

il nuovo Anestesista Rianimatore

MARZO - APRILE
2021
2
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

**Il nostro APPELLO alle ISTITUZIONI:
vogliamo RISPOSTE CONCRETE!**

**Elezioni ONAOSI:
un voto importante**

**SET 118, il Position Paper
SIAARTI – AAROIEMAC – CPAR**

**PreOpApp
Dal Premio Rambaldi agli Store**

Sommario

- 3 Editoriale**
Elezioni ONAOSI, vota per il nostro Ente!
- 4 La Lettera**
L'AAROI-EMAC scrive alle Istituzioni: vogliamo risposte concrete!
- 10 Riforma SET 118**
Il Position Paper SIAARTI – AAROI-EMAC – CPAR
- 12 Scuola**
Una retromarcia che non ci è piaciuta
- 14 Formazione**
Il Webinar AAROI-EMAC
- 16 COSMED**
Rinnovo dei Contratti
- 18 Dalle Regioni**
Gli ultimi interventi delle Sezioni Regionali
- 24 IntensiveApp**
Diventa realtà il progetto vincitore del Premio Rambaldi
- 26 Libri**
L'emergenza sanitaria attraverso le parole di due Colleghi
- 28 Il Contributo**
Medici che si ammalano
- 32 Assicurazione**
Estensione Gratuita Copertura Assicurativa per Campagna Vaccinale Covid-19
- 33 AAROI-EMAC risponde**
Previdenza: Gli articoli dell'Esperto
- 36 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 PIERGIORGIO 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 Virinale 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 07-04-2021

Elezioni ONAOSI 2021-2026, un voto importante per tutti

Carissimi,

TRA ALCUNI GIORNI TUTTI I COLLEGHI CHE SONO CONTRIBUENTI DELLA FONDAZIONE ONAOSI RICEVERANNO CON PLICO POSTALE LA DOCUMENTAZIONE PER ESPRIMERE CON IL LORO VOTO, SEMPRE VIA POSTA, LA PREFERENZA PER GLI ORGANI DI GESTIONE DELL'ENTE.

IL TERMINE DI VOTO SARÀ IL 21 GIUGNO 2021.

Il timing è sintetizzato al seguente link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=22533> ed è pubblicato nell'ultima pagina di questo numero della nostra rivista.

Come ben sapete, la Fondazione ONAOSI è un Ente la cui contribuzione ai fini solidaristici è obbligatoria per i Collegli Pubblici Dipendenti, ai quali viene operata una piccolissima trattenuta in busta paga, peraltro fiscalmente dedotta alla fonte, e facoltativa per tutti gli altri, i quali possono aderirvi volontariamente. L'ONAOSI è un patrimonio prezioso per tutti i Collegli che vi contribuiscono, in quanto garantisce aiuto concreto e fattivo, sia attraverso l'ospitalità direttamente fornita nei Collegli esistenti a Perugia ed in molte altre città, sia attraverso l'erogazione di sostegno economico diretto ai tanti aventi diritto che l'Ente assiste, vale a dire i figli dei Contribuenti a cui una vita interrotta da eventi luttuosi o comunque resa difficoltosa da eventi avversi non ha concesso di poter loro garantire un futuro sufficientemente sereno.

Ma le meritorie attività dell'ONAOSI a favore dei propri assistiti sono tali e tante che è impossibile elencarle in questa sede, cosa che sarà fatta con specifiche informazioni al riguardo nelle prossime settimane, anche al fine di far meglio conoscere quest'Ente ai tanti Collegli che ne sentono magari parlare, ma non sempre purtroppo con cognizione di causa quanto a finalità e mission, alle quali l'AAROI-EMAC collabora, attraverso la presenza nei suoi Organi di Gestione di propri esponenti di livello nazionale, da due quinquenni.

La scelta dell'AAROI-EMAC di entrare a far parte degli Organi di Gestione dell'ONAOSI ebbe le sue ragioni per la prima volta nel 2011, affinché il Nostro Sindacato, candidando come Componenti di tali Organi suoi esponenti all'interno di una Lista Unitaria costituita insieme alle altre OO. SS. Mediche, potesse dar la giusta rappresentanza ai Collegli Contribuenti nella mission della Fondazione, nella quale fino a quell'anno la nostra Associazione non aveva propri riferimenti a tal fine. Nel 2011 riuscimmo a raggiungere quest'importante obiettivo, ripetendone il successo nel 2016, ed oggi si configura l'opportunità – imperdibile – di conseguirlo nuovamente, dando continuità ad una crescente rappresentatività dell'AAROI-EMAC nella Fondazione, cosa che finora è stata fatta da precedenti Collegli nel quinquennio precedente, e dal sottoscritto come Componente del CdA e dal Dr Antonio Amendola come Componente del Cdl nel quinquennio che sta per concludersi.

Anche per questa tornata elettorale, 2021-2026, l'Intersindacale della Dirigenza Medica (ANAAO-ASSOMED, AAROI-EMAC, CIMO, CISL MEDICI, CGIL FP, FASSID, FESMED, FVM, UIL FPL) presenterà nei prossimi giorni una Lista Unitaria, stavolta denominata "ONAOSI FUTURA". In tale lista saranno presenti tre candidati AAROI-EMAC, ossia il sottoscritto, il Dr Antonio Amendola, Tesoriere Nazionale e Presidente AAROI-EMAC Puglia, e il Dr Luigi Zurlo, Vice Presidente AAROI-EMAC Lazio e Responsabile Nazionale degli Affari Legali.

L'obiettivo di mantenere adeguatamente la nostra rappresentanza nella Fondazione ONAOSI potrà avverarsi soltanto se entro il 21 Giugno prossimo venturo i Collegli Iscritti alla nostra Associazione, e per la loro parte quelli iscritti alle altre OO.SS. che con noi hanno costituito la suddetta Lista Unitaria, denominata "ONAOSI FUTURA", voteranno in gran numero imbucando le buste elettorali con la loro preferenza per tale Lista, consentendo all'AAROI-EMAC di continuare la sua opera di rappresentanza.

CHIEDO PERTANTO SIN D'ORA A TUTTI I COLLEGHI LA PIÙ AMPIA PARTECIPAZIONE AL VOTO, AL FINE DI NON PERDERE TALE CONTINUITÀ, NECESSARIA PER NON LASCIARE CHE ALTRI PRENDANO DECISIONI SULLE NOSTRE TESTE NELLA GESTIONE DI UN PATRIMONIO CHE È ANCHE DI NOI TUTTI. È SUFFICIENTE SOLTANTO IMBUCARE LA BUSTA IN UNA CASSETTA POSTALE!

LA FORZA DELL'AAROI-EMAC – NON DIMENTICHIAMOLO – DIPENDE SEMPRE DA QUANTO SIAMO IN GRADO DI DIMOSTRARE DI ESSERE UN CORPO UNICO CAPACE DI FAR VALERE I NOSTRI NUMERI, IN QUESTA COSÌ COME IN TUTTE LE SFIDE CHE AFFRONTIAMO COME ASSOCIAZIONE.

A tal fine, l'AAROI-EMAC ha già un piano operativo nel quale sono già stati coinvolti attivamente tutti i Presidenti Regionali, attraverso i quali, oltre che direttamente per iniziativa di livello nazionale del sottoscritto, tale piano operativo potrà agevolmente essere attuato massicciamente da tutti gli Iscritti alla nostra Associazione aventi diritto al voto per l'ONAOSI, che sono oltre 7.000!!!

VI RINGRAZIO SIN D'ORA PER QUANTO FARETE TUTTI, ANCHE INCORAGGIANDO IL VOTO DEI COLLEGHI NON (ANCORA) ISCRITTI ALLA NOSTRA ASSOCIAZIONE!

Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC



Lettera AAROI-EMAC

L'AAROI-EMAC alle Istituzioni: vogliamo risposte concrete!

Carissimi, il Presidente Nazionale e il Consiglio Direttivo Nazionale dell'AAROI-EMAC desiderano esprimere la massima solidarietà e vicinanza a tutti i Colleghi impegnati da un anno per combattere la Pandemia Covid-19, i quali continuano ad affrontare con abnegazione le perduranti difficoltà cliniche ed organizzative ad essa correlate. I turni di lavoro di gran lunga più impegnativi rispetto a quelli espletati in tempi "normali", aggravati dall'impossibilità concreta di regolari intervalli di riposo tra un turno e l'altro e da più o meno drastici blocchi delle ferie, si riverberano anche sulla vita privata e familiare di tutti i Colleghi, in particolare ma non solo per coloro i quali devono gestire a casa figli minori in DAD (Didattica a Distanza), rendendo sempre più difficoltosa la conciliazione del lavoro in ospedale con le incombenze extralavorative a cui essi devono far fronte come tutti i Cittadini. Inoltre, le condizioni di lavoro che ha dovuto e deve ancor oggi affrontare la categoria dei Medici che l'Associazione rappresenta, rese evidenti dalla Pandemia Covid-19, ma che anche in tempi "normali" sono ben più gravose di quelle di tutti gli altri Medici Ospedalieri, ci danno lo spunto per rilanciare la necessità di annoverare le attività in Rianimazione, nelle Sale Operatorie, nei Pronto Soccorso, nonché nel Sistema 118, tra quelle "usuranti", dalle quali invece continuano ad essere escluse.

Mossi da questi intenti, Il Presidente Nazionale e il Consiglio Direttivo dell'AAROI-EMAC hanno richiesto al Ministero della Salute ed agli Amministratori della Salute Pubblica delle Regioni e degli Ospedali di considerare gli Anestesisti Rianimatori Italiani e i Colleghi impegnati nei Pronto Soccorso e nel Sistema 118 come una preziosa risorsa a cui dare risposte concrete, sia sul versante propriamente lavorativo, sia su quello della conciliazione tra lavoro e vita privata, affinché lo straordinario esempio di professionalità e abnegazione al servizio del Sistema Sanitario che essi hanno dimostrato in questo ultimo anno, e che purtroppo sarà necessario ancora a lungo, non solo finché perdurerà la Pandemia Covid-19, ma anche, nel medio e lungo termine, per il recupero dei pesantissimi ritardi delle liste di attesa dei pazienti chirurgici, gravemente appesantite proprio dalla stessa Emergenza Sanitaria in corso.

Le nostre richieste, più in dettaglio, nella Lettera Aperta pubblicata di seguito.

*Dr Alessandro Vergallo
AAROI-EMAC
Presidenza Nazionale*



Lettera aperta alle Istituzioni di Governo del SSN

Ill.mo Ministro della Salute On. Roberto Speranza
Ill.mi Governatori Regionali
Ill.mi Assessori Regionali alla Sanità
Ill.mi Direttori Generali AUSL/AOU/IRCCS
e p.c. Agli Enti Privati Convenzionati con il SSN

In nome e per conto dei Medici Anestesisti Rianimatori Italiani e dei Colleghi impegnati nei Pronto Soccorso e nel Sistema 118 rappresentati dalla scrivente O.S. AAROI-EMAC, desideriamo richiamare la Vs attenzione verso le peculiari professionalità messe dai suddetti Lavoratori Ospedalieri al servizio del SSN e della Popolazione Italiana da ormai oltre un anno, per fornire le cure indispensabili a salvaguardare al meglio possibile, così come essi hanno dimostrato e stanno continuando a dimostrare di saper fare, la salute e la stessa vita dei Pazienti più gravemente colpiti dalla Pandemia Covid-19.

Tale impegno, che anche a causa delle note pluriennali carenze di personale medico specialista nei settori ospedalieri più critici – le Sale Operatorie, le Rianimazioni ed i Pronto Soccorso – dove lavorano i Medici rappresentati dall'AAROI-EMAC, è stato ed è ancora straordinario, deve continuare a trovare risposte concrete sia alle notevoli difficoltà organizzative del lavoro correlate alla Pandemia, che purtroppo a tutt'oggi non accenna a risolversi a breve, sia ai riverberi pesantissimi sulla vita privata e familiare dei nostri Colleghi, che colpiscono in particolare chi deve gestire a casa figli minori in DAD (Didattica a Distanza), tra blocco delle ferie, fruizione sincopata dei riposi, a cui spesso si sommano turni di lavoro di gran lunga più impegnativi rispetto a quelli espletati in tempi "normali".

In prospettiva, a prescindere da quanto tempo richiederà la risoluzione dell'attuale stato di Emergenza Sanitaria, a breve si renderà necessario organizzare una pur graduale ripresa degli interventi chirurgici, le cui liste di attesa sono state gravemente appesantite proprio a causa della Pandemia, per la riduzione delle quali l'impegno lavorativo richiesto ai nostri Colleghi è destinato a restare altissimo.

Non va poi tralasciata la necessità ormai inderogabile di correggere la deriva che nel corso degli anni ha preso il Sistema di Emergenza 118, anch'esso rivelatosi essenziale per affrontare la Pandemia Covid, ma lasciato ad autonomie regionali che solo in alcuni pochi casi hanno saputo e potuto correttamente impiegare per tale servizio pre-ospedaliero personale medico realmente formato e competente per le emergenze e per le urgenze, reclutando Medici dei due settori specialistici ospedalieri di riferimento, vale a dire Anestesisti Rianimatori e Medici d'Emergenza-Urgenza, mentre molte altre lo hanno progressivamente ridotto ad un inutile succedaneo della cosiddetta guardia medica, relegandolo ad un precariato in attesa di un posto da medico di famiglia.

Inoltre, le condizioni di lavoro che ha dovuto e deve ancor oggi affrontare la categoria dei Medici che l'Associazione rappresenta, rese evidenti dalla Pandemia Covid-19, ma che anche in tempi "normali" sono ben più gravose di quelle di tutti gli altri Medici Ospedalieri, ci danno lo spunto per rilanciare la necessità di annoverare almeno le attività in Rianimazione, nelle Sale Operatorie, nei Pronto Soccorso, nonché nel Sistema 118, tra quelle "usuranti", dalle quali invece continuano ad essere escluse.

Infine, richiamiamo l'attenzione su un'ormai cronica ed ingravescente colpevolizzazione, sia in ambito civile, sia ancor più in ambito penale, di ogni attività sanitaria, medica in particolare, a cui la Pandemia ha dato, sin dal suo esordio, una intollerabile esacerbazione. Gli ultimi accadimenti correlati alle ipotesi di eventi avversi da vaccinazione per Covid-19 hanno portato in queste ore a manifestazioni di volontà politiche di voler istituire, per evitare rischi di imputazioni giudiziarie a carico dei sanitari coinvolti nella campagna vaccinale, un apposito "scudo penale", che invece riteniamo debba essere nell'immediato esteso a tutta l'attività sanitaria prestata per le cure Covid-correlate, ma che deve diventare il punto di partenza per poter finalmente ricondurre a breve la responsabilità penale medica, in Italia, a criteri analoghi a quelli vigenti nel resto del mondo civile, dove gli eventuali eventi avversi in sanità non sono trattati, a differenza di quanto avviene nel nostro Paese per ogni ipotesi di comportamento colposo, praticamente alla stregua di un delitto.

A fronte di quanto sopra, chiediamo con la presente che sia i Decisori Politici Nazionali cui compete la gestione del SSN, sia gli Amministratori Regionali cui compete la gestione dei rispettivi SSRR, sia gli Amministratori degli Enti Ospedalieri del SSN, si coordinino per l'emanazione, la riedizione e l'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale dei provvedimenti normativi necessari affinché l'enorme impegno professionale ed umano che i Colleghi rappresentati dall'AAROI-EMAC ogni giorno continuano a porre al servizio della Comunità possa proseguire senza esporre l'intera categoria – valga come esemplificazione del concetto – ad ingiusti rischi di burn out.

In particolare, tutto ciò premesso, si chiede:

Al Ministro della Salute On. Roberto Speranza di farsi interprete, presso il Consiglio dei Ministri dell'attuale Governo e presso il Parlamento:

- delle più opportune istanze utili ai fini dei necessari provvedimenti legislativi correlati agli stanziamenti necessari per quanto di competenza del Legislatore nel merito delle risorse da destinare agli Ospedali



Italiani per colmare almeno in parte, e comunque al massimo possibile, le gravi carenze di personale nelle Sale Operatorie, nelle Rianimazioni, e nei Pronto Soccorso procedendo urgentemente a regolari assunzioni con CCNL della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera di tutti gli Specialisti e gli Specializzandi degli ultimi anni di corso in Anestesia e Rianimazione ed in Medicina d'Emergenza-Urgenza disponibili;

- di continuare ad implementare le risorse nazionali destinate alla formazione specialistica ospedaliera dei Medici nel numero che serve e nelle Specializzazioni che servono realmente a colmare le carenze di personale;
- di stabilizzare le basi legislative, iniziate per fronteggiare il sovraccarico ospedaliero esploso lo scorso anno con la Pandemia Covid attraverso i decreti che hanno via via modificato il "Decreto Calabria" in ordine all'introduzione al lavoro contrattualizzato dei Medici in formazione Specialistica degli ultimi anni;
- della nostra richiesta di prorogare anche per il 2021 gli stanziamenti per il disagio lavorativo dei Lavoratori della Sanità Ospedaliera in relazione all'attività per le cure Covid-correlate, come avvenuto nel 2020 grazie al decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, e successivi;
- della nostra richiesta di prendere spunto, per l'effettivo rilancio dell'aumento delle prestazioni necessarie alla riduzione delle liste di attesa da avviarsi non appena la situazione lo potrà consentire, da quanto precedentemente previsto dalla Legge 126/20, co. 2, lett. a), che dava la possibilità di adeguare la remunerazione delle "prestazioni aggiuntive" di cui all'art. 115, co. 2, del vigente CCNL della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera portandole da 60 ad 80 € lordi, ma stabilendo per legge tale valore di 80 € come nuova cifra minima da applicarsi uniformemente in tutti gli Enti Ospedalieri Italiani, con facoltà per gli stessi di aumentarla a loro volta con risorse proprie o regionali, altrimenti sarà difficile raggiungere tale obiettivo, che val la pena ricordare coinvolgerà in massima parte proprio gli Anestesisti Rianimatori;
- della nostra richiesta di includere, finalmente, almeno le attività in Rianimazione, nelle Sale Operatorie, nei Pronto Soccorso, nonché nel Sistema 118, tra quelle "usuranti", dalle quali invece continuano ad essere escluse, aggiungendo all'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 21 Aprile 2011, n. 67, dopo la lettera d), la seguente disposizione normativa: «d-bis) personale medico e sanitario impiegato con CCNL a tempo determinato e indeterminato presso le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso, nonché presso il Sistema 118, delle Strutture del Servizio Sanitario Nazionale», prevedendo



nell'immediato, con apposito provvedimento legislativo, nelle more di tale inserimento, che tutto il 2020 e tutto il 2021, per coloro i quali hanno lavorato in tali contesti, siano coperti da contribuzione aggiuntiva, disponendo che «al personale medico e sanitario impiegato con CCNL a tempo determinato e indeterminato presso le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso, nonché presso il Sistema 118, delle Strutture del Servizio Sanitario Nazionale a seguito dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 sono riconosciuti ai fini pensionistici dodici mesi di contribuzione figurativa aggiuntiva della gestione separata di cui all'articolo 2 della legge 8 agosto 1995, n. 335»;

- delle più opportune istanze utili ai fini dei necessari provvedimenti legislativi correlati ad una improcrastinabile radicale riforma degli ordinamenti normativi nel merito delle responsabilità penali cui, a paragone del mondo intero, soltanto nel nostro Paese, oltre che in Messico ed in Polonia, il Medico (e più in generale ogni professionista Sanitario) rischia di andare incontro nei casi di colpa professionale ipotizzata a suo carico ogni qualvolta si verifica un evento avverso in sanità;
- allorquando, speriamo a breve, verranno riprese le fila di una riforma del Sistema 118, delle nostre istanze e proposte nel merito, che con altre Associazioni e Società Scientifiche del Settore abbiamo già pronte per quanto a tale riforma necessario, ed i cui contenuti saremo lieti di illustrare alla prima occasione utile;

Ai Governatori ed agli Assessori Regionali alla Sanità:

- di favorire, negli Ospedali, l'applicazione delle vigenti normative che consentono già ad oggi, nonché quelle che consentiranno in futuro, di far fronte alle gravi carenze di personale nelle Sale Operatorie, nelle Rianimazioni, e nei Pronto Soccorso procedendo urgentemente a regolari assunzioni con CCNL della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera di tutti gli Specialisti e gli Specializzandi degli ultimi anni di corso in Anestesia e Rianimazione ed in Medicina d'Emergenza-Urgenza disponibili, monitorandone l'applicazione effettiva;
- di continuare ad implementare le risorse regionali destinate alla formazione specialistica ospedaliera dei Medici nel numero che serve e nelle Specializzazioni che servono realmente a colmare le carenze di personale;
- di prevedere sin d'ora, per l'effettivo rilancio dell'aumento delle prestazioni necessarie alla riduzione delle liste di attesa da avviarsi non appena la situazione lo potrà consentire, gli stanziamenti regionali necessari per le prestazioni intra-moenia indispensabili a tale riduzione, considerando che quanto precedentemente previsto dalla Legge 126/20, co. 2, lett. a), la quale dava la possibilità di adeguare la remunerazione delle "prestazioni aggiuntive" di cui all'art. 115, co. 2, del vigente CCNL della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera portandole da 60 ad 80 € lordi, è opportuno sia rivisto per legge nazionale stabilendo tale valore come nuova cifra minima da applicarsi uniformemente in tutti gli Enti Ospedalieri Italiani, con facoltà per gli stessi di aumentarla a loro volta con risorse proprie o regionali, altrimenti sarà difficile raggiungere tale obiettivo, che val la pena ricordare coinvolgerà in massima parte proprio gli Anestesisti Rianimatori;
- allorquando, speriamo a breve, verranno riprese le fila di una riforma del Sistema 118, di prendere nella più opportuna considerazione le nostre istanze e proposte nel merito, che con altre Associazioni e Società Scientifiche del Settore abbiamo già pronte per quanto a tale riforma necessario, ed i cui contenuti saremo lieti di illustrare alla prima occasione utile;

Ai Direttori Generali AUSL/AOU/IRCCS:

- di applicare sin d'ora al massimo grado le vigenti normative che consentono già ad oggi, nonché quelle che consentiranno in futuro, di far fronte alle gravi carenze di personale nelle Sale Operatorie, nelle Rianimazioni, e nei Pronto Soccorso procedendo urgentemente a regolari assunzioni con CCNL della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera di tutti gli Specialisti e gli Specializzandi degli ultimi anni di corso in Anestesia e

Rianimazione ed in Medicina d’Emergenza-Urgenza disponibili, monitorandone l’applicazione effettiva; di programmare sin d’ora piani di smaltimento dell’enorme quantitativo delle ferie accumulate e dei riposi perduti dai nostri Colleghi soprattutto nell’ultimo intero anno, al fine del loro necessario recupero psicofisico, che ricordiamo è indispensabile per poter continuare a garantire in sicurezza e qualità le cure di cui i Cittadini hanno bisogno;

- di programmare sin d’ora, per l’effettivo rilancio dell’aumento delle prestazioni necessarie alla riduzione delle liste di attesa da avviarsi non appena la situazione lo potrà consentire, le “prestazioni aggiuntive” di cui all’art. 115, co. 2, del vigente CCNL della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera, a cui per tale obiettivo riteniamo che sarà indispensabile ricorrere, almeno nel breve e nel medio periodo, contando sulla disponibilità soprattutto degli Anestesisti Rianimatori, ma che difficilmente potrà essere raggiunto se la legislazione nazionale lascerà inalterata la attuale remunerazione contrattuale vigente per tali prestazioni aggiuntive;
- in particolare per i Colleghi che devono gestire a casa figli minori in DAD (Didattica a Distanza), per i quali, tra blocco delle ferie, fruizione sincopata dei riposi, a cui si sommano ormai da oltre un anno turni di lavoro di gran lunga più impegnativi rispetto a quelli espletati in tempi “normali”, le possibilità di conciliazione vita privata/lavoro stanno diventando davvero ardue, di favorire quanto previsto dal Decreto Legge 13 marzo 2021, n. 30, recante – tra l’altro – interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza; diversamente, tali Colleghi sono esposti ad un rischio di burn-out aggiuntivo a quello già sofferto a causa delle improbe condizioni di lavoro imposte dall’emergenza pandemica.

Ringraziando anticipatamente per la cortese attenzione e confidando nella disponibilità a prendere in considerazione le nostre richieste, si inviano cordiali saluti.

*Dr Alessandro Vergallo
AAROI-EMAC
Presidenza Nazionale*





Ripensare il sistema extra-ospedaliero di emergenza, le proposte in un Position Paper SIAARTI, AAROI-EMAC, CPAR

È stato pubblicato nei giorni scorsi il Position Paper “Il Sistema Extra-Ospedaliero di Emergenza Sanitaria”, un documento messo a punto dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI), dall’Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica (AAROI-EMAC) e dal Collegio dei Professori di Anestesia e Rianimazione (CPAR).

Il documento è stato elaborato e firmato da Flavia Petrini (Presidente SIAARTI), Alessandro Vergallo (Presidente AAROI-EMAC), Paolo Pelosi (Presidente CPAR), Emiliano Cingolani (Responsabile SIAARTI Medicina Critica dell’Emergenza).

Il Position Paper prende l’avvio dalla considerazione che *“a trent’anni dall’istituzione del 118 come numero unico per le chiamate di emergenza sanitaria e del decreto istitutivo della risposta territoriale, è necessaria una riorganizzazione del sistema che tenga presenti i cambiamenti intercorsi in questo periodo e i progressi registrati in campo scientifico-professionale”*. La riorganizzazione, precisa il documento, deve tener conto del fatto che *“la realtà italiana è disomogenea riguardo allo sviluppo e all’implementazione di modelli organizzativi che realmente assicurano una risposta di sistema con piena integrazione con le reti ospedaliere dell’emergenza e delle Terapie Intensive”*. Il ripensamento del sistema extra-ospedaliero di emergenza sanitaria deve

essere guidato da standard minimi basati sui principi di: appropriatezza e innovazione gestionale e clinico-assistenziale; tempestività dell’intervento di soccorso in emergenza sul territorio e in ambito ospedaliero; equità di organizzazione e risposta emergenziale sul territorio nazionale, in base alle necessità cliniche del paziente; efficienza e ottimizzazione nell’uso delle risorse disponibili.

Poste queste premesse, il Position Paper presenta alcune chiare e sintetiche Proposte:

- 1- Definizione e avvio di una GOVERNANCE unitaria del sistema di emergenza-urgenza;
- 2- Coinvolgimento del personale sanitario e tecnico nella pianificazione del MODELLO organizzativo e della sua gestione;
- 3- Definizione e avvio di un nuovo modello organizzativo basato su idonee COMPETENZE e sul rifiuto dell’occasionalità;
- 4- Adeguata FORMAZIONE e specifico training nell’area della medicina critica dell’emergenza;
- 5- Percorsi specifici di formazione per gli INFERMIERI, visto il loro ruolo fondamentale (sia all’interno delle Centrali Operative 118-112, che sui mezzi di soccorso);
- 6- Percorsi formativi integrati e “team building” con il coinvolgimento delle figure tecniche di SUPPORTO (autisti, soccorritori, autisti-soccorritori).

“Crediamo che sia opportuno dopo tanti anni provare a rifondare il sistema 118-112-, – precisa Flavia Petrini – giungendo finalmente ad integrarlo completamente con le reti ospedaliere di Emergenza e Terapia Intensiva. Ad oggi noi continuiamo a registrare una profonda disomogeneità strutturale, che aumenta la difficoltà a fornire risposte coordinate ed efficienti all'emergenza su tutto il territorio nazionale anche in caso di maxi-emergenze – come la pandemia in corso dimostra – che necessitano una stretta collaborazione fra i vari sistemi territoriali diversamente organizzati nelle differenti Regioni e Province Autonome. Il Documento odierno rappresenta pertanto un testo di riferimento importante proposto dai soggetti che esprimono le massime competenze di settore. Desideriamo consegnarlo alle Istituzioni, ai decisori, al Servizio Sanitario Nazionale come stimolo concreto al cambiamento: non è più possibile, anzi risulta pericoloso per i cittadini, attendere ancora per giungere a questo rinnovamento”.

“La necessità di esprimere questo Position Paper – ha chiarito Alessandro Vergallo – nasce dalla volontà di collaborare con tutti gli Interlocutori interessati affinché il SET118 possa finalmente essere riformato in base ad alcuni concetti fondamentali: il Servizio nulla ha a che fare con la Medicina di Famiglia, mentre invece in troppe Regioni è svolto ‘in convenzione’ attraverso un apposito settore dell’ACN della Medicina Generale; è un Sistema che nasce per essere ‘pre-ospedaliero’, in quanto destinato a gestire urgenze ed emergenze ‘portando l’Ospedale, inteso come tecnologie e competenze mediche ed infermieristiche, a casa’; non è un Servizio dove ‘un Medico vale l’altro’, nè dove un Infermiere esperto e competente nei settori ospedalieri d'emergenza e di rianimazione vale meno di un medico senza competenza ed esperienza specifica e quindi è un Servizio in cui il Soccorso Avanzato deve essere affidato in primis a Medici ed Infermieri formati nell'emergenza urgenza e nella rianimazione ospedaliera”.

“La grande importanza data in questo Position Paper agli aspetti formativi indica quanto sia urgente rispondere al bisogno di formazione continua e di qualità - sottolinea Paolo Pelosi - ai vari livelli istituzionali, a partire dai corsi di laurea, dalle scuole di specializzazione e dai corsi di formazione continua teorica e pratica di aggiornamento per il personale dirigente medico specialista. Tale processo formativo deve inoltre prestare sempre maggiore attenzione al personale infermieristico e sanitario oltre che tecnico coinvolto a vari livelli e funzioni nel sistema di emergenza, per consentire il mantenimento di un elevato livello di competenze”.

Il Position Paper termina lanciando l'appello affinché tutti gli attori del sistema accolgano il Documento e possano avviare un programma di riforma *“che veda unite Società Scientifiche, Organizzazioni Professionali e Sindacali afferenti alla Disciplina Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e Dolore, come elemento fondamentale per il miglioramento della risposta al soccorso di emergenza territoriale e per la crescita professionale, didattica e scientifica con una stretta relazione interdisciplinare e multi-professionale”.* Su queste basi SIAARTI, AAROI-EMAC E CPAR sono convinte si possa sviluppare una seria riflessione e rifondazione del sistema complessivo, a tutto vantaggio dei cittadini italiani e dei loro quotidiani bisogni di salute.

Il documento completo al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=22829>



L'INTERVENTO

Scuole chiuse anche per i figli degli operatori sanitari: la retromarcia non ci è piaciuta

Dopo un ping pong poco chiaro è stata eliminata, nelle zone soggette a chiusura delle scuole, la possibilità della didattica in presenza per i figli degli operatori sanitari. Appena appresa la notizia, il Presidente Nazionale AAROI-EMAC è intervenuto anche attraverso i media per sottolineare le conseguenze di una simile decisione. Di seguito l'intervento rivolto al Governo che con il nuovo recente Decreto ha poi riaperto le scuole fino alla prima media anche nelle cosiddette zone rosse.

Caro Governo Draghi, questa retromarcia non ci è affatto piaciuta. L'AAROI-EMAC ha sempre sostenuto la pericolosità delle riaperture scolastiche adottate in assenza di adeguato screening precoce dei contagi tra la popolazione in età scolare, contestando sia la metodologia di screening e di tracing solo in presenza di sintomi riferibili a Covid-19, sia i poteri miracolosi anti-contagio dei banchi a rotelle tanto decantati dall'oggi ex Ministra dell'Istruzione Azzolina.

La nostra Associazione contestò anche, all'epoca, l'oggi ex Ministra dei Trasporti De Micheli quando sostenne la "sicurezza dei trasporti pubblici con 5 persone per metro quadro negli autobus", che perlomeno per le fasce adolescenziali dell'età scolare non ci sembrava affatto garantita in relazione alle riaperture delle scuole. E quindi non contestiamo, nelle sue linee generali, la congruità di tale decisione.

Eppure, qualche considerazione tocca farla sul "tempismo" dimostrato dal Nuovo Governo Draghi, proprio in occasione della "Festa della Donna" nel far marciare indietro rispetto ad un pur fumoso precedente richiamo del Dicastero Istruzione a considerare le situazioni dei figli dei cosiddetti "KeyWorkers" (tra cui, crediamo primi in assoluto, siano i Medici Ospedalieri, sia Donne che Uomini, che l'AAROI-EMAC rappresenta) favorendone nei limiti del possibile la scolarità in presenza. Per brevità, ne faccio qui una sola, che abbia il chiaro intento di una serena provocazione: che cosa accadrebbe se tutte le Colleghe Anestesiste Rianimatrici (oltre il 60% dei Medici AR) con figli in età scolare, le quali da oltre un anno si sobbarcano più che mai turni h24 moltiplicati dall'esigenza di salvare vite, alle quali vengono meno ferie, riposi, permessi vari, chiedessero la trasformazione del loro rapporto di lavoro da tempo pieno a part-time per potersi prender almeno un po' cura anche degli impegni familiari correlati ai propri figli, oltre che di quelli professionali che mettono al servizio della Popolazione?

Semplice: una tale richiesta non verrebbe nemmeno presa in considerazione, al contrario di quella di altre Lavoratrici, il cui lavoro (pur con tutto il rispetto per tutti i lavori) si è ridotto (purtroppo) a causa della Pandemia. Alle nostre Colleghe verrebbe negato ciò che ad altre Lavoratrici sarebbe invece concesso di corsa (non foss'altro anche per il risparmio del costo del loro lavoro connesso al part-time).

Non abbiamo "la soluzione in tasca" per le Lavoratrici nostre Colleghe di turno h24 nelle nostre Rianimazioni che dopo oltre un anno non sanno come occuparsi dei propri figli piccoli, e alle quali toccherà (purtroppo per tutta la popolazione italiana) ancora un lungo periodo di super-lavoro, ma riteniamo che una soluzione la quale ai tempi del Covid-19 favorisse la miglior conciliazione possibile dei tempi e degli impegni casa-lavoro di chi cura i Pazienti colpiti dal Covid-19 (vale a dire per quelle nostre Colleghe le quali ne abbiano stretta necessità) occorresse trovarla prima di questa retromarcia governativa, che ci appare presa senza alcuna considerazione per quegli "EROI" (in gran parte Donne) dei quali fino a ieri in troppi tra i tanti che hanno usato questa parola si sono riempiti la bocca per tacitarsi la coscienza, casomai ne avessero una.

Tengo a precisare che seppur statisticamente il problema della CONCILIAZIONE tra VITA PRIVATA e LAVORO investe soprattutto le Colleghe Donne, anche i Colleghi Uomini non ne sono esenti, e quindi tutto il precedente ragionamento vale anche per quei nostri Colleghi i quali per un motivo o per un altro si trovano anch'essi nelle stesse difficoltà delle nostre Colleghe di cui all'argomento.

Non si tratta di discriminare tra "Lavoratori di Serie A e di Serie B". E' esattamente il contrario: si tratta di ammettere che esistono LAVORATORI i cui TURNI e i cui RITMI di LAVORO sono effettivamente USURANTI, anche se (ed in certi casi a maggior ragione) non sono considerati tali dalle normative di legge in materia, che proprio per questo li discriminano, ignorandoli. La Politica inizi a rendersene conto, o - Covid-19 o meno - saremo costretti a richiamare l'attenzione su di noi anche con azioni di protesta sindacale più incisive di quanto non sia una pacata comunicazione come questa.

**Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC**



SAVE THE DATE

Organizzazione delle Strutture Sanitarie durante la Pandemia da SARS-COV-2 Cosa abbiamo fatto, cosa possiamo imparare

Webinar 28 Maggio 2021

Ore 14:00 – 18:20

L'AAROI-EMAC, tramite il Provider AreaLearn, ha organizzato il Webinar dal titolo *"Organizzazione delle Strutture Sanitarie durante la Pandemia da SARS-COV-2. Cosa abbiamo fatto, cosa possiamo imparare"*, interamente dedicato alla pandemia. L'incontro si terrà il 28 maggio dalle ore 14 alle ore 18,20 e potrà essere seguito attraverso la piattaforma AAROI-EMAC dedicata alla formazione a distanza.

L'intento è di analizzare quanto accaduto e sta accadendo nel corso dell'emergenza sanitaria, non tanto e non solo dal punto di vista scientifico, quanto da quello organizzativo e professionale con una particolare attenzione al ruolo centrale dell'Anestesista Rianimatore in questo difficilissimo periodo.

Il Webinar è dedicato agli Iscritti all'Associazione per un numero massimo di 300 partecipanti con il riconoscimento di 6 Crediti ECM. Le iscrizioni saranno aperte alla fine del mese di Aprile con modalità che verranno comunicate tramite sito web AAROI-EMAC e newsletter.

Il Programma

14:00	Introduzione e presentazione obiettivi del corso	Alessandro Vergallo, Presidente AAROI-EMAC e AreaLearn
	Il diritto alla salute e la sicurezza delle cure al tempo della Pandemia: è cambiato qualcosa?	Avv. Amedeo Ciuffetelli
	Il ruolo dell'Anestesista-Rianimatore durante la pandemia	Domenico Minniti <i>Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione Reggio Calabria</i>
	Organizzazione delle reti ospedaliere regionali: come è stata affrontata la pandemia	Elisa Draghi <i>Direzione Sanitaria ASUR Marche Ancona</i>
	La Pandemia da SARS-COV 2: analisi epidemiologica della mortalità	Massimo Sartelli <i>Dirigente Medico Presidente "Global Alliance for Infections in Surgery" ASUR Marche Macerata</i>
	Tavola Rotonda: come sono cambiati i processi di cura nell'ultimo anno	E. Iacobone, G. Fiore, F. Marinangeli e tutti i Relatori
18:20	Chiusura Lavori	

Nota Bene

Si ricorda che l'attuale contratto nazionale prevede due possibilità per frequentare corsi di formazione e nello specifico:

L'art.24 – Orario di lavoro del dirigente che prevede il diritto ad ottenere quattro ore dell'orario settimanale destinate ad l'aggiornamento professionale.

L'art.36 - Assenze giornaliere che prevede il diritto ad assentarsi 8 giorni per partecipazione a convegni, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento.

Sono inoltre da tenere presenti sull'argomento gli articoli dal 50 al 52 del CCNL.

È da prevedere comunque (a norma dell'art. 6 bis del CCNL) un regolamento aziendale sulla formazione concordato tra le OO.SS. e la Direzione aziendale che preveda l'esplicita possibilità di utilizzo di tali istituti per la FAD.



Rinnovo dei Contratti: partire in fretta ma senza false partenze e stravolgimenti della dirigenza.

Si è svolto in Aran l'incontro con le Confederazioni per la definizione dell'accordo quadro, atto preliminare per l'avvio della stagione contrattuale 2019-2021.

La trattativa ha risentito della persistenza del comma 687 della legge di bilancio 2019 che con un colpo di mano nottetempo ha prescritto il rientro della Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa nel contratto della Dirigenza sanitaria.

Tale norma, già differita in occasione della scorsa stagione contrattuale, è oggetto di numerose richieste di abrogazione da parte di tutte le parti politiche e rappresenta come ribadito da COSMED:

- un'indebita ingerenza della politica nell'autonomo potere decisionale del tavolo sindacale;
- una lesione della libertà sindacale in quanto la rappresentatività è stata determinata sulla base dell'attuale composizione (sarebbe come se dopo le elezioni venissero modificati i collegi elettorali);
- un grave effetto retroattivo non solo sulla rappresentatività sindacale, ma anche su atti già deliberati come quelli sulle prerogative sindacali, con inevitabile contenzioso;
- una disposizione che non tiene conto della separazione dei fondi tra sanitari e TPA avvenuta negli ultimi contratti giustamente distinti tra sanitari e TPA;
- un provvedimento che priva la dirigenza TPA di una rappresentanza costringendo le proprie associazioni a modificare i propri statuti e assetti organizzativi;
- un elemento che non riconosce la specificità della dirigenza sanitaria normata dal Dlgs 229/1999 reintroducendo una commistione che allontana il riconoscimento della dirigenza medica e sanitaria come categoria con caratteristiche specifiche nell'ambito del pubblico impiego;
- una complicazione che produce in decentrata una duplicazione disarmonica di tavoli tra vecchio e nuovo contratto.

Si tratterebbe come si vede di una falsa partenza che in realtà comporterebbe una serie di complicazioni con un rallentamento anziché un'accelerazione dell'iter contrattuale.

Difendiamo la nostra autonomia.

Una confortante unità di vedute si è avuta con CISL e le principali confederazioni autonome della dirigenza. Per questo la proposta di Aran di separare l'accordo dei comparti da quelli delle aree dirigenziali, come peraltro prescrive la legge che parla di accordi (al plurale) e non di un unico accordo ci è sembrata una buona mediazione e un riconoscimento della dirigenza pubblica come soggetto contrattuale.

Aran preso atto che non ci sono attualmente le condizioni per la sottoscrizione, riconvocherà le parti tra una decina di giorni. Nel frattempo auspichiamo che tempestivamente il legislatore ponga rimedio al problema, da esso stesso creato, abrogando il comma 687 nei prossimi veicoli legislativi.



AARO-EMAC Calabria

In Calabria dieci anni di lacrime e sangue non sono serviti a nulla

La lettera del Dr Domenico Minniti, Presidente AARO-EMAC Calabria, al Direttore di Quotidiano Sanità.

Gentile Direttore,

eh, sì, anche a proposito di assunzioni, il tavolo Adduce ha attestato l'ennesimo flop della gestione della sanità in Calabria. Stendendo il più classico dei veli pietosi sulla capacità di erogare i L.E.A. il cui valore, certificato dai Ministeri, è precipitato a livelli ipogei, c'è da chiedersi, a questo punto, a chi abbia giovato questo decennio di restrizioni, lacrime e sangue come si usa dire, atteso che la tutela della salute, è ormai palese, non pare rappresenti certo l'end point primario per i decisori.

Formula elegante, quest'ultima per dire che, in fondo in fondo, non gliene frega un bel niente a nessuno.

Il commissariamento infatti, in questi lunghi e penosi anni, è stato caratterizzato da una circense esibizione di equilibrismi da parte di tutti gli attori, su di un fil rouge avente come principale obiettivo, l'impossibile (peraltro scontato che non potesse essere altrimenti) risanamento dal dissesto economico-finanziario della sanità, senza minimamente preoccuparsi, appunto, delle necessità dei calabresi.

Non è fregato nulla ai governi multicolor romani, che lungo tutto questo lasso di tempo si sono succeduti. Non è fregato nulla ai governi nostrani, vieppiù trasversali, dove si sono miscelati, con malcelate alchimie, svariati interessi.

Non frega più niente, ormai, neanche ai calabresi che, disillusi e rassegnati, se possono, vanno a curarsi altrove, alimentando l'emorragia di danaro. E se non possono, smettono di curarsi. Continuando, nonostante ciò, a pagare per un servizio, costituzionalmente esigibile, ma tutt'altro che garantito.

Aumento delle addizionali in arrivo, ma ormai ci siamo abituati: conoscete la storiella della rana e dell'acqua bollente, vero? Paghiamo profumatamente i decisori, per vederci paradossalmente aumentare le tasse e ridurre i servizi. Ma tant'è, non protesta più nessuno. Danno e beffa sono, ormai, amanti diabolici ed inseparabili.

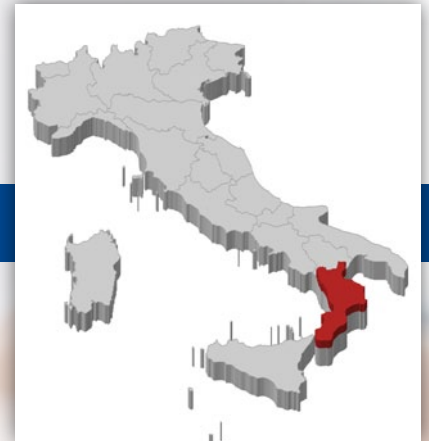
C'è davvero di che vergognarsi. Chi avesse avuto un minimo di dignità, si sarebbe dovuto dimettere ben prima della fine del proprio mandato, chiedendo soprattutto scusa ai calabresi, per non essere stato in grado, o per non aver potuto portare a termine, la missione assegnatagli.

Mission impossible, sia ben chiaro.

Non è per il mancato raggiungimento degli obiettivi, infatti, che si muove l'accusa - nessuno è infallibile - ma per l'ostinata permanenza di lor signori alla tavola imbandita con i danari dei calabresi.

E intanto Adduce certifica, ma già ne eravamo al corrente, che la Calabria ha il personale sanitario ridotto al minimo. Ed è proprio questo il paradigma del fallimento della gestione ragionieristica: i tagli lineari sui costi del personale hanno lasciato il debito lì, tutto drammaticamente lì, paradossalmente ancora intonso, nonostante la contrazione delle spese.

Come si può pensare di garantire l'output (la salute del cittadino), se si limita, nel numero, il più importante fattore di produzione (il personale)?



Un esempio per tutti? I Medici Anestesisti Rianimatori. La pandemia ha fatto (finalmente) comprendere a tutti, la loro importanza strategica all'interno di un Sistema Sanitario degno di tale denominazione.

Sono pochi in tutta Italia, lo sono ancor meno in Calabria, e lo denunciavamo da anni, ma tutti, finora, hanno fatto finta di non sentire.

Dopo la ricognizione, effettuata nei mesi scorsi, del numero di posti di terapia intensiva, dimostrando senza tema di smentita alcuna, che fossero ben al di sotto di quelli ufficialmente forniti dal Dipartimento Tutela della Salute e totalmente sconosciuti al precedente Commissario ad acta, abbiamo pensato di censire il numero di Medici Anestesisti Rianimatori, per fornire ai nostri decisori, qualche elemento di riflessione in più.

E sottolineare la disarmante superficialità con la quale a volte si affrontano (se si affrontano) le criticità di sistema.

Attualmente, in Calabria, i Medici Anestesisti Rianimatori in servizio nelle Unità Operative di Terapia Intensiva ed Anestesia degli ospedali pubblici sono poco meno di 260. Per garantire la sola loro presenza in guardia negli ospedali Hub, negli Spoke ed in quelli Generali, per il combinato disposto del DM 13 settembre 1988 (cd. Donat Cattin) e dell'allegato 3 al DCA 81/2016 (requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per le attività ospedaliere), in Calabria sarebbero necessari circa 280 Medici Anestesisti Rianimatori. A questi se ne dovrebbero poi aggiungere altri 36, qualora si volesse mantenere la loro presenza attiva negli ospedali di montagna ed in quelli di zona disagiata.

Dunque, mancano almeno quaranta unità per garantire, ripetiamo, la sola messa in sicurezza, relativamente all'emergenza-urgenza, delle strutture ospedaliere.

Questo numero, è bene sia chiaro, è al lordo delle necessità legate agli interventi chirurgici programmabili. Per poter effettuare quelli, infatti, serve un Medico Anestesista Rianimatore per ciascuna sala operatoria attiva, per ogni slot di sei ore, moltiplicato per ogni santo giorno feriale. Provate un po' ad immaginare di quanto dovrà lievitare il numero dei Medici Anestesisti Rianimatori, rispetto ai 300 già detto infungibili, per far fronte alle nostre esigenze.

O provate ad immaginare, dilatandosi indefinitamente proprio a causa della carenza dei nostri preziosi specialisti, i tempi d'attesa per un intervento chirurgico di elezione, quanti pazienti saranno costretti ad emigrare per risolvere il proprio problema. Provate infine ad immaginare in che razza di spesa tutto ciò poi si traduca per il nostro Sistema Sanitario (e, cosa di non poco conto, per il paziente o i suoi familiari).

È necessario dunque procedere immediatamente ad una ricognizione del personale mancante, cominciare con il riempire le caselle vuote delle Unità Operative e delle Strutture Ospedaliere che hanno la maggiore valenza strategica, ed ottimizzare le risorse presenti evitandone inutili e fin troppo dannose parcellizzazioni territoriali.

Esistono ospedali con punto nascita, dove sono rimasti tre Anestesisti Rianimatori. Altri, con terapia intensiva, dove il numero di specialisti copre a malapena, come già detto, il solo servizio di guardia. Altri ancora in cui non è garantita la doppia guardia del Medico Anestesista Rianimatore, prevista dalla vigente normativa. E sono tutti Ospedali Spoke, sede di D.E.A. di primo livello.

Con il DCA 192 del 2019, la Struttura Commissariale aveva dettato le regole per il calcolo del fabbisogno del personale (ed era un calcolo pre-pandemico). Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere sono state ottemperanti e dunque i numeri più o meno si dovrebbero conoscere.

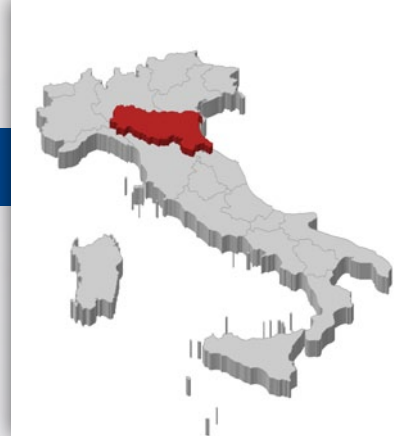
I Ministeri affiancanti si sono espressi sull'esiguità numerica del nostro personale sanitario. Le risorse ci sono e, se non dovessero essere sufficienti, diventa inderogabile siano al più presto trovate. O comunque, il Governo centrale che tanto ha a cuore le sorti del nostro SSR, al punto da dedicargli ben due Decreti Legge, svincoli il tetto di spesa per le assunzioni.

Vogliamo provare a far ripartire il nostro servizio sanitario reclutando finalmente il personale necessario o dobbiamo continuare a giocare con la pelle dei calabresi?

11 Marzo 2021

Dr Domenico Minniti
Presidente AAROI-EMAC Calabria





Punti Nascita chiusi in Regione Emilia-Romagna: ma di quali errori si sta parlando?

Apprendiamo dai media quanto emerso nel corso dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna del 9 Marzo sul tema Punti Nascita chiusi e, in particolare, le dichiarazioni del Presidente della Regione Stefano Bonaccini: *"...quando i reparti si svuoteranno noi attiveremo il protocollo sperimentale discusso proprio qui a Bologna con il Ministro Speranza, per riaprirli non solo lì (Bentivoglio)...a Porretta, a Pavullo, a Castelnovo dei Monti, a Borgotaro. Ho solo una parola anche quando sbaglio. Feci un errore, facemmo un errore, rimedieremo e quei punti nascita li riapriremo"*.

Ma di quale errore si parla?

Nell'Ottobre 2017 l'AAROI-EMAC Emilia-Romagna condivise la decisione ministeriale sulla chiusura dei Punti Nascita che non avevano i requisiti minimi tecnico-scientifici per garantire le condizioni di sicurezza per le madri e per i nati e auspicammo un controllo puntuale per le tre strutture in deroga a tale iniziativa. Appoggiammo con decisione e fermezza la scelta regionale della Giunta Bonaccini di allora per dare seguito al mandato ministeriale dettato da evidenze scientifiche e appoggiato dalle più importanti società del settore materno infantile e dei percorsi nascita.

In tal senso è opportuno ricordare anche quando intervenimmo con diffida in merito al maldestro tentativo di una ASL della Regione di "mascherare" da Ginecologi gli Anestesisti Rianimatori di uno di questi ospedali decentrati nel bel mezzo della calura estiva. Tale ASL, con delibera datata 14 luglio 2017, riorganizzò il "servizio" per il periodo estivo per sopperire alle carenze di specialisti Ginecologi con Anestesisti in quanto in sede 24h/24h.

La domanda quindi è: **con quali risorse tecniche, umane, specialistiche si pensa di riaprire i punti nascita oggetto di disposizione ministeriale a salvaguardia di madri e nati?** L'AAROI-EMAC, sebbene rappresenti medici specialisti direttamente coinvolti, ne è completamente all'oscuro.

Sappiamo invece con certezza che lottiamo al fianco della Regione stessa e delle ASL per reperire specialisti per i nostri ospedali nel tentativo di sanare una storica grave carenza degli stessi esacerbata dalla pandemia in corso che ha richiesto straordinarie misure di assunzioni di personale bruciando velocemente le graduatorie

dei concorsi e dando fondo agli specialisti disponibili.

Vogliamo, inoltre, ricordare ai cittadini l'esistenza di standard clinico-organizzativi da rispettare per i punti nascita che, a quanto ci è dato sapere, ad oggi non sono cambiati rispetto a quando il Ministero e le Regioni si espressero sull'argomento.

Spiace infine leggere tanti commenti da parte di Comitati di Cittadini cui pare non sia ancora sufficientemente chiaro che **la sicurezza viene prima di qualsiasi esigenza politica**.

La politica ha un ruolo fondamentale, governare e farsi garante della tutela della salute pubblica, ma è imprescindibile il coinvolgimento delle Società Scientifiche e delle Associazioni rappresentanti dei lavoratori in sanità per evitare pericolose fughe in avanti soprattutto in assenza di nuove raccomandazioni tecnico-scientifiche, ad esempio, sui percorsi nascita.

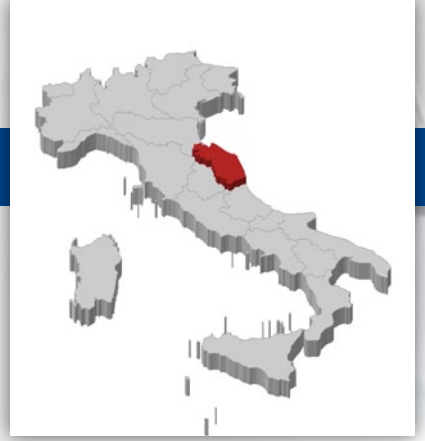
Una recente sentenza del Consiglio di Stato nei mesi scorsi ha ribadito come *"il diritto fondamentale sancito dall'Art. 32 implica, nel caso di specie, non già necessariamente la vicinanza del punto nascita, ma un'organizzazione finalizzata all'obiettivo di garantire ad ogni gestante ed ad ogni neonato"*.

Sosteniamo con forza quanto espresso peraltro anche da Ginecologi, Neonatologi e Pediatri ossia che i punti nascita sotto i 500 parti *"non sono in grado di garantire la migliore esperienza clinica e l'organizzazione necessarie per prevenire ed eventualmente affrontare le pur rare situazioni a rischio"*.

Lo stesso Ministro Speranza ha dichiarato, *"la tutela e la sicurezza della mamma e del nascituro è sempre la prima cosa"*: con questa base che condividiamo pienamente speriamo di non assistere ad accomodanti modifiche del DM 70 per assecondare pressioni politiche che nulla hanno a vedere con le dichiarazioni del Ministro.

Bologna, 19 Marzo 2021





Continua l'allarme rosso degli Anestesisti Rianimatori marchigiani

120: i Posti Letto (PL) delle Rianimazioni (RTI) marchigiane prima della pandemia.

216: i PL delle RTI ad oggi utilizzabili per tutti i Pazienti critici affetti da qualsiasi patologia;

96: l'incremento dei PL delle RTI operato dalla regione in applicazione al Decreto 34 del maggio 2020, per un totale dell'80% rispetto ai 105 previsti.

236: i PL delle RTI utilizzabili a breve, quando Torrette avrà completato l'ampliamento di 20 PL, per un totale di + 116 PL, in attuazione del decreto 34.

78: gli A/R che mancano. All'aumento strutturale degli attuali 116 PL delle RTI marchigiane deve corrispondere un incremento del n° di Anestesisti Rianimatori (A/R) in dotazione organica (come da decreto ministeriale: 1 A/R presente h/24, mediamente per 8 PL incrementati, pari a 5,6 A/R che garantiscono turando la copertura delle 24 ore, per un totale di 14 gruppi di 8 PL incrementati x 5,6 = **78 A/R**): ad oggi nessun incremento strutturale!

La risposta clinica degli A/R è legata all'inserimento nel sistema degli specializzandi IV° e V° anno (circa 20) e dei medici pensionati rientrati (circa 15). 35 specialisti che riescono solo a mitigare il deficit di organico cronico pari a 40 dirigenti.

Impossibile trovare altri specialisti; vedremo i risultati dell'aumento nazionale delle borse di studio fra tre anni! L'unica possibilità è modulare la risposta sanitaria dirottando A/R nelle RTI per fare fronte alla perdurante ondata di ricoveri per Pazienti COVID, sospendendo o riducendo l'attività di sala operatoria programmata ed assicurando solo le urgenze e gli interventi per tumori.

L'andamento della pandemia, sul cui contenimento siamo sicuri sussista responsabilità ai più alti vertici nazionali, non frena; ad oggi si è raggiunto il picco di ricoveri in questa seconda ondata (92, pari al 42% dell'occupazione dei PL in RTI disponibili per Pazienti COVID), così distribuiti:

1 - PESARO	28 PAZIENTI
2 - TORRETTE	20 PAZIENTI
3 - PEDIATRICA	1 PAZIENTE
4 - JESI	13 PAZIENTI
5 - COVID CIVITANOVA	14 PAZIENTI
6 - FERMO	6 PAZIENTI
7 - SAN BENEDETTO	10 PAZIENTI

(dati GORES e dei rappresentanti aziendali)

Dai primi di novembre la % dei Pazienti COVID nelle RTI marchigiane è variata dal 28% al 44%.

Il quadro è desolante. Ad esso sono contrapposte tre soluzioni:

- 1 - Abnegazione dei Colleghi (Direttori compresi), stanchi di un anno di attività stravolta, con scomparsa dei riposi settimanali, delle ferie, del diritto contrattuale ad una "normale" attività professionale nei propri reparti, rispetto allo stress continuativo ed alla paura di non farcela, per il fraporsi delle necessità familiari a quelle deontologiche e professionali! Abnegazione dei Colleghi che lavorano puntualmente dal 1 gennaio 2021 in assenza del rinnovo dell'accordo regionale incentivante per l'attività in aree COVID, scaduto il 31 dicembre 2020 (l'Assessore Saltamartini ha assicurato ieri l'attivazione rapida del tavolo sindacale!).
- 2 - Piano vaccinale: tutti debbono vaccinarsi e tutti lo debbono fare nel minor tempo possibile!
- 3 - Contenimento della diffusione attraverso norme regionali e nazionali!

Gli Anestesisti Rianimatori continueranno a fare la loro parte, trattando tutti i Pazienti critici che ne hanno bisogno e senza distinzione! L'AARO-EMAC osserverà costantemente l'azione governativa nazionale e regionale circa le decisioni strategiche per fare fronte alla pandemia e denuncerà eventuali ritardi ed omissioni che stridono al confronto della perdurante e puntuale presenza dei Medici specialisti in Anestesia e Rianimazione a salvaguardia della corretta risposta clinica per i Pazienti ricoverati nei loro reparti.


Ancona, 6 marzo 2021

Dr Marco Chiarello
Presidente AARO-EMAC Marche

SCOPRI ONLINE LA SEZIONE "DALLE REGIONI"


Una sezione del sito web dell'Associazione è interamente riservata alle notizie, alle interviste e alle attività svolte dalle sezioni regionali AARO-EMAC. Ogni Regione, inoltre, ha una pagina dedicata in cui vengono pubblicate le relative notizie. Scopri online tutte le news!

Dalle Regioni




AARO-EMAC Emilia-Romagna risponde al Comitato Salviamo le Cioagne

[LEGGI](#)




Punti Nascita chiusi in Regione Emilia-Romagna: ma di quali errori si sta parlando?

[LEGGI](#)




Il Dr Chiarello (AARO-EMAC Marche) ad Aria Pulita "incredibile abnegazione dei..."

[LEGGI](#)



Dr Marzilli (AARO-EMAC Abruzzo) al Tg3

[LEGGI](#)




Sciopero Medici 118 Campania

[LEGGI](#)

← →

Dalle Regioni



Dr Amendola (AARO-EMAC Puglia): terapie intensive strapiene

[LEGGI](#)



Dr Coelli (AARO-EMAC Lombardia): "una tempesta senza fine"

[LEGGI](#)




Dr De Simone (AARO-EMAC Toscana): "Terapie intensive già sotto stress"

[LEGGI](#)



Il Dr Nicolini (AARO-EMAC Emilia-Romagna) nel programma Aria Pulita

[LEGGI](#)



In Calabria dieci anni di lacrime e sangue non sono serviti a nulla

[LEGGI](#)

← →

NEWS DALLE REGIONI ▾

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia-Romagna**
- Friuli-Venezia Giulia
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte-Valle d'Aosta
- Puglia
- Toscana
- Sardegna
- Sicilia
- Umbria
- Veneto
- Provincia di Bolzano
- Provincia di Trento

PreOpApp

L'informatizzazione della nostra specialità è un passo importante verso il futuro della stessa. Ben lo hanno capito **Giuliano Bolondi** (Anestesia e Rianimazione, Ospedale M. Bufalini di Cesena) e **Vittorio Ferrari** (Anestesia e Rianimazione, Dipartimento Cardio-toraco-vascolare, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna) **Vincitori del IV Memorial Marco Rambaldi – "APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI – AR StartAPP"**. (vd Box), trampolino di lancio per le più interessanti realtà "smart" del settore.

Come è nato il progetto

"Il premio Rambaldi consente di sviluppare app utili alla pratica clinica di anestesisti e rianimatori. All'epoca del bando eravamo due specializzandi e notavamo la difficoltà di garantire a tutti i pazienti un'adeguata valutazione pre-operatoria, ricordando ogni possibile aspetto anamnestico utile e valutando ogni linea guida e score prognostico nei pochi minuti della visita ambulatoriale. Pertanto, tra le varie idee che avevamo, abbiamo cercato di sfruttare le possibilità offerte dall'informatica e dalle app degli smartphone per cercare di rendere più sicuro, standardizzato e rapido il percorso pre-operatorio dei pazienti".

L'obiettivo della vostra APP

"Le linee guida che vincolano il nostro lavoro si sono moltiplicate e risulta a volte complicato ricordarle e applicarle ad ogni singolo paziente. Inoltre, score validati e utili alla pratica clinica sono rintracciabili su più siti e app differenti, richiedendo l'inserimento ripetuto degli stessi dati clinici. Il desiderio di garantire una valutazione adeguata e di fornire consigli pratici utili alla gestione perioperatoria degli operandi ci ha spinto a sviluppare PreOpApp".

A chi si rivolge

"La app si rivolge ad anestesisti impegnati nelle valutazioni pre-operatorie di pazienti adulti. Due sono i principali vantaggi: primo, li guida nella raccolta di un'anamnesi completa e puntuale, evitando di dimenticare valutazioni chiave, esplorando tutti gli ambiti previsti dalle attuali linee guida; secondo,

grazie agli algoritmi implementati, inserendo una volta sola alcuni dati "chiave" (età, sesso, patologie...), si fornisce il calcolo rapido e automatico di multipli scores prognostici utili alla pratica clinica. La app è totalmente anonima, non registra dati in alcun momento, ha mero valore consultivo e non ha valore medico-legale".

Una vostra riflessione sul premio Rambaldi e sulla necessità di svecchiare la nostra pratica clinica.

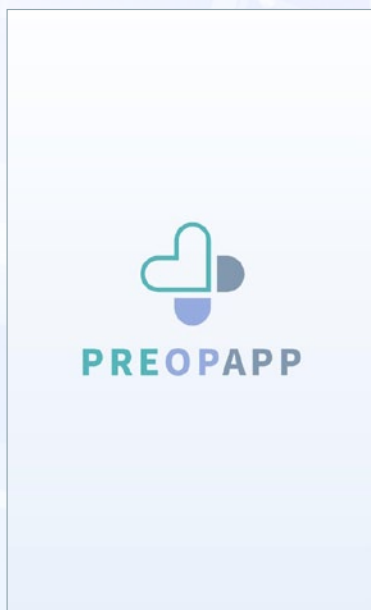
"Il premio Rambaldi risulta molto attuale e innovativo, invitando a sfruttare le possibilità fornite da un campo in grande espansione come quello delle app e dell'informatica "a portata di mano". Ad oggi, pochi altri contesti consentono ai professionisti di sviluppare strumenti di cui avvertono essi stessi il bisogno. La valutazione dell'idea in sé, indipendentemente dal curriculum dei partecipanti, consente inoltre a tutti di partecipare e ambire a vincere.

Quest'anno impegnativo a causa del COVID ha rallentato la produzione della app e ci ha costretti a snellire e semplificare alcune componenti che non escludiamo di implementare in futuro. Ringraziamo AAROI-EMAC Emilia-Romagna per il finanziamento e il supporto di questa esperienza formativa che speriamo possa avere utili ricadute nella pratica clinica dei colleghi. Ringraziamo infine Mumble per il supporto tecnico e i consigli circa la fattibilità della app".

Troverete l'app sui principali store dei nostri smartphone, non vi resta che scaricarla e dare una nuova rotta alla nostra quotidiana pratica clinica.

Chiunque conosca colleghi che abbiano sviluppato applicativi e programmi in campo anestesilogico, intensivistico o più generalmente medico, può inviarmi un loro contatto al mio indirizzo mail:

praimondo@iol.it



Base

Età
50

Peso (kg)
75

Altezza (cm)
180

Continua

Indietro

Patologica

Cardiovascolare
Tap Qui

Coagulazione
Tap Qui

Endocrino/Nutrizione/
Gastrointestinale
Tap Qui

Continua

Indietro

Farmacologia

Anti-Ipertensivi
Calcio antagonisti

Ipoglicemizzanti
Tap Qui

Statina
Si

Continua

Indietro

Tipo di anestesia

Tipo di anestesia
Anestesia Neuroassiale (spinale, peridurale, lombare, erector spinae)

Valutazione vie aeree
Apertura bocca < 4cm

Mallampati
I

Vai ai risultati

Indietro

Risultato

Vie Aeree
Mallampati I

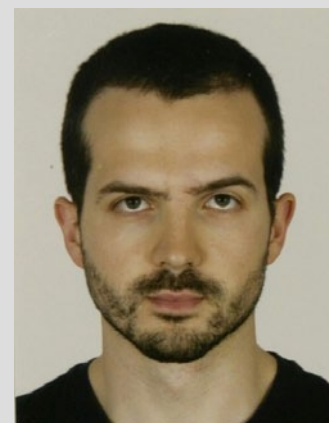
Cardiovascolare
RCRI: Lieve rischio cardiovascolare (IMA o morte cardiaca a 30gg: 6%)

Coagulazione
Alterata coagulazione agli esami di laboratorio
Valuta Rotem o TEG, valuta rischio emorragico

Memorial Marco Rambaldi

Il progetto messo a punto dai Dr Vittorio Ferrari e Giuliano Bolondi ha vinto nel 2019 il IV Memorial Marco Rambaldi – “APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI – AR StartAPP”. La premiazione si è svolta a Roma nel corso del Meeting AAROI-EMAC SAQURE.

Il Concorso è stato istituito dall'AAROI-EMAC Emilia-Romagna per promuovere lo sviluppo della tecnologia in ambiti direttamente collegati all'Anestesia e Rianimazione, in ricordo del Dr Marco Rambaldi, già Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Agostino Estense di Modena, scomparso precocemente, che ha dedicato la sua attività medica ai giovani Anestesisti Rianimatori e all'innovazione tecnologica in Anestesia e Rianimazione con grande professionalità, passione ed entusiasmo.



Il Generale e il Pangolino

Il racconto della pandemia attraverso gli occhi di chi l'ha vissuta da vicino. Gli occhi del Dr Enzo Primerano, Responsabile Terapia Intensiva del Policlinico di Monza, autore del libro "Il Generale e il Pangolino" in cui sono racchiuse "le cronache degli avvenimenti convulsi e incontrollati che caratterizzarono la prima ondata dell'epidemia di SARS-CoV2 in Lombardia". Un racconto che il Dr Primerano ha voluto dedicare a tutti coloro che hanno sacrificato la loro vita nell'adempimento del loro lavoro.

"Lo scompiglio generato dal virus ebbe come effetto diretto quello di mettere a nudo ogni tipo di celata ipocrisia – spiega l'autore –. Ma, come sempre in ogni calamità, fece riemergere tanta solidarietà, fratellanza e calore umano. Come un novello vaso di Pandora scoperto da dove emergono i molteplici errori, offrì agli uomini l'opportunità di correggerli.

Questo uno dei motivi per cui, nell'esposizione di queste cronache, ripeteremo di frequente con cadenza quasi ossessiva il concetto del genere umano come causa dei suoi stessi mali.

La nostra narrazione, inoltre, ci permetterà di sottolineare quanto sia strategica per il bene di un Paese l'organizzazione sanitaria.

E così, in questa cronaca degli avvenimenti che tutti noi abbiamo vissuto si alterneranno il Virus Covid chiamato il Generale, il suo ospite attendente il Pangolino che, da osservatore innocente, vestirà i panni di ambasciatore della madre terra e di tutti suoi micro e macro ecosistemi. Ai due protagonisti si affiancherà il narratore che dalla sua trincea d'ospedale combatte e racconta questa pandemia.

La metafora portante di tutto il racconto – prosegue il Dr Primerano – è la similitudine esistente tra la storia della strategia militare in battaglia e la strategia di cura: infatti, entrambe mettono in campo processi cognitivi logici e tecnologia abbinata alla valutazione delle forze in campo. Ma, mentre la guerra porta sempre distruzione (anche quando parte da giusti principi), la medicina difende la salute e ha come obiettivo primario la cura ed il rispetto della dignità dell'uomo.

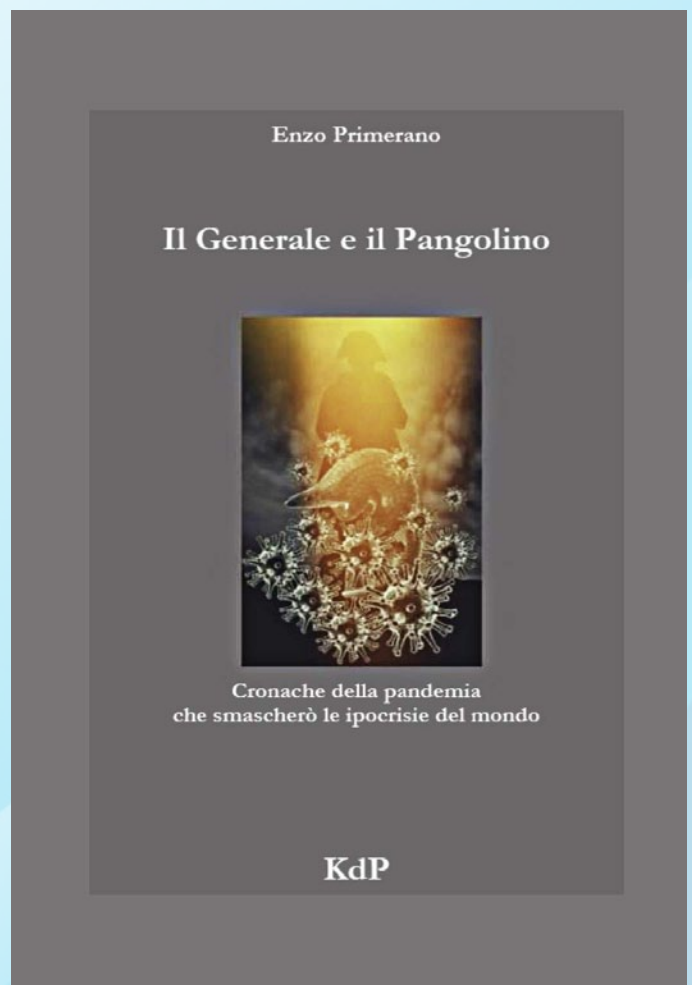
Veri protagonisti del romanzo sono le infermiere e le dottoresse, gli infermieri, i medici e il personale tutto che dentro e fuori dagli ospedali si è prodigato nello sforzo di salvare tanta gente, mettendo a rischio la propria salute e quella dei propri cari.

Purtroppo molti di loro non sono più qui con noi a testimoniare ed a tutti loro, nessuno escluso va il nostro ricordo".

È possibile acquistare "Il Generale e il Pangolino" sul canale Amazon al link:

https://www.amazon.it/dp/B08QS68V6W/ref=rdr_kindle_ext_tmb

I proventi delle vendite saranno devoluti in beneficenza.



La linea delle cure

Un libro nato dalla solidarietà dei Colleghi nel periodo più difficile di un'intera carriera. È "La linea delle cure", in cui l'autore, il Dr Mauro Proietti Pannunzi, Responsabile Servizio Anestesia e Rianimazione della CASA DI CURA "Villa dei Pini" di Civitanova Marche, racconta "60 giorni di un viaggio molto duro e difficile".

Di seguito la presentazione del libro a cura dell'Autore:

Non so quale sarà il mio compito nella nave. So solo che non posso abbandonarla. Perché sono un medico. Perché sono orgogliosamente anestesista rianimatore. Perché la paura, di nuovo, la si vince solo affrontandola e guardandola negli occhi.

Con queste parole ho voluto chiudere la post-fazione del mio diario.

Perché di questo si tratta. Del diario di bordo di un modesto Anestesista Rianimatore di una piccola ma ben organizzata e combattiva realtà ai confini dell'impero sanitario.

Come è nato questo diario? Quasi per caso, in una sera di fine turno. In un mio post quasi accorato sul gruppo facebook della nostra Associazione, Anestesiisti Rianimatori 3.0. Quando la solidarietà di tanti colleghi, e per primo del Presidente Nazionale AA-ROI-EMAC, Alessandro Vergallo, mi ha accompagnato in una delle tante notti insonni. E che mi ha dato il desiderio di raccontare, anche per sfogarmi, la vita sospesa di quelle giornate.

Di un Anestesista ormai quasi alla fine della sua carriera, cominciata 40 anni fa, che mai e poi mai si sarebbe immaginato, come del resto tutti, che avrebbe dovuto affrontare questa tempesta.

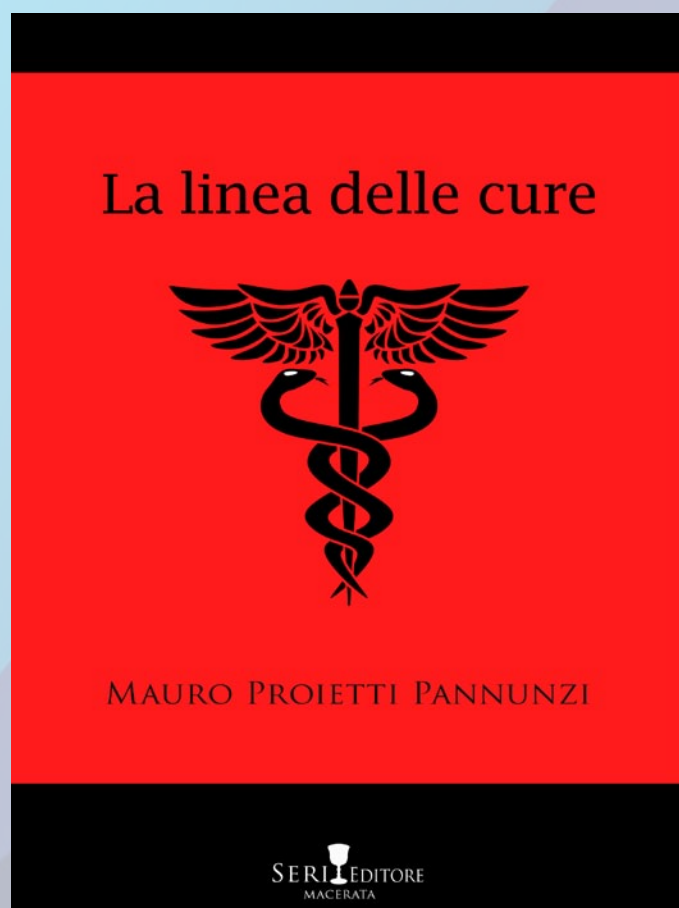
Anestesista che infatti proprio all'inizio definisco ignaro. E che acquisterà la consapevolezza di quanto lo travolge in 60 giorni di un viaggio molto duro e difficile, pieno di dubbi e paure, ma ricco di solidarietà umana.

Che lo rende simile a quelli che lo hanno accompagnato e sostenuto. Che poi proprio per questo sono diventati "una banda di fratelli". E che lasciano anche

loro la testimonianza scritta di un'esperienza che mi ha fatto dire in alcune occasioni di discussione e presentazione di questa piccola opera, lasciando tra i secolati chi mi ascoltava, che compiangio chi non ha avuto la possibilità di farla.

Chiudo con le parole di una amica giornalista, ma anche compagna di classe al Liceo che penso possano essere dedicate a tutti noi.

Vivere un periodo del genere, uno sconvolgimento epocale come questo, attraverso le parole, i sentimenti, le angosce di coloro che hanno combattuto in prima linea, sentire forte l'odore acre della paura e allo stesso tempo ancorarsi alla forza e alla determinazione di chi, malgrado tutto, ha lottato, (e continua a farlo) con tutte le forze possibili, ed oltre, aiuta tutti noi. Sì, noi che ci affidiamo ai loro consigli, alla loro sicurezza (anche quando non c'è), alla loro capacità ed esperienza.



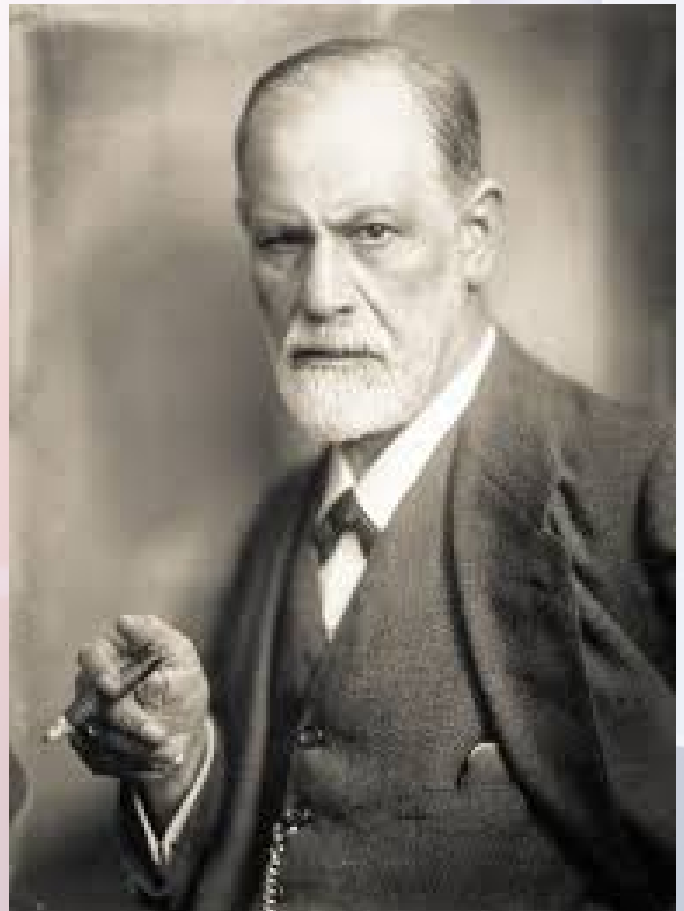
Medici che si ammalano

Esperienze vissute non solo con sofferenza ma anche con quella determinazione necessaria per ritornare alla normalità, consapevoli che la malattia bussava alla porta di ognuno e, per questo, lo “status di paziente-medico” richiede una ulteriore dose di speranza e di ottimismo

di Ernesto Bodini (giornalista scientifico e biografo)

L'attaccamento alla vita, si sa, è naturale in tutti e le eccezioni non intaccano minimamente il principio universale del desiderio e della volontà di vivere. Ciò nonostante, forse non sono molti a chiedersi che cosa succede ad un medico quando passa “dall'altra parte”. L'argomento è forse poco studiato, o un po' trascurato, o forse perché suscita qualche ingiustificata ritrosia mentre in realtà è ricco di aspetti particolarmente umani... non diversi da tanti pazienti non medici. Ed è per queste ragioni che tale aspetto merita qualche approfondimento vagando tra letture biografiche, autobiografiche e qualche testimonianza diretta. La mia consuetudine con il mondo medico e sanitario in tutti questi anni mi ha portato, oltre che ad approfondire in letteratura storie di vita vissuta, a constatare che sarebbe “doveroso” chiedersi, di tanto in tanto, cosa succede ad un medico quando è lui ad ammalarsi. Soprattutto negli ultimi venti-venticinque anni ho potuto raccogliere e divulgare testimonianze i cui protagonisti sono proprio i medici che, come ogni comune mortale, non sono immuni da patologie (anche severe), da problemi psicosociali e dal trovarsi di fronte a difficoltà nell'affrontarli. Tra i miei approcci letterari il primo “interesse” si è soffermato sulla loro esperienza di malati oncologici, e più specificatamente sulla parola cancro, ponendomi il seguente quesito: come superare il cancro o una qualunque altra grave patologia dal punto di vista fisico e psicologico? Probabilmente inseguendo, più o meno in modo spasmodico, quel mero fatalismo il

cui richiamo è al concetto di morte in quanto parte della vita, e al tempo stesso il rifiuto è anormale oltre che dannoso. Emblematica e storicamente nota è l'esperienza di **Sigmund Freud** (1856-1939, nella foto) medico e padre della psicoanalisi che, avanti con gli anni, fu affetto da una neoplasia del cavo orale che



gli fu comunicata dal dottor **Felix Deutsch** (1884-1964). L'autorevole paziente non si scompose e a 67 anni fu sottoposto ad un primo intervento chirurgico, seguito da altri due per l'asportazione parziale del mascellare e del palato, compensata da una protesi artificiale del palato con pessima qualità di vita, ma stoicamente affermò: «*La vita non mi dà gioia, da diversi punti di vista sono un relitto, ma essendo in possesso delle mie facoltà intellettuali, lavoro ancora. Preferisco pensare tra i tormenti che non pensare*». Unico conforto l'uso della cocaina e, ormai vicino agli 83 anni, decise di attivare l'eutanasia attiva e, il 23 settembre del 1939, il suo medico personale dott. **Max Schur** (1897-1969), gli iniettò per via endovenosa una doppia dose di morfina, inducendo il coma, e una successiva, mortale. Questo è certamente un caso limite che fa parte della storia, sia pur non molto data, che oggi difficilmente si ripeterebbe con lo stesso epilogo forse perché il concetto di morte ha un'altra valenza, e l'attaccamento alla vita è sempre più radicato... anche negli stessi medici in versione di pazienti. Un'autobiografia che mi ha particolarmente coinvolto reca il titolo **Anatomia della speranza. Come reagire davanti alla malattia** (Ed. Vita & Pensiero, 2006) del prof. **Jerome Groopman** (1952), oncologo e scrittore di Boston che, a causa di un intervento chirurgico non riuscito alla colonna vertebrale, ha vissuto per un lunghissimo periodo in condizioni di ridotte prestazioni fisiche con periodiche riacutizzazioni delle sequele. Toccante e ottimistica la reazione alla sua esperienza, tanto da affermare: «*Mi sono sentito come mi avessero restituito la vita e ho capito che solo la speranza ritrovata mi aveva spinto a partecipare a un programma terapeutico impegnativo e fornito la determinazione necessaria a portarlo a termine. Senza la speranza avrei trascorso il resto dei miei giorni prigioniero della sofferenza... Sono convinto che la speranza abbia avuto effetti reali e profondi non solo sul mio stato emotivo, ma anche su quello più propriamente fisico*». Più "nostrana" l'esperienza del prof. **Gianni Bonadonna** (1934-2015), eminente oncologo che fu direttore dell'Istituto Tumori di Milano. Anch'egli scrittore, fu colpito da ictus cui seguì un lungo calvario dei sintomi inizialmente sottovalutati, poi il malessere, il ricovero, l'intervento e quindi la riabilitazione che hanno messo a dura prova anche il suo "status" di medico; pian piano superato grazie anche all'aiuto di colleghi e allievi-collaboratori, oltre che dalla sua famiglia, per poi rientrare al lavoro. Una confortante ripresa come si evince dall'autobiografia **Dall'altra**

parte: storia di tre medici ammalati (Ed. Rizzoli, 2006), scritta insieme al cardiocirurgo **Sandro Bartoccioni** (1947-2006), ammalatosi di tumore gastrico, e a **Francesco Sartori** insigne chirurgo toracico sopravvissuto alle multiple recidive di un melanoma. «*Il medico ammalato – hanno scritto – è l'unico in grado di operare una sintesi fra Medicina e sofferenza, conoscendole entrambe nel profondo, e quella sintesi può essere vitale per rifondare una sanità più vicina alle persone*».

Anche la dottoressa **Elisabetta Fanzago** (nella foto), torinese, anestesista in ambito ostetrico-ginecologico all'ospedale di Asti (oggi in pensione), e grande



sostenitrice del diritto al parto indolore, ha conosciuto presto la sofferenza a causa di una displasia congenita dell'anca, più volte operata. Il suo è stato un percorso clinico lungo e travagliato che non le ha precluso il desiderio di diventare medico. In seguito l'esperienza di medico-malato è andata oltre perché nel 2002 le è stato diagnosticato un Linfoma non Hodgkin follicolare. «*La prognosi – ha spiegato più volte – era di 6-12 mesi se non mi fossi sottoposta ad una terapia molto pesante dal punto di vista sia fisico che psicologico, che è durata circa 8 mesi. Ho continuato a lottare affidandomi alla professionalità dei colleghi, instaurando nel contempo un buon rapporto empatico. In seguito sono stata sottoposta all'autotrapianto, ma*

dopo 6 mesi si è manifestata una recidiva, rendendomi sempre più cosciente che da quel momento sarebbe stato più difficile tenere sotto controllo la malattia. Oggi, la situazione è stabile, priva di malattia: dopo le recidive ho sconfitto il Linfoma grazie alla Vaccinoterapia contro le mie stesse cellule patologiche, che ha permesso di potenziare il mio sistema immunologico di difesa».

Restando nella realtà piemontese il dottor **F.C.**, 62 anni, che esercita nell'ambito della Medicina del Territorio, in seguito ad un malessere generalizzato e alla comparsa di una consistente epistassi, dieci anni fa venne ricoverato nel reparto di Ematologia dell'ospedale Molinette di Torino, dove gli fu diagnosticato un Linfoma non-Hodgkin a grandi cellule B con interessamento del rene sinistro. «Fui curato – spiega – da medici e infermieri di elevato livello professionale, ma anche di grande apporto umano e relazionale. Fui sottoposto ad una serie di iniezioni a livello lombare, biopsie ossee, e quindi a cicli di chemioterapia e infine a trapianto di midollo; tutte procedure delicate effettuate con grande spirito di umanizzazione, peraltro tanto citato nei documenti programmatici ma non sempre riscontrabile nei reparti. Il totale coinvolgimento di medici ed infermieri ha contribuito ad un rapporto empatico significativo non solo per gli esiti positivi delle cure, ma anche per avermi lasciato il piacevole ricordo di una esperienza in cui al primo posto ha prevalso il paziente in quanto persona e non quella di collega-paziente».

Una testimonianza, quest'ultima, non meno significativa di quella del savonese (ma torinese di adozione) dottor **Massimo Capricci** (65 anni, nella foto),



otorinolaringoiatra all'ospedale Molinette di Torino, e responsabile dell'Area Medica del Comitato Regionale ASI del Piemonte di Sante Zaza. Nell'aprile 2020 il clinico è stato colpito dal Covid-19 accusando una serie di sintomi, inizialmente "sottovalutati" in quanto non collegati al Coronavirus, ma nei giorni successivi per l'aggravamento degli stessi si è fatto ricoverare nello stesso ospedale dove in seguito agli accertamenti del caso gli è stata diagnosticata una polmonite interstiziale. Quindi sottoposto a terapia iniettiva di antibiotici, anticoagulanti, antivirali, e all'applicazione della cosiddetta CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) per tre giorni, ma alcuni giorni dopo si è verificato un ulteriore peggioramento dei sintomi confermati da due Tac polmonari, è stato quindi intubato per 11 giorni e in seguito trasferito dalla Rianimazione al reparto di Medicina sino al 18 maggio, giorno delle dimissioni. Durante il ricovero ha perso 22 Kg. con conseguente riduzione del tono muscolare. «Ma al risveglio dalla terapia intensiva – spiega – ho temuto di aver subito la tracheotomia, che però non mi è stata fatta e subito dopo ho iniziato la riabilitazione fisioterapica, oltre a fruire di un supporto psicologico che peraltro è stato molto utile durante la degenza in Rianimazione». Un'esperienza che lo ha segnato molto essendosi immedesimato nel dramma di altri pazienti, soprattutto anziani con patologie pregresse e resi impotenti. Ma il supporto dei colleghi e della sua famiglia è stato considerevole non tanto per essere medico quanto per il fatto che era un paziente, esattamente come altri. «Da medico – aggiunge –, essere a conoscenza di tutte le possibili complicanze, totalmente passivo, inerme, determina un problema psico-logico non indifferente». Ma il rapporto empatico tra medico e paziente può migliorare la prognosi? «Se c'è una buona empatia tra medico e paziente il decorso può migliorare, e in merito ho avuto testimonianze di conferma da parte di pazienti che ho operato anni prima. E in questa esperienza personale la mia empatia verso i colleghi medici si è intensificata». Oggi, a distanza di alcuni mesi, il dottor Capricci si è ristabilito ed è tornato ad esercitare la professione, conscio che quando il medico diventa paziente è una "questione" non speciale ma umana, e che non sempre tra chi è malato e chi lo cura si manifesta uno squilibrio di potere come comunemente si è talvolta portati a pensare, ma è indubbio che quando il medico passa "dall'altra parte" vive un'esperienza insolita e talvolta anche drammatica.

Ulteriori testimonianze si stanno sommando proprio a causa della pandemia di Coronavirus, rese ulteriormente note dalla pubblicazione **Emozioni virali – Le voci dei medici dalla pandemia**, a cura di **Luisa Sodano** (Il Pensiero Scientifico Editore, pagg. 179, € 18,00). Non solo racconti di medici dediti alla cura



e all'assistenza di pazienti affetti dalla Sars-CoV-2, ma anche di medici che hanno essi stessi vissuto l'esperienza di questo dramma pandemico. È il caso ad esempio, del dottor **Alberto Bassi**, dermatologo a Piacenza, ammalatosi nel marzo 2020 in piena pandemia, accusando una serie di sintomi, praticamente ormai noti a tutti. Perfettamente conscio del suo status di clinico e soprattutto nel constatare l'aggravarsi dell'iniziale decorso, si è fatto ricoverare all'ospedale di Castel San Giovanni dove è stato seguito amorevolmente da colleghi medici e infermieri. Sottoposto alla CPAP per nove giorni con il notevole disagio della "sopportazione", per poi passare agli occhialini e ad un processo di cure tra prelievi e terapie iniettive..., e il fatto di aver perso 18 Kg. ha comportato un breve periodo

di svezzamento. *«Ricordo i primi dieci passi fuori dal letto – racconta – sostenuto dal fisioterapista. Ho iniziato a riconoscere i colleghi e gli infermieri dai loro sguardi e dalle loro voci, vedendoli come erano tutti bardati. Queste persone, massacrate da turni disumani, infaticabili nella loro opera di assistenza, mi hanno sempre sostenuto con i loro pollici alzati, i loro "Forza!!", le loro mani delicatamente a contatto con la mia spalla, e anche le lattine di Coca Cola che la "mia" dottoressa mi portava al mattino mi sono servite per mantenere i contatti con la vita. A loro va la mia riconoscenza, senza di loro non ce l'avrei mai fatta... Sono stati il loro affetto, il loro calore umano che mi hanno sostenuto nella mia battaglia».* Ed è così che dopo quasi un mese di terapia intensiva il dottor Bassi è stato dimesso con i saluti festosi di infermieri e colleghi; in ambulanza (questa volta a sirene spente) verso casa dove ad attenderlo c'erano la moglie e il figlio rigorosamente con la mascherina sul viso, e una commossa telefonata oltre oceano con l'altro figlio. *«Pensando a quei momenti – conclude nel suo breve capitolo – mi scendevano le lacrime, lacrime di gioia... Sono sopravvissuto, sono vivo».* Un epilogo questo, in positivo, ma non altrettanto per altri suoi colleghi medici (ma anche infermieri) che non ce l'hanno fatta. E tutti quelli sopravvissuti (giovani e meno giovani), che continuano con estrema dedizione a combattere questa lotta impari, rappresentano la massima espressione dell'attività medica e sanitaria consci che smettere il camice per indossare il pigiama, significa accettare la malattia non con rassegnazione ma con una maggiore volontà per uscire dal tunnel della sofferenza e del compatimento. E in taluni casi lottando anche contro la burocrazia in sanità che, a volte, non risparmia neppure gli stessi medici. Io credo che l'esperienza di malattia il medico deve cercare di viverla nel senso più completo... proprio perché è un'occasione per mettersi a "nudo", per indagare dentro di sé, come è in realtà. *«Questa presa di coscienza – sosteneva un cattedratico torinese nel corso di un convegno dei medici cattolici – è identificabile nell'angoscia di morte, che tocca tutti gli esseri umani. Ma sta a noi vivere in modo positivo».*

Estensione Gratuita Copertura Assicurativa per Campagna Vaccinale Covid-19

Con grande soddisfazione che vi informiamo di aver ottenuto dal nostro Broker Aon, nel percorso del “miglioramento continuo” che perseguiamo costantemente nell’ambito delle nostre Convenzioni Assicurative di copertura dei rischi professionali riservate agli Iscritti alla nostra Associazione in regola con il pagamento delle quote associative, l’inclusione gratuita sin dall’inizio della pandemia, per tutti gli Iscritti, delle attività di assistenza prestate a qualunque titolo al fine di fronteggiare l’emergenza sanitaria Covid-19 durante l’intera durata dell’emergenza stessa, delle attività prestate come medico impegnato professionalmente, con qualsiasi modalità, nella campagna vaccinale.

Naturalmente la copertura è assicurata sia dalla polizza di Responsabilità Civile che dalla Polizza di Tutela Legale Penale senza aggravii di premio da pagare anche in quest’ambito per tale emergenza.

Mentre tanti altri si limitano a parlare, o a proporre addendum assicurativi vari a pagamento, noi mettiamo a disposizione dei nostri Iscritti gratuitamente tutto ciò che sotto il profilo assicurativo occorre loro per lavorare in serenità, e – si badi bene – sempre senza ricorrere a sottoprodotti di sola “colpa grave”, ma con Polizze vevolevoli per qualsiasi grado di colpa.

Sono certo che a nessuno di noi sfuggirà l’importanza di quest’estensione, che sottolineiamo essere gratuita, considerate anche le notizie che recentemente si sono via via sovrapposte al riguardo delle responsabilità professionali connesse alla campagna vaccinale in argomento, in quanto consente a tutti i nostri Iscritti che per qualsivoglia motivazio-

ne o organizzazione del lavoro siano coinvolti nella campagna vaccinale o intendano aderirvi, la massima tutela possibile.

Va comunque stigmatizzato il fatto che il Governo italiano, sia nella sua composizione attuale sia in quella precedente, ha finora applicato per la Pandemia ancora in corso misure emergenziali, ma lasciando immutate le leggi vigenti. Le possibili implicazioni medico-legali della campagna emergenziale di somministrazione vaccini, sia immediate che a distanza, devono invece vedere contestualmente anche modifiche legislative emergenziali a tutela di tutti gli operatori coinvolti, compreso il personale infermieristico, e non solo per la campagna vaccinale.

Ecco perché l’estensione assicurativa delle nostre Polizze, che pur è preziosa, non ci esimerà dall’insistere, in tutte le sedi istituzionali anche e soprattutto politiche, anche in coordinamento con le altre Sigle Sindacali e più in generale con le altre Associazioni e Società rappresentative dei Sanitari Italiani, sulla necessità di uno “scudo giuridico” (quindi non solo penale) per tutti i Colleghi che da oltre un anno, hanno curato e stanno continuando a curare, con un impegno e una professionalità che hanno dimostrato anche un’abnegazione personale esemplare, i pazienti più gravemente colpiti dalla malattia, tra i quali senza alcun dubbio – in primis – i Medici che l’AAROI-EMAC ha l’onore di rappresentare.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

Per le donne medico un futuro ancora in salita

I dati di crescita professionale ed economica rilevato per gli uomini che vedono crescere i propri guadagni in virtù della maggiore esperienza e/o di un titolo di studio superiore non corrispondono altrettanto per le donne, la cui esperienza e conoscenza sembrano essere meno apprezzate dal mercato.

Purtroppo, anche le donne medico non sfuggono a tale *gender gap* se si considerano i dati rilevati dall'Enpam che mostrano come, a parità di ruolo, una donna medico guadagna, in media, il 30% in meno rispetto ad un suo collega maschio.

Le professioniste nella classe di età 60-69 anni presentano redditi in media di circa 46 mila euro rispetto ai 68 mila notificati dai loro colleghi dell'altro sesso. I dati relativi alle classi di età più giovani tendono a confermare la disparità retributiva di genere all'interno del SSN. Nella fascia d'età 20-29 anni i medici uomini che svolgono libera professione denunciano circa 22 mila euro l'anno contro i 17 mila delle donne, mentre tra 30-39 anni i maschi guadagnano 44 mila euro contro i 32 mila delle femmine. Rilevante, poi, la differenza che emerge analizzando le rendite dei medici dai 40 ai 49 anni. Gli uomini dichiarano redditi per circa 70 mila euro, le donne superano di poco i 50 mila l'anno. Di contro si delinea in questi anni il fenomeno della "femminilizzazione" con l'aumento del numero delle donne medico.

Gli uomini, tra i medici, sono ancora in vantaggio, ma si tratta di una maggioranza sempre più risicata: sono, infatti, il 55% del totale, e precisamente 218.226 contro 178.062 colleghe donne. Condizio-

ne a cui non fa, comunque, riscontro un aumento della presenza delle stesse nelle posizioni di vertice. Il *gender gap* delle donne medico può, in parte spiegarsi, perché esse devono costantemente cimentarsi con carenza di modalità di flessibilità nell'organizzazione del lavoro e quindi con le ridotte possibilità di bilanciare il lavoro e le responsabilità familiari, rimanendo il più delle volte ingabbiate in quel "soffitto di cristallo" nel proprio percorso professionale sanitario.

Va detto, inoltre, secondo quanto riportato dall'indagine della Confederazione Europea dei Sindacati, che la trasparenza salariale è essenziale per consentire ai sindacati di individuare la presenza di un divario retributivo di genere e di influenzare il contenuto e la portata delle trattative salariali e dei contratti collettivi. La difficoltà ad ottenere dati disaggregati per genere e la mancanza di trasparenza salariale costituiscono due ostacoli significativi al superamento dell'asimmetria retributiva tra uomini e donne ed anche poter influenzare il contenuto e la portata delle trattative salariali e dei contratti collettivi.

L'equilibrio di genere nelle delegazioni trattanti, inoltre, è fattore di fondamentale importanza per modificare il pensiero sindacale sulla parità di genere, perché consentirebbe di integrare con nuove prospettive l'agenda negoziale, arricchendo e promuovendo nuovi approcci nella contrattazione con un cambiamento culturale e di azione, grazie alle dirette esperienze e alle specifiche conoscenze delle negoziatrici donne.

ISCRITTI PER FASCIA D'ETA' ALBO E SESSO							
FASCIA ETA'	MEDICI MASCHI	MEDICI FEMMINE	ODONTOIATRI MASCHI	ODONTOIATRI FEMMINE	DOPPI ISCRITTI MASCHI	DOPPI ISCRITTI FEMMINE	TOTALE FASCIA D'ETA'
MINORE UGUALE di 24	1	3	7	6	0	0	17
TRA i 25 e i 29	12.005	15.155	1.821	1.668	0	0	30.649
TRA i 30 e i 34	15.557	20.665	2.945	2.114	19	8	41.308
TRA i 35 e i 39	12.074	20.152	2.502	2.004	39	16	36.787
TRA i 40 e i 44	10.666	18.817	2.934	2.272	33	9	34.731
TRA i 45 e i 49	11.668	17.801	2.937	1.804	53	21	34.284
TRA i 50 e i 54	11.427	13.021	3.204	1.511	261	107	29.531
TRA i 55 e i 59	19.751	17.618	3.550	1.308	2.009	634	44.870
TRA i 60 e i 64	31.710	22.105	1.863	470	6.588	1.670	64.406
TRA i 65 e i 69	42.708	21.528	1.227	263	8.395	1.359	75.480
TRA i 70 e i 74	28.933	7.423	547	71	3.264	280	40.518
MAGGIORE UGUALE di 75	21.726	3.774	361	38	1.314	90	27.303
TOTALE GENERALE	218.226	178.062	23.898	13.529	21.975	4.194	459.884

TOTALE ALBO MEDICI 396.288
TOTALE ALBO ODONTOIATRI 63.596
TOTALE DOPPI ISCRITTI 26.169

Elaborazione a cura del CED-FNOMCeO 2 marzo 2021

Medici a 70 anni: la Funzione Pubblica si pronuncia

La Funzione pubblica ha espresso recentemente un parere nel merito alla possibilità da parte dei sanitari dipendenti dal SSN di poter chiedere il mantenimento in servizio oltre il limite dei 40 anni di servizio effettivo

Un'unità sanitaria aveva chiesto di conoscere il parere della F.P. riguardo a quanto indicato dalla legge n.126/2020 con particolare riferimento alla sussistenza di discrezionalità, in capo all'azienda a fronte della domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio anche oltre il limite del 40° anno di servizio effettivo – comunque non oltre il 70° anno di età – presentata dai dirigenti medici e sanitari del SSN, sottolineata da alcune puntuali condizioni: 1). fissazione del limite temporale per la prosecuzione non oltre il settantesimo anno d'età del richiedente; 2). esistenza di criteri organizzativi predeterminati con apposito atto aziendale; 3). obbligo di indire le procedure di reclutamento senza ritardo e comunque non oltre centottanta giorni dalla data di adozione del provvedimento di trattenimento in servizio.

La Funzione Pubblica, per consentire una corretta interpretazione della disposizione in esame ed inquadrare correttamente la portata delle citate recenti modifiche, ha ripercorso sinteticamente la "storia" della norma stessa sino alla più recente determinazione con cui è stato modificato l'impianto con cui, i dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale possono presentare domanda di autorizzazione per il trattenimento in servizio anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo, comunque non oltre il settantesimo anno di età, ampliando la platea dei sanitari aventi diritto con la giustificazione dell'acuirsi della situazione emergenziale dovuta alla diffusione del COVID-19, innestandosi nell'ambito più generale delle misure di sostegno a diversi settori in connessione all'emergenza epidemiologica.

Tuttavia la stessa determinazione rileva, preliminarmente, che la modifica intervenuta non possa giustificare il superamento del divieto di incre-

mentare il numero dei dirigenti, previsto espressamente dal comma 1 dell'articolo 15-nonies del decreto legislativo 30/12/ 1992, n. 502. Infatti, pur considerando che la disciplina recata dal citato articolo 15-nonies, si configura in ambito ordinario come un diritto potestativo per il dirigente che ne faccia richiesta nei termini indicati dalla norma, tuttavia detta deroga è pur sempre legata al raggiungimento degli obiettivi enunciati dalla norma stessa, essendo funzionale agli stessi. Ai fini dell'accoglimento delle istanze in argomento, permane, quindi, in capo all'amministrazione l'obbligo di verificare che l'autorizzazione a tali prosecuzioni non determini un incremento del numero dei dirigenti.

Tanto premesso mentre appare pacifica la volontà del legislatore di eliminare la condizione di cui al punto 3) sopra indicato (obbligo concorsuale per procedure di reclutamento) la F.P. ritiene che il legislatore, sempre in un'ottica di semplificazione procedimentale connessa alla crisi emergenziale dovuta al diffondersi del Covid-19, abbia inteso eliminare l'obbligo formale di dotarsi di criteri organizzativi predeterminati con apposito atto aziendale. Tuttavia appare pur sempre necessario, ai fini dell'autorizzazione al trattenimento in servizio di cui si tratta, che l'amministrazione effettui in concreto una ponderata valutazione in ordine alla funzionalità dell'utilizzo della deroga rispetto all'ottimale perseguimento degli obiettivi predeterminati dal legislatore, tenendo, comunque, conto delle reali esigenze organizzative della stessa amministrazione, del vincolo generale posto al numero dei dirigenti, nonché garantendo la parità di trattamento tra i richiedenti.

Conclusivamente, non si è ritenuto che, nella fattispecie in esame, le amministrazioni possano accettare la richiesta di trattenimento in servizio senza aver preventivamente effettuato le dovute valutazioni in ordine al ricorrere dei presupposti sopra enunciati.

Articolo del 10 Marzo 2021

Covid: speranza di vita e pensioni

Pensione anticipata più vicina rispetto alle vecchie regole, grazie al blocco degli scatti degli adeguamenti alle aspettative di vita. Il che vale anche per chi aspira a ritirarsi nel 2021.

Resta ancora la finestra mobile di tre mesi fra maturazione del diritto e decorrenza della pensione. Gli scatti di incremento dell'anzianità richiesta per andare in pensione sono stati stabiliti dalla legge di riforma previdenziale Fornero che ha introdotto la regola di una valutazione periodica (triennale fino al 2019 e poi biennale) dell'incremento della speranza di vita a cui ricollegare l'età e il numero dei contributi per l'accesso alla pensione di anzianità ed anche di vecchiaia necessaria ai fini di un contenimento della spesa pensionistica su livelli sostenibili a lungo termine.

Risalendo nel tempo dobbiamo rilevare che gli incrementi si sono susseguiti a ritmo spesso sostenuto. Eliminate le pensioni d'anzianità, sino al 2011 possibili al raggiungimento di quarant'anni di contributi indipendentemente dall'età, è stata introdotta la pensione definita "anticipata" con almeno 41 anni di contribuzione per le donne e 42 anni per gli uomini.

Già nel 2012 era stato previsto un piccolo incremento di un mese. Ma il colpo più duro si è avuto nel 2013 con la risalita di quattro mesi che portava il minimo a 41 anni e 5 mesi per le donne e a 42 anni e 5 mesi per gli uomini. Ma la risalita non si è fermata. Nel 2014 è stato previsto un mese in più, ed un altro mese nel 2015 sino ad arrivare, nel 2016, ad un altro ampio "scalone" che ha portato a 41 anni e 10 mesi la contribuzione necessaria per ottenere la pensione anticipata per le donne e 42 anni e 10 mesi per gli uomini. Fortunatamente il decreto-legge n. 4 del 2019, convertito dalla legge n. 26 del 2019, è intervenuto a bloccare questa escalation. Il requisito contributivo per conseguire il diritto alla pensione anticipata, nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 ed il 31 dicembre 2026, è stato fissato a 42 anni e 10 mesi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne. In verità lo sforzo per disattivare l'aumento è stato modesto essendosi, per il 2019, registrato un incremento della speranza di vita assolutamente minimo.

Ma se questi incrementi si sono realizzati nel passato, con un evidente aggravio per gli interessati per gli anni di contribuzione richiesti, nell'ultimo rapporto, l'ottavo, presentato dall'Istat sul Benessere equo e sostenibile (Bes), il capitolo salute ha rileva-

to, in particolare, che l'evoluzione positiva della speranza di vita alla nascita tra il 2010 e il 2019, pur con evidenti disuguaglianze geografiche e di genere, è stata duramente frenata dal Covid-19 che ha annullato, completamente nel Nord e parzialmente nelle altre aree del Paese, i guadagni in anni di vita attesi maturati nel decennio. A fronte di una stima di circa 0,9 anni perduti complessivamente a livello nazionale (da 83,2 a 82,3 anni), emerge una forte eterogeneità tra i diversi territori, con uno svuotamento, in termini di anni vissuti, più marcato nelle regioni settentrionali (da 83,6 a 82,1 anni attesi), rispetto al Centro (da 83,6 a 83,1) e al Mezzogiorno (da 82,5 a 82,2). In particolare, guardando alle singole regioni, nel 2020 il calo atteso più forte nella speranza di vita alla nascita si è registrato in Lombardia, in cui la mortalità nel corso dell'anno provocherebbe una perdita di circa 2,4 anni (da 83,7 a 81,2), seguita, in ordine decrescente, dalla Valle d'Aosta -1,8 anni (da 82,7 a 80,9), dalle Marche -1,4 anni (da 84 a 82,6), dal Piemonte -1,3 anni (da 82,9 a 81,6) e dal Trentino-Alto Adige -1,3 anni (da 84,1 a 82,8). Riduzioni superiori ad 1 anno verrebbero inoltre registrate anche in Liguria (-1,2 anni; da 83,1 a 81,9), Puglia (-1,2 anni; da 83,3 a 82,1) ed Emilia-Romagna (-1,2 anni; da 83,6 a 82,4). La speranza di vita alla nascita rimane invece sostanzialmente invariata in Basilicata e Calabria e diminuisce solo lievemente nella maggior parte delle regioni del Mezzogiorno, ad eccezione di Abruzzo e Sardegna, dove si stima un calo intorno ad 1 anno di vita: rispettivamente da 83,4 a 82,4 e da 83,1 a 82,1.

A fronte di questi dati si sarebbe potuto pensare che, così come al crescere della speranza di vita l'aumento, previsto ogni biennio dalla riforma Fornero del 2012 prevedeva che l'età delle pensioni subisse un incremento di 3 mesi ogni 2 anni, al decrescere della speranza di vita si sarebbe potuto attendere anche un piccolo decremento dei dieci mesi oggi necessari, oltre i 41 anni per le donne e i 42 per gli uomini richiesti per il pensionamento anticipato.

Ma questo non potrà avvenire perché la Legge di Stabilità del 2017 è intervenuta modificando il metodo di confronto con gli anni precedenti e stabilendo che eventuali adeguamenti in negativo non siano applicati direttamente ma conguagliati con successivi aumenti.

Articolo del 15 Marzo 2021

Quesiti dal web

L'AARO-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Domenico Minniti
(Presidente Sez. Reg. AARO-EMAC Calabria),
Coordinatore Commissione Nazionale CCNL)
e
Arturo Citino
(Coordinatore Formazione Sindacale)



Lavoro in un Ospedale che contempla due guardie attive, una di rianimazione e una di emergenza. Qualora il collega di emergenza dovesse mancare per un trasferimento fuori ospedale lasciandomi unica anestesista di presidio durante le guardie diurne, se dovesse verificarsi un'emergenza di qualunque tipo sono autorizzata a lasciare scoperto il reparto senza un ordine scritto o una eventuale direttiva precedentemente autorizzata nel caso in cui questo evento si verificasse? Dal punto di vista legale potrei essere perseguibile per abbandono della guardia attiva di reparto per cui sono stata comandata quel giorno?

Il piano annuale delle emergenze, materia delle relazioni sindacali, dovrebbe attenzionare il problema, magari attraverso l'istituzione di una Pronta Disponibilità ad hoc.

In ogni caso, le eventuali differenti situazioni andranno valutate singolarmente.

Se si tratta di una reale emergenza esterna al reparto, per una procedura salvavita, non immaginiamo un motivo per il quale non si possano/debbero lasciare pazienti stabilizzati in Terapia Intensiva per soccorrerne un altro in Pronto Soccorso o in altra Unità Operativa.

A questo proposito, l'articolo 54 del Codice Penale, rubricato "Stato di necessità", dovrebbe invitarci a riflettere:

"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pe-

ricolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo". Poi, naturalmente, il giudizio, in tribunale, può anche essere difficile da pronosticare, ma in linea di massima, *"sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo"* come recita la dottrina, non rifiuteremmo il nostro soccorso, se la situazione in reparto fosse "tranquilla".

Quali sono gli effetti di una valutazione data nella scheda di valutazione annuale individuale del Dipendente dirigente medico che viene eseguita dal primario periodicamente?

Le valutazioni della nostra Usl sono omogenee tra di noi ma significativamente più basse di altre Asl?

Con la valutazione annuale viene esaminato il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati al singolo Dirigente, ai fini della corresponsione del cosiddetto "stipendio di risultato".

Gli esiti della valutazione (quella del Dirigente tuo sovraordinato è detta di "prima istanza"; ad essa seguirà quella di "seconda istanza" effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance) vengono registrati nel tuo fascicolo personale.

Di questi dovrà tenere inoltre conto il Collegio Tecnico quando sarà richiesta la sua valutazione, professionale, in determinate fasi della tua carriera (al compimento, ad esempio, del V e del XV anno di anzianità, o

a scadenza dell'incarico professionale conferitoti).
Che il tuo stipendio di risultato sia più basso se confrontato con quello di Colleghi di altre Aziende, dipende dalla differente disponibilità, tra le Aziende prese in esame, dei relativi fondi.

Prossimamente andrò in pensione e, ad oggi, ho molti giorni di ferie e molte ore in più. Vi chiedo se è un mio diritto recuperare queste ore in eccesso come riposi compensativi o, in caso contrario, se possono essere remunerati.

Occorre citare alcuni articoli dell'attuale CCNL:

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 possono 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 fruiti.

In sintesi puoi scegliere se recuperare le ore di straordinario o richiedere la remunerazione (circa 20€/ora lorda).

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 sintesi, se non godute per esigenze di servizio, le ferie sono monetizzabili.

Nel computo degli anni di anzianità di servizio possono rientrare quelli lavorati nel privato convenzionato, dato che il criterio è l'acquisizione di competenze?

Nel computo degli anni di anzianità di servizio NON possono rientrare quelli lavorati nel privato convenzionato ma solo quelli maturati nell'impiego pubblico sia a tempo determinato che a tempo indeterminato anche senza continuità di servizio.

Per quanto tempo le ferie possono essere negate?

Il Direttore SC può non concedere le ferie per ragioni di servizio. Le ferie di ciascun anno, se non concesse entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento, vanno esaurite entro il 30 giugno dell'anno seguente.

È consigliabile concordare e richiedere formalmente un calendario di smaltimento dei giorni di ferie in accordo con l'intera equipe.

Sono libero di aderire all'ALPI di mese in mese?

L'ALPI è una attività da svolgere in libera professione ed è facoltà di ciascuno deciderne la fattibilità. Non vi è norma contrattuale che impedisca quanto chiedi. È chiaro che è buona regola concordare con adeguato anticipo la disponibilità o meno di adesione all'ALPI per il mese successivo.

Qual è l'iter per richiedere l'allattamento a rischio? Se il Direttore SC non può assicurare un'attività priva di rischio biologico cosa succede?

La legge 1204 del 30 dicembre 1971 all'articolo 10 prevede che i datori di lavoro debbano consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo della durata di un'ora ciascuno, anche cumulabili durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore. La donna può uscire dall'azienda. Il Medico competente dell'Azienda dovrà chiarire quali siano le attività che è possibile svolgere, anche in disciplina diversa.

Rivolgiti all'ufficio personale o al Medico competente per comunicare la tua situazione.

In qualità di Dirigente medico specialista in Anestesia e Rianimazione posso svolgere attività in libera professione intramuraria in sala operatoria anche se abitualmente esercito, per esigenze di servizio, la mia attività in rianimazione?

Lo svolgimento della libera professione intramuraria è un diritto contrattuale e non dipende dal tipo di attività abitualmente svolta, purché quest'ultima faccia riferimento alla disciplina per la quale si è risultati vincitori di concorso in quell'azienda.

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.



FONDAZIONE
ONAOSI

ELEZIONI COMITATO DI INDIRIZZO

FONDAZIONE ONAOSI 2021-2026

IL CRONOPROGRAMMA DELLE OPERAZIONI ELETTORALI

DATA		ADEMPIMENTO
sabato	13 febbraio	Indizione elezioni da parte CDA e approvazione procedure collegate
mercoledì	24 marzo	Attivazione procedure elettorali (90 gg prima di 21/06/2021) e insediamento Commissione Elettorale (Reg. elettorale artt. 4 e 5)
venerdì	23 aprile	Termine presentazione Liste (60 gg prima di 21/06/2021) (Reg. elettorale art. 6, c. 9)
giovedì	13 maggio	Termine ultimo per invio materiale elettorale (40 gg prima di 21/06/2021) (Reg. elettorale art. 7 c. 4)
martedì	1 giugno	Termine ultimo richiesta duplicati elettorali (20 gg prima di 21/06/2021) (Reg. elettorale art. 7 c. 9)
lunedì	21 giugno	TERMINE DI VOTO (Data entro la quale devono pervenire le schede elettorali)
22 giugno – 11 luglio		Operazioni di scrutinio (da concludere entro i 20 gg successivi al termine di cui sopra) (Reg. elettorale art. 9 c. 2)
domenica	11 luglio	Conclusione operazioni di scrutinio, proclamazione provvisoria degli eletti e pubblicazione nominativi sul sito (Reg. elettorale art. 9 c. 3)
mercoledì	21 luglio	Termine ultimo per eventuali ricorsi (10 gg da pubblicazione) (Reg. elettorale art. 9 c. 3)
venerdì	23 luglio	Insediamento CDI ed elezione Organi