmente riferimento alle sole prestazioni erogate dall'INPS, dimenticando però che il primo pilastro è garantito in Italia anche da gestioni privatizzate quali le Casse dei liberi professionisti. Anche il mondo femminile medico mostra differenze sostanziali sia nell'ambito del reddito che nell'ambito pensionistico. Per il Fondo dei Medici di Medicina generale la contribuzione maschile doppia quella delle donne con ancora uno scarto, anche se più modesto, rispetto al reddito medio per quanto si riferisce all'Assistenza primaria, mentre il divario appare maggiore in ambito pediatrico e nella Continuità assistenziale.

Dove la condizione appare davvero sperequata, ma in parte comprensibile per le variazioni temporali di presenza dei due sessi iscritti in passato, si riscontra, poi, nell'importo pensionistici che a fronte dei 450 milioni complessivi dei trattamenti, alle donne vanno appena 50 milioni di euro!

Per quanto attiene il Fondo della specialistica ambulatoriale, dove le donne hanno raggiunto numericamente gli uomini, i raffronti sul reddito medio mantengono una differenza, maggiore al centro ed al sud Italia rispetto al nord, in relazione ad un maggior numero di ore di attività attribuite ai medici maschi più anziani.

Tuttavia dobbiamo rilevare che le Casse di Previdenza privatizzate sono impegnate da alcuni anni nel sostenere i propri iscritti attraverso innovative politiche di welfare, volte a migliorare sotto molteplici aspetti e durante l'intera carriera la vita privata e professionale dei rispettivi iscritti. Ciò non può che declinarsi in percorsi e servizi differenziati per ogni singolo ente, ognuno dei quali ha evidentemente una differente platea di professionisti di riferimento e deve quindi adattarne i servizi in base ai rispettivi bisogni

Quesiti dal web

L'AAROI-EMAC risponde

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



L'Azienda in cui lavoro non intende riconoscermi il corrispettivo della retribuzione di posizione fissa e variabile che mi spetta sulla base del CCNL 2016-2018. Lavoro senza soluzione di continuità dal 2010, anche se ho firmato a tempo indeterminato solo nel 2017. Tuttavia mi risulta che l'attuale contratto non faccia più alcuna distinzione tra lavoro determinato e ruolo, ma parli di anzianità di servizio complessiva. È corretto?

Sì, è corretto.

Ti dev'essere assegnato un incarico tra quelli ricompresi nell'art. 18, ovviamente escluso quello di struttura complessa il cui conferimento è soggetto a pubblico concorso. Relativamente alla parte fissa della retribuzione, essa deve corrispondere a quella, almeno di un incarico tra quelli di cui all'art.18 paragrafo II lettera "c" del CCNL 2016-2018, il cui importo è € 423,07 lorde per tredici mensilità. A margine segnaliamo che la variabile andrà rimodulata in funzione della tipologia di incarico assegnato, della graduazione delle funzioni e della capienza del relativo fondo.

Ho maturato l'anzianità dei 5 anni di servizio il 4 febbraio 2020, la direzione sanitaria del mio ospedale si è riunita ai primi di novembre giudicandomi idonea. Ho letto il verbale in cui dichiarano che la mia posizione sarà saldata a partire dal primo marzo. Dal 5 febbraio al primo marzo perderò 25 giorni di adeguamento?

L'articolo 5 comma 6 del CCNL 2000/2001 recita testualmente:

(...) *L'indennità - se la verifica è positiva - decorre dal primo giorno del mese successivo alla maturazione dell'esperienza richiesta.*

Dunque, l'Azienda, ha ragione.

Avrei bisogno di avere conferma in merito all'opportunità di procedere in prima battuta ad aumentare la parte fissa e non la variabile del fondo di posizione nel caso fosse necessario spostare massimo il 30% dal fondo di risultato per incapienza del fondo di posizione.

Il fondo per lo stipendio di posizione (*rectius*: fondo per la retribuzione degli incarichi) è quello dal quale, tra le altre cose, si attinge per la remunerazione, appunto, dell'incarico conferito.

Il nuovo contratto prevede un incremento della posizione fissa. Ove la capienza del fondo non consentisse l'adeguamento della parte fissa, lo stesso avverrà a spese della variabile che si abbasserà fino al punto di raggiungere la somma contrattualmente dovuta. Ove ciò non fosse sufficiente, si provvederà a trasferire, per una concorrenza massima del 30%, il fondo di cui all'art. 95 (fondo per la retribuzione del risultato).

Il trattamento pensionistico è differente, ed è più vantaggioso quello sulle voci fisse.

È possibile da parte del Direttore SC la predisposizione di turni che includano una o più ore in eccesso (oltre le 38/settimana)?

A proposito delle ore straordinarie il contratto nazionale recita:

Art. 30 Lavoro straordinario

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 15, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., le prestazioni di lavoro straordinario sono rivolte a fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 66/2003 e, pertanto, non posso-

no essere utilizzate come fattore ordinario di programmazione del tempo di lavoro e di copertura dell'orario di lavoro. Esse sono consentite ai dirigenti, per i servizi di guardia e di pronta disponibilità. Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze di servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite.

In sintesi le ore di straordinario "sono rivolte a fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali...e, pertanto, non possono essere utilizzate come fattore ordinario di programmazione."

Dato che "Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi" è necessario che ciascuno richieda il recupero ore con lettera protocollata o pec all'Azienda per evitare il pagamento (circa 20 €/ora).

Prossimamente dovrei iniziare lo smaltimento delle ferie non godute in quanto cesserò dal servizio per raggiunti limiti di età.

Data l'emergenza COVID, è stata diffusa una nota in cui si invitano i dirigenti a non concedere ferie.

A questo punto vorrei sapere se dovrò perdere le ferie che mi spettano e/o se ne avrò diritto alla retribuzione sostitutiva.

Riguardo al caso in esame il CCNL affronta così l'argomento:
Art. 33

Ferie e recupero festività soppresse

10. Le ferie maturate e non godute per esigenze di servizio sono monetizzabili solo all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, nei limiti delle vigenti norme di legge e delle relative disposizioni applicative. Fermo restando quanto sopra, il compenso sostitutivo è determinato per ogni giornata, con riferimento all'anno di mancata fruizione prendendo a base di calcolo la retribuzione di cui al comma 1.

In un rapporto a tempo determinato quanto dura il periodo di preavviso per recedere dall'attuale contratto? In tali rapporti di lavoro è previsto un periodo di prova?

Art. 109

Trattamento economico – normativo dei dirigenti con contratto a tempo determinato

2. Il dirigente assunto a tempo determinato, in relazione alla durata prevista del rapporto di lavoro, può essere sottoposto ad un periodo di prova, secondo la disciplina, dell'art. 12 (Periodo di prova), non superiore comunque a due settimane per i rapporti di durata fino a sei mesi e di quattro settimane per quelli di durata superiore. In deroga a quanto previsto dall'art. 12 (Periodo di prova), in qualunque momento del periodo di prova, ciascuna delle parti può recedere dal rapporto senza obbligo di preavviso né di indennità sostitutiva del preavviso, fatti salvi i casi di sospensione indicati nei citati articoli. Il recesso opera dal momento della comunicazione alla controparte e ove posto in essere dall'Azienda o Ente deve essere motivato.

4. In tutti i casi in cui il presente CCNL prevede la risoluzione del rapporto con preavviso o con corresponsione dell'inden-

nità sostitutiva dello stesso, ad eccezione di quelli previsti dal comma 9 dell'art. 108 (Assunzioni a tempo determinato) e del comma 2 del presente articolo, per il rapporto di lavoro a tempo determinato il termine di preavviso è fissato in un giorno per ogni periodo di lavoro di 15 giorni contrattualmente stabilito e, comunque, non può superare i 30 giorni nelle ipotesi di durata dello stesso superiore all'anno. In caso di dimissioni del dirigente, i termini sono ridotti alla metà, con arrotondamento all'unità superiore dell'eventuale frazione di unità derivante dal computo.

Nel caso di rapporto con contratto a tempo indeterminato si ha diritto all'aspettativa in caso di chiamata a tempo indeterminato presso un altro ospedale pubblico, o la stessa può essere concessa a discrezione della ASL?

L'aspettativa per passaggio da tempo indeterminato a tempo indeterminato può (non deve) essere concessa per il solo periodo di prova.

Quest'ultimo sarà condonato nel caso in cui sia già stato superato presso altra sede o nel caso siano già stati effettuati 12 mesi a tempo determinato in altra/e Azienda/e. In nessuno dei due casi è prevista l'aspettativa.

È possibile destinare colleghi Anestesisti Rianimatori a svolgere turni di pronto soccorso?

La Dirigenza Medica è suddivisa in specializzazioni equipollenti, affini e non. Il DM 31 gennaio 1988 disciplina le procedure concorsuali per il personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale, declinando in apposite tabelle equipollenze ed affinità. Il DPR 384 del 1997, all'articolo 4 comma 1 lettera "b" indica, quale requisito di ammissione al concorso pubblico per l'accesso alla Dirigenza Medica, il possesso della specializzazione nella disciplina oggetto dello stesso.

Da ciò consegue che ciascun Dirigente medico possa/debba effettuare esclusivamente prestazioni afferenti alla propria disciplina.

In considerazione del fatto che la disciplina Anestesia e Rianimazione non sia equipollente né affine ad alcun'altra disciplina, la conseguenza è che al quesito non può che essere data una risposta negativa. La nostra Associazione ha peraltro, attraverso il proprio Presidente Nazionale, già provveduto a diffidare tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, dall'utilizzare i Medici Anestesisti Rianimatori in discipline che non siano equipollenti o affini.

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**