

il nuovo Anestesista Rianimatore

MAGGIO - GIUGNO
2021
3
Anno XLII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

FOCUS COVID **Cosa abbiamo fatto.** **Cosa possiamo** **imparare?**

**Elezioni ONAOSI:
ultimi giorni per il voto**

**Terapie Intensive:
i numeri sono corretti?**

**Approvato lo Scudo Penale
per il Personale Sanitario**

Sommario

- 3** **Editoriale**
Il Webinar AAROI-EMAC sulla pandemia
- 4** **Focus**
Analizzare la pandemia per guardare al futuro
- 8** **Elezioni ONAOSI**
Il Programma e la Lista n. 1 ONAOSI Futura
- 10** **La Lettera**
Quanti sono i Posti Letto di Terapia Intensiva?
- 16** **Intersindacale**
Necessario l'avvio di un tavolo sulle politiche del personale

18 **Dalle Regioni**
Gli ultimi interventi delle Sezioni Regionali

22 **Il Contributo**
Donne Medico nella storia

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

30 **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 PEPPINO OPPEDISANO - 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 ANDREA BRASOLA - bolzano@aaroiemac.it
PROVINCIA DI TRENTO - Dr LUCA FILETICI - 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 Virminale 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 09-06-2021

Webinar AAROI-EMAC, un confronto importante sulla pandemia

Il Webinar che si è svolto il 28 Maggio e di cui troverete una breve sintesi nelle pagine successive ha rappresentato un momento di riflessione importante, a partire dal ruolo svolto. La nostra categoria ha sopportato più di qualunque altra il peso di questa terribile pandemia e ha retto ad un impatto senza precedenti, mai risparmiandosi e dando il massimo in competenza, professionalità, capacità di reazione. E' stata data una dimostrazione di forza e spirito di sacrificio. Credo sia incontestabile, al di fuori di qualsiasi retorica, che se e quando questa pandemia si concluderà, lo si dovrà in gran parte al personale sanitario.

Nell'introdurre il Webinar mi è sembrato giusto fare una brevissima sintesi di quanto fatto e che qui ripropongo. Come Associazione abbiamo cercato di essere al fianco dei Colleghi, quotidianamente, di notte e di giorno. Io stesso ho passato intere notti a parlare con i Colleghi per ascoltare i racconti, per esserci nei momenti di sconforto, per analizzare le situazioni, garantire un supporto e cercare le soluzioni. Abbiamo provato ad essere la vostra voce per segnalare alle Istituzioni quali fossero le criticità più urgenti da risolvere, che cosa non funzionasse, quali fossero le azioni principali da mettere in atto, ma abbiamo cercato di essere anche la vostra voce per parlare alla popolazione monitorando giorno dopo giorno la situazione in modo da diffondere i messaggi che via via abbiamo ritenuto opportuno far passare. Dall'allarme dei primi giorni di marzo a quelli che tutt'ora riteniamo validi, ossia di non lasciarsi andare al liberi tutti.

In un periodo in cui mettere rigorosi "paletti" era molto difficile abbiamo comunque fatto di tutto per tutelare al meglio i nostri Iscritti Specialisti e Specializzandi.

Dal primo appello al Presidente della Repubblica sulla carenza dei DPI ai successivi appelli, anche congiunti con la nostra società Scientifica di riferimento, la SIAARTI, per tirare le fila sulla situazione dei posti letto della Terapia Intensiva, tema che è diventato centrale, ma sul quale si è creato un grande fraintendimento. Aumentare posti letto di Terapia Intensiva senza il personale specializzato in Anestesia e Rianimazione non era e non potrà mai essere la soluzione. E' per questo che lo abbiamo ribadito in ogni sede. A tutela dei Colleghi siamo più volte intervenuti a frenare le Regioni e le Aziende Sanitarie dal mettere in atto idee estemporanee come ad esempio nel caso della Diffida inviata per impedire l'utilizzo di AR e MEU in reparti non di nostra competenza. Sempre alle Regioni abbiamo chiesto conto dei numeri reali dei posti letto di Terapia Intensiva – la lettera è nelle pagine successive –, sottolineando più e più volte la differenza tra tali posti letto e i lettini di sala operatoria che mai dovrebbero essere annoverati nel conteggio. Abbiamo poi chiesto risposte concrete a tutte le Istituzioni affinché si affrontino, una volta per tutte, le annose criticità che riguardano la nostra categoria, a partire dalla carenza di Specialisti passando per un riconoscimento contrattuale adeguato senza dimenticare la responsabilità professionale, affrontata almeno in parte e solo relativamente alla pandemia, nell'ultimo Decreto Covid approvato nei giorni scorsi, anche su questo un breve articolo nelle prossime pagine.

Né ci è sfuggito il grandissimo e prezioso apporto dei Medici in Formazione per i quali nel giro di ore nel marzo 2020 abbiamo predisposto una copertura assicurativa ad hoc che consentisse loro di lavorare con serenità almeno da quel punto di vista. Sempre per la loro tutela abbiamo diffidato le Aziende Sanitarie e gli Enti Pubblici dal dare libere e fuorvianti interpretazioni in merito al reclutamento dei Medici specializzandi e specialisti previsto nel Decreto Legge 9/3/2020, n. 14, nei mesi successivi abbiamo poi richiesto l'assunzione dei MIF degli ultimi due anni applicando il CCNL.

Fin qui il punto di vista sindacale, ma come potrete leggere di seguito, l'incontro è stato un momento importante di confronto su quanto abbiamo vissuto da diversi punti di vista, soprattutto dal punto di vista della riorganizzazione della nostra attività lavorativa stravolta da un nemico inaspettato. Un'analisi, tuttavia, funzionale ad una visione prospettica che guardi finalmente al futuro.

*Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC*

WEBINAR

Analizzare la pandemia per guardare al futuro

Un pomeriggio per analizzare i mesi della pandemia, ma anche per cominciare a guardare avanti e per pensare alla ricostruzione proprio come se si fosse in un “dopo guerra”. Il focus del webinar AAROI-EMAC **“Organizzazione delle Strutture Sanitarie durante la Pandemia da SARS-Cov-2. Cosa abbiamo fatto, cosa possiamo imparare”** che si è svolto il 28 maggio, è stato proprio questo: un approfondimento dettagliato su quanto accaduto da un anno e mezzo a questa parte e, allo stesso tempo, uno sguardo ai cambiamenti che il Covid-19 ha per forza di cose portato con sé. Cambiamenti clinici, organizzativi, gestionali, interpersonali oltre che legislativi. E proprio da questi ultimi ha preso il via l’incontro aperto dal Dr Emanuele Iacobone, Responsabile scientifico del corso, e introdotto dal Dr Alessandro Vergallo, Presidente AAROI-EMAC (l’intervento nell’Editoriale di pagina 3).

“La pandemia è stata un evento che ha sconvolto le nostre vite, ha modificato il nostro modo di lavorare e le nostre organizzazioni. Abbiamo dovuto modificare in breve tempo i nostri servizi e le nostre strutture, abbiamo avuto bisogno di posti letto di Terapia Intensiva e quindi l’attività di sala operatoria è stata ridotta per reperire personale e spazi – ha affermato Iacobone –, uno stravolgimento complessivo che va analizzato insieme ad altri temi come quello della gestione dei pazienti no Covid nel periodo della pandemia, della creazione delle reti ospedaliere e dei dati sulla morta-

lità. Una visione complessiva per individuare anche strategie per il futuro sulla base di quanto vissuto”.

“Questo evento – ha proseguito il Dr Gilberto Fiore, moderatore del Webinar e Coordinatore Istruttori del Centro AAROI-EMAC SimuLearn® – è stato pensato proprio per affrontare argomenti importanti su cui è necessario confrontarsi, discutere, scambiarsi idee per evitare che in futuro possano verificarsi situazioni come quelle che abbiamo vissuto, in particolare nel corso della prima ondata. In Piemonte, dove lavoro, siamo stati travolti, poco dopo la Lombardia e il Veneto, dalla prima ondata pandemica, chiamati ad affrontarla, all’inizio quasi a mani nude o con pochi DPI. Nella seconda e terza ondata tutti quanti abbiamo avuto modo di affrontare meglio la situazione vista l’esperienza, bisogna quindi approfondire quanto vissuto, non improvvisare ma programmare per il futuro”.

A confermare l’importanza dell’evento come “debriefing” di una catastrofe è stato il Prof Franco Marinangeli, moderatore del Webinar e Direttore Scientifico del Centro AAROI-EMAC SimuLearn® che ha vissuto in prima persona il terremoto de L’Aquila: *“Ogni volta che si fa un’esperienza di questo tipo è basilare valutare come è stata affrontata e quali sono state le criticità. Un’analisi fondamentale per migliorare il sistema per il futuro. Abbiamo messo in campo in questa occasione tutte le nostre capaci-*

tà, le esperienze e anche l'inventiva per poter superare questi mesi. Nella mia realtà abbiamo fatto tesoro di un evento catastrofico come il terremoto del 2009, un'esperienza che ci ha permesso anche a livello psicologico di affrontare questa emergenza. Sulla base delle problematiche emerse e che emergeranno dovremo creare un nuovo modello sanitario”.

Il primo punto affrontato nel corso del Webinar è stato quello relativo alla Responsabilità Professionale nel periodo dell'emergenza. A parlarne, l'Avvocato Amedeo Ciuffetelli nel suo intervento dal titolo *“Il diritto alla salute e la sicurezza delle cure al tempo della Pandemia: è cambiato qualcosa?”*.

La Relazione è partita dall'ultima novità, ossia l'approvazione, il 25 Maggio, del cosiddetto Scudo Penale per il personale sanitario diventato Legge grazie ad un emendamento inserito nel testo di *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, recante misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici”*.

Una norma importante ma che secondo l'Avvocato Ciuffetelli avrebbe risposto per lo più ad una necessità politica e all'esigenza di porre un freno alle possibili azioni temerarie per la richiesta di risarcimenti.

“Questa norma non è altro che un percorso logico argomentativo che sarebbe stato dovuto e doveroso da parte del giurista che si fosse affacciato a giudicare un'ipotesi di responsabilità medico legale legata ad un paziente Covid a

prescindere dall'emanazione della nuova norma.

Da un lato, ma questo è il mio punto di vista, - ha affermato Ciuffetelli - questa norma potrebbe ritenersi superflua, una cautela che risponde più a un'esigenza politica e di tutela, ma che secondo me intende dare un segnale per porre un freno a domande risarcitorie in un contesto emergenziale in cui la categoria del personale sanitario è stato messo a dura prova”.

Dopo questo incipit, il Relatore, attraverso un approfondito excursus normativo, ha mostrato nel suo intervento come nella legislazione italiana vi fossero già norme in grado di tutelare il personale sanitario di fronte ad un'emergenza che ad oggi non è ancora terminata.

L'incontro è proseguito con l'intervento del Dr Domenico Minniti, Direttore Sanitario ASP di Reggio Calabria, che ha parlato del *“Ruolo dell'Anestesista Rianimatore durante la pandemia”*. La Relazione è stata introdotta da un video tratto dall'inchiesta giornalistica della trasmissione televisiva Titolo V che portò, proprio per i numeri non chiari dei Posti Letto di Terapia Intensiva, alle dimissioni del Commissario ad Acta, Saverio Cotticelli.

“Oltre ai tanti compiti gravosi clinici e organizzativi - ha spiegato Minniti - , gli Anestesisti Rianimatori in questo periodo pandemico si sono dovuti impegnare - dal livello nazionale al locale - nella sensibilizzazione dell'opinione pubblica sull'importanza dei nostri compiti e sulle criticità con le quali ci stavamo confrontando. Soprattutto hanno dovuto spronare i decisori politici a stare sul pezzo visto che la loro azione peccava molto di efficacia”.

AreaLearn[®]
ECM Provider

AAROI EMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica





ALESSANDRO VERGALLO



EMANUELE IACOBONE



GILBERTO FIORE



FRANCO MARINANGELI

Nella sua Relazione, il Dr Minniti ha parlato dei principali problemi che hanno inciso negativamente sulla pandemia: l'assenza di un piano pandemico aggiornato, l'insufficiente organizzazione delle cure primarie, la qualità delle cure intermedie / subintensive, il numero insufficiente di posti letto di TI, il numero di Anestesisti Rianimatori, il numero insufficiente di Infermieri, OO.SS. formati per l'Area Critica.

Minniti ha inoltre sottolineato come anche nel periodo interpandemico, nonostante fossero state individuate le azioni da compiere, queste non siano state portate a termine. Si è inoltre verificata, come denunciato dall'AAROI-EMAC in più occasioni, una netta discrepanza sui numeri forniti dalle Regioni che hanno poi giocato un ruolo importante nella definizione dei colori. Non solo, l'aumento dei posti letto di Terapia Intensiva non è andato di pari passo con l'incremento del numero di Anestesisti Rianimatori, vista la carenza di Specialisti in Anestesia e Rianimazione denunciata da anni dall'Associazione. La Relazione ha quindi affrontato anche alcuni aspetti relativi al ricorso dei Medici in Formazione per l'emergenza.

In conclusione il Dr Minniti ha elencato le principali azioni da compiere nell'immediato: il censimento del numero di Anestesisti Rianimatori e il calcolo dei fabbisogni reali, l'incremento congruo di borse di specializzazione, il censimento dei posti letto strutturali Posti Letto di Terapia Intensiva, l'incremento strategico di posti letto di TI attraverso ad esempio le TIPO, la definizione di un codice etico condiviso, la revisione delle norme anche a tutela degli specializzandi.

L'argomento successivo del Webinar ha riguardato l'organizzazione delle reti ospedaliere con particolare riferimento a quella marchigiana descritta nel dettaglio dalla Dr.ssa Elisa Draghi, Coordinatrice della Rete Ospedaliera delle Marche - Direzione Sanitaria ASUR Marche, nell'intervento *"Organizzazione delle reti ospedaliere regionali: come è stata affrontata la pandemia"*. Partendo da una sintesi di quanto accaduto dal gennaio 2020, anche attraverso l'excurus dei provvedimenti normativi emanati a livello nazionale e regionale, la Relatrice ha raccontato passo dopo passo, anche analizzando le curve di incremento delle singole ondate, le azioni messe in campo a livello regionale per la riorganizzazione della rete ospedaliera che ha contemplato, tra le altre azioni, l'individuazione delle strutture Covid, la rimodulazione dei posti letto, gli accordi con il privato convenzionato per ogni singola provincia a seconda dell'incidenza di casi e per le diverse ondate. La Dottoressa Draghi ha inoltre illustrato le caratteristiche del Covid Hospital di Civitanova Marche, struttura allestita ad hoc e che ha fatto fronte alla grande richiesta di posti letto per pazienti Covid. La

Relatrice ha poi fornito i numeri complessivi dei pazienti ricoverati, i dati sugli esiti dalla Rianimazione e i numeri dei pazienti sottoposti a trattamento in ECMO.

In conclusione, Draghi ha parlato dei punti di forza dell'Organizzazione come ad esempio la capacità di aver dato una risposta alla popolazione marchigiana in termini di posti letto e di trattamento in ECMO e la capacità di coordinamento e collaborazione tra professionisti e aziende. Tra i punti di debolezza la carenza di posti letto no Covid, la carenza delle risorse di personale a supporto degli adeguamenti strutturali, la formazione non erogata come era stato pianificato per l'arrivo della seconda ondata, i tempi di adeguamento previsti con il DL 34.

Nell'ultima Relazione *"La Pandemia da SARS-CoV-2: analisi epidemiologica della mortalità"*, il Dr Massimo Sartelli, Dirigente Medico di Chirurgia Generale e d'Urgenza dell'Ospedale di Macerata; e Presidente "Global Alliance for Infections in Surgery", ha analizzato nel dettaglio i dati relativi alla mortalità da Covid in Italia, anche a confronto con altri Paesi nel corso delle diverse ondate pandemiche.

Ha inoltre descritto alcuni punti individuati dal Global Alliance for Infections in Surgery relativi a ciò che la pandemia deve insegnare. *"Per dire che abbiamo superato una pandemia intanto dobbiamo capire quello che la pandemia ci ha insegnato – ha affermato Sartelli –, innanzitutto perché dobbiamo essere pronti e più resilienti nel caso in cui dovesse arrivare un'altra pandemia e inoltre perché il Covid-19 ci può dare dei messaggi utili per affrontare le patologie di tutti i giorni. Non fermarsi, non fare un Audit serio equivarrebbe a continuare a subire la pandemia fino alla fine"*. I punti identificati sono 8: costruire sistemi sanitari resilienti, investire sulla prevenzione, difendere l'integrità della scienza, guardare la sanità da una prospettiva globale, focalizzarsi sull'equità, puntare ad una sanità unica, sviluppare la tecnologia anche in funzione delle cure primarie, proteggere i sanitari.

"Questo incontro è stato un momento importante di confronto e condivisione delle esperienze vissute dagli Anestesiisti Rianimatori Italiani – ha affermato il Dr Iacobone nel concludere il Webinar –. Un'accurata analisi dei dati rilevati durante la pandemia può migliorare l'organizzazione e gestione del lavoro di tutti i giorni, ma soprattutto, alla luce di ciò che è accaduto ed è stato fatto in questi mesi, possiamo comprendere quali siano gli aspetti più critici che richiedono una migliore redistribuzione delle risorse disponibili"

Visto l'interesse suscitato, l'Associazione sta valutando la possibilità di trasformare l'evento in un percorso FAD dedicato agli Iscritti AAROI-EMAC.





LISTA

**ONAOSI
FUTURA**

Elezioni 2021-2026.

Lista ONAOSI Futura. Un nuovo futuro per i Medici assistiti

Mancano ormai pochi giorni per votare per il rinnovo delle cariche del Comitato d'Indirizzo ONAOSI. La data entro e non oltre la quale le schede di voto dovranno pervenire alla Fondazione ONAOSI è il 21 Giugno 2021.

L'obiettivo di mantenere adeguatamente la nostra rappresentanza nella Fondazione ONAOSI potrà avverarsi soltanto se entro questo termine i Colleghi Iscritti alla nostra Associazione, e per la loro parte quelli iscritti alle altre OO.SS. che con noi hanno costituito la lista unitaria, voteranno in gran numero imbucando le buste elettorali con la loro preferenza per la NOSTRA LISTA denominata "ONAOSI Futura", consentendo all'AAROI-EMAC di continuare la sua opera di rappresentanza.

La lista ONAOSI Futura si è costituita sulla base di un'ampia convergenza di associazioni sindacali; le donne e gli uomini che si candidano rappresentano culture ed esperienze professionali diverse, operano con responsabilità di rilievo nella sanità pubblica, sono unite nell'impegno comune e condiviso del programma di mandato.

La sfida per il prossimo quinquennio è mantenere la continuità istitutiva della Fondazione in linea con il progresso dei tempi, migliorando le prestazioni e adeguandole costantemente agli effettivi bisogni degli assistiti. ONAOSI è Futura se il suo messaggio civile e sociale raggiungerà e coinvolgerà i contribuenti, rafforzandone il consenso e la fiducia nella sua mission solidaristica, e se le prestazioni agli assistiti, attraverso un'informazione sempre più capillare ed efficace, saranno rese ancora più accessibili e attrattive anche per nuovi contribuenti volontari.

In un decalogo, lanciato dal capo lista Amedeo Bianco, sono state riunite le parole d'ordine dello schieramento. Obiettivo dichiarato è difendere e valorizzare un patri-

monio, economico, sociale e culturale, che oggi consente di guardare con speranza al futuro:

1. Favorire un moderno Welfare multicategoriale di prossimità
2. Allargare la platea dei contribuenti volontari attraendo i giovani neo iscritti agli ordini
3. Progettare interventi in favore degli iscritti in condizioni di disagio e fragilità
4. Facilitare l'accesso ai servizi
5. Potenziare la comunicazione delle attività
6. Costruire sinergie assistenziali con le Casse Previdenziali Autonome
7. Ultimare i programmi di valorizzazione e ristrutturazione edilizia dei Collegi di Perugia
8. Garantire un'amministrazione trasparente, efficace ed efficiente
9. Ottimizzare la resa del patrimonio, mobiliare e immobiliare
10. Estendere i programmi di formazione, nazionali e internazionali, a partire dal Collegio di Merito.

Da tempo i medici, pur vivendo un profondo disagio sociale e professionale, costituiscono la spina dorsale del nostro SSN, equo, solidale, universalistico. Essi hanno dimostrato, a caro prezzo, da ultimo nella pandemia da Covid-19, di aver saputo salvare dal tracollo la nostra sanità pubblica, tutelando, in condizioni drammatiche, la salute di un'intera nazione colpita da uno tsunami sanitario ed economico di proporzioni sconvolgenti.

L'appuntamento elettorale conferisce ai contribuenti-elettori l'opportunità di dar fiducia, con il loro voto alla lista ONAOSI Futura, al suo programma di preservare ed implementare la mission della Fondazione, operando nell'esclusivo interesse di contribuenti e assistiti.

LA LISTA DEI CANDIDATI

Bianco Amedeo
 Cavalli Sebastiano
 Palermo Carlo
 Vergallo Alessandro
 Giovenali Paolo
 De Angelis Verena
 Giordano Giuseppe
 Oliva Arturo Antonio
 Mazzoni Mauro
 Silvestri Maurizio
 Parisi Fortunato
 Masci Caterina
 Amendola Antonio
 Troise Costantino
 Manetti Rita
 Piccinini Andrea
 Abbinante Crescenza
 Mencarelli Leo
 Di Benedetto Pia
 Vilei Eugenio
 Coppola Maria Gabriella
 Passalacqua Bonaventura Renato
 Sartori Paolo
 Pulli Francesco
 Zurlo Luigi



Tutte le informazioni al link:
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=23311>



Il Video Messaggio del Presidente AAROI-EMAC:
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=23506>

FAVORIRE UN MODERNO WELFARE DI PROSSIMITÀ MULTICATEGORIALE 1

Rafforzare il ruolo e le funzioni svolte dalla Fondazione ONAOSI, in base ai principi di solidarietà, equità contributiva, universalismo degli orfani e figli di contribuenti, fasce vulnerabili di contribuenti stessi, in favore di un **moderno Welfare multicategoriale di prossimità**.

ALLARGARE LA PLATEA DEI CONTRIBUENTI 2

Allargare la platea dei contribuenti, medici, farmacisti e veterinari, soprattutto nelle fasce di primo accesso alle professioni anche in formazione post laurea, per migliorare i servizi erogati e potenziare la rete di servizi e assistenza, prevedendo consulenze e convenzioni per gli iscritti.

PROMUOVERE INTERVENTI IN FAVORE DELLE CONDIZIONI DI DISAGIO E FRAGILITÀ 3

Progettare **nuove tutele per fasce di contribuenti che vivono fasi vulnerabili della loro vita lavorativa e post lavorativa**, con **interventi a sostegno di condizioni di disagio e fragilità**, di famiglie, in difficoltà economiche, che hanno subito la perdita del genitore non sanitario, di figli dei contribuenti che versano in condizioni di gravi e documentate difficoltà economiche, di risposta al disagio sociale e lavorativo in aumento tra le categorie mediche e sanitarie.

FACILITARE L'ACCESSO AI SERVIZI 4

Potenziare l'accesso ai servizi da parte di tutte le categorie professionali contribuenti.

Mettere in rete di punti di informazione e contatto presso gli Ordini professionali, le Organizzazioni Sindacali del settore, gli Enti di previdenza e di Assistenza di riferimento, i Servizi Socio Assistenziali Territoriali.

Potenziare la comunicazione dei servizi (www.onaosi.it e newsletter)

COSTRUIRE SINERGIE CON LE CASSE PREVIDENZIALI 5

Verificare la possibilità di costruire sinergie, nel rispetto dell'autonomia e dell'integrità dell'Ente, con le Casse di Previdenza categoriali per aumentare l'integrazione assistenziale.

ULTIMARE LA RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA DEI COLLEGI DI PERUGIA 6

Portare a compimento i programmi di **valorizzazione e ristrutturazione edilizia dei Collegi di Perugia**, per assicurare potenziamento antisismico, riqualificazione energetica e impiantistica, miglioramento del comfort alberghiero, degli ambienti di studio e di tempo libero, in una valutazione attuale e attuariale degli effettivi fabbisogni degli assistiti da tutelare. Implementare gli standard di accoglienza e dei servizi anche degli altri Centri Formativi nella prospettiva dell'ONAOSI come Ente a valenza nazionale.

OTTIMIZZARE LA RESA DEL PATRIMONIO MOBILIARE E IMMOBILIARE 8

Ottimizzare, con strategie di investimento prudenti e trasparenti, la resa del patrimonio mobiliare e immobiliare dell'ONAOSI, salvaguardandone la consistenza nel tempo e le finalità.

Preservare la stabilità ultracinquennale del bilancio attuariale, come raccomandato dall'Unione Europea.

ALLARGARE LA PLATEA DEI CONTRIBUENTI 2

Allargare la platea dei contribuenti, medici, farmacisti e veterinari, soprattutto nelle fasce di primo accesso alle professioni anche in formazione post laurea, per migliorare i servizi erogati e potenziare la rete di servizi e assistenza, prevedendo consulenze e convenzioni per gli iscritti.

ESTENDERE I PROGRAMMI DI FORMAZIONE, NAZIONALI E INTERNAZIONALI 9

Estendere i programmi di formazione, nazionali e internazionali, con riguardo alle discipline STEM e a quelle che fanno acquisire competenze non tecniche (NTS), al fine di consentire ai giovani di rendersi protagonisti attivi e competitivi nei processi di modernizzazione culturale, sociale e produttiva del Paese.

Completare il riconoscimento del Collegio di Merito di Perugia e implementarne l'attività.

SPESE DI GESTIONE 10

Mantenere ai livelli attuali le spese di funzionamento degli organi statutari per la durata del mandato 2021-2026.



AAROI-EMAC alle Regioni: qual è il metodo di conteggio dei Posti Letto di Rianimazione?

L'AAROI-EMAC ha chiesto alle Regioni di precisare quali siano i criteri utilizzati per calcolare i Posti Letto di Terapia Intensiva disponibili. Più precisamente, l'Associazione ha chiesto di sapere se l'attuale conteggio dei "PL in Terapia Intensiva" pubblicati sul portale Agenas comprenda o meno, per esempio, i lettini delle sale operatorie, che pur utilizzabili in estrema emergenza non sono evidentemente computabili tra tali posti letto.

La richiesta (nelle immagini), inviata in Aprile al Presidente della Conferenza delle Regioni, ai Governatori e agli Assessori alla Sanità, e per conoscenza al Ministro della Salute, segue alcuni scontri d'opinione che hanno coinvolto Rappresentanze Regionali AAROI-EMAC, relativi a criticità nei criteri di disponibilità dei Posti Letto di Terapia Intensiva, nei loro tassi di occupazione, nelle Dotazioni di Personale Medico e Infermieristico.

Criticità che riguardano principalmente

- taluni criteri che annoverano tra i posti letto di Terapia Intensiva (rectius: posti letto di Rianimazione) anche quei posti letto che sono definiti dalle corrispettive Amministrazioni Regionali come "convertibili", vale a dire – a quanto appare – ricavabili addirittura anche da lettini operatorie;
- talune esclusioni, dal computo dei pazienti degenti in Rianimazione, di quei pazienti che pur ricoverati in Reparti classificati "ad intermedia intensità di cura" (rectius: Unità di Terapia Sub-Intensiva) sono in realtà sottoposti a trattamenti terapeutici anche ma non solo respiratori di tipo intensivo, vale a dire p. es. che vi vengono ricoverati per essere intubati e ventilati meccanicamente, il che è un trattamento invece riservato alle Rianimazioni;
- talune organizzazioni del lavoro del personale medico ed infermieristico, in primis quanto alle rispettive dotazioni numeriche, non completamente rispondenti ai criteri di corretto dimensionamento di tali dotazioni organiche per le Rianimazioni.

Rispetto a tali criticità **l'AAROI-EMAC ha sottolineato ancora una volta che i criteri di corretta definizione sono da sempre definiti anche per legge**, e – anche sotto il profilo dell'appropriatezza clinica – condivisi

dall'Associazione al suo livello nazionale, di cui le Rappresentanze Regionali e Aziendali sono una diretta declinazione.

«Comprendiamo che la Pandemia – si legge nel documento – , sia nelle sue fasi iniziali risalenti allo scorso anno, sia nelle sue fasi odierne che perdurano ancora critiche, abbia messo le Amministrazioni regionali, al pari delle Amministrazioni Ospedaliere, nonché di tutti i Professionisti coinvolti, in condizioni da doverla affrontare con le già scarse risorse a disposizione, sin dal periodo pre-pandemico, che decenni di tagli alla Sanità nel suo complessivo panorama nazionale hanno causato.

E infatti tutti i Professionisti che la scrivente O.S. rappresenta hanno dimostrato, anche supportati dalla stessa, di saper organizzare il loro insostituibile lavoro in modo tale da garantire la tenuta dell'intero sistema sanitario ospedaliero, il settore che sin dall'inizio ha retto e sta reggendo senza tentennamenti di alcun genere l'impatto pandemico.

*Ma affinché tutti i decisori politici ed amministrativi del SSN siano messi in grado di prendere le più opportune iniziative di contenimento della pandemia, **ribadiamo ancora una volta che dev'essere chiaro a tutti che i criteri utilizzati non possono e non devono in alcun modo essere "elasticizzati"**, in quanto – se, allorquando e laddove i dati al riguardo risentono di "interpretazioni" le cui criticità sono state sopra evidenziate – è evidente che rischiano di influenzare negativamente le suddette iniziative».*

L'AAROI-EMAC ha sottolineato, infine, che *«considerando che non è possibile continuare ad affrontare la situazione ospedaliera nelle condizioni "d'emergenza" che sono perdurate e perdurano da oltre un anno, per noi, a maggior ragione oggi, **i posti letto di Rianimazione da considerare per ciascuna Regione, ai fini delle valutazioni che competono ai decisori politici e amministrativi del SSN, e più in generale a coloro i quali governano il nostro Paese, sono soltanto quelli "attivi"**, mai dimenticando che la moltiplicazione oltre i livelli attuali dei posti letto di Rianimazione non è mai stata la soluzione per contrastare la Pandemia Covid».*

Prot. 107/2021

Roma, 13 Aprile 2021

- Ill.mo Presidente Conferenza Regioni
- Ill.mi Governatori Regionali
- Ill.mi Assessori Regionali alla Sanità

e, p. c., Ill.mo Ministro della Salute On. Roberto Speranza

Oggetto: Criticità SSRR nei Criteri di disponibilità dei Posti Letto di Terapia Intensiva, nei loro tassi di occupazione, nelle Dotazioni di Personale Medico e Infermieristico. Quesito su metodo di conteggio dei Posti Letto di Rianimazione.

Ill.mi,

negli ultimi giorni si stanno verificando, nel merito di quanto di cui all'oggetto della presente, con specifico riferimento alla Pandemia Covid-19, in alcuni casi anche con forte rilevanza mediatica, scontri d'opinione tra le Rappresentanze Regionali della scrivente Associazione Nazionale AAROIEMAC.

A cascata, tali diversità di punti di vista investono, o potranno investire, anche le Rappresentanze Aziendali della scrivente O. S., nonché tutti i Medici che essa rappresenta, oltre 11.000 in tutta l'Italia.

Si ritiene urgente, di ciò preso atto, ricordare che le criticità in argomento riguardano principalmente ed in estrema sintesi:

- taluni criteri di annoverazione tra i posti letto di Terapia Intensiva (rectius: posti letto di Rianimazione) anche quei posti letto che sono definiti dalle corrispettive Amministrazioni Regionali come "convertibili", vale a dire - a quanto appare - ricavabili addirittura anche da lettini operatori;
- talune esclusioni, dal computo dei pazienti degenti in Rianimazione, di quei pazienti che pur ricoverati in Reparti classificati "ad intermedia intensità di cura" (rectius: Unità di Terapia Sub-Intensiva) sono in realtà sottoposti a trattamenti terapeutici anche ma non solo respiratori di tipo intensivo, vale a dire p. es. che vi vengono ricoverati per essere intubati e ventilati meccanicamente, il che è un trattamento invece riservato alle Rianimazioni;
- talune organizzazioni del lavoro del personale medico ed infermieristico, in primis quanto alle rispettive dotazioni numeriche, non completamente rispondenti ai criteri di corretto dimensionamento di tali dotazioni organiche per le Rianimazioni.

A tal proposito urge sottolineare ancora una volta che i criteri di corretta definizione di quanto in argomento sono da sempre definiti anche per legge, e - anche sotto il profilo dell'appropriatezza clinica - condivisi dalla scrivente O. S. al suo livello nazionale, di cui le Rappresentanze Regionali e Aziendali sono una diretta declinazione.

Comprendiamo che la Pandemia, sia nelle sue fasi iniziali risalenti allo scorso anno, sia nelle sue fasi odierne che perdurano ancora critiche, abbia messo le Amministrazioni regionali in indirizzo, al pari delle Amministrazioni Ospedaliere, nonché di tutti i Professionisti coinvolti, in condizioni da doverla affrontare con le già scarse risorse a disposizione, sin dal periodo pre-pandemico, che decenni di tagli alla Sanità nel suo complessivo panorama nazionale hanno causato.

E infatti tutti i Professionisti che la scrivente O.S. rappresenta a livello nazionale hanno dimostrato, anche supportati dalla stessa, di saper organizzare il loro insostituibile lavoro in modo tale da garantire la tenuta dell'intero sistema sanitario ospedaliero, il settore che sin dall'inizio ha retto e sta reggendo senza tentennamenti di alcun genere l'impatto pandemico.

Ma affinché tutti i decisori politici ed amministrativi del SSN siano messi in grado di prendere le più opportune iniziative di contenimento di una pandemia ancor oggi fuori controllo, ribadiamo ancora una volta che dev'essere chiaro a tutti che i criteri di cui all'oggetto della presente non possono e non devono in alcun modo essere "elasticizzati", in quanto - se, allorquando e laddove i dati al riguardo risentono di "interpretazioni" le cui criticità sono state sopra evidenziate - è evidente che rischiano di influenzare negativamente le suddette iniziative.

A.A.R.O.I.-E.M.A.C.

Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica

Sede Legale: Via del Viminale 43 - 00184 Roma

Codice Fiscale: 80062360633

Contatti

◆ tel: 06 47825272 - 081 5585160 ◆ e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it ◆ website: www.aaroiemac.it

Per spiegare il concetto in parole ancor più semplici: annoverare come posti letto di Rianimazione anche quelli che non ne hanno tutte le caratteristiche, o non annoverare tra i posti letto di Rianimazione occupati da Pazienti Covid quelli in cui sono effettuati trattamenti da Rianimazione conduce a dati irreali, che possono rischiare di condurre a decisioni politiche inadeguate.

Ricordiamo ancora una volta, e siamo pronti a ribadirlo in ogni sede, il fallimento a cui hanno condotto, sin dall'inizio pandemico ed anche recentemente, certe decisioni di "riaperture" regionali basate su fotografie momentanee dei posti letto di Rianimazione occupati da Pazienti Covid, oltretutto scattate sia includendovi posti letto di Rianimazione che non ne hanno tutte le caratteristiche strutturali, logistiche, di personale medico ed infermieristico dedicato, sia utilizzando tecniche di cure da Rianimazione in Reparti non annoverati come tali.

Le attuali dotazioni regionali di posti letto di Rianimazione sono pubblicamente reperibili al seguente link ufficiale dell'Agenas:

<https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Ftab2>

Regioni	Ricoverati in Area Non Critica	PL in Area Non Critica	Ricoverati in Terapia intensiva	PL in Terapia Intensiva	PL Terapia Intensiva attivabili
Abruzzo	569	1.495	64	215	0
Basilicata	177	456	13	88	13
Calabria	471	948	40	152	25
Campania	1.594	4.338	136	620	36
Emilia-Romagna	2.756	6.538	332	760	0
Friuli Venezia Giulia	523	1.277	81	175	0
Lazio	3.050	6.421	396	943	193
Liguria	662	1.854	84	226	12
Lombardia	5.763	13.396	811	1.416	114
Marche	733	1.406	129	247	19
Molise	47	221	16	39	0
P.A. Bolzano	79	465	14	100	0
P.A. Trento	151	584	42	90	15
Piemonte	3.633	5.824	317	628	99
Puglia	1.983	3.768	265	586	80
Sardegna	341	1.602	55	208	35
Sicilia	1.191	3.891	174	835	196
Toscana	1.698	5.033	286	631	13
Umbria	276	844	41	132	2
Valle d'Aosta	64	227	11	30	6
Veneto	1.568	6.000	286	1.000	0
Italia	27.329	66.588	3.593	9.121	858

Orbene, mentre fino a ieri (Ottobre 2020) sapevamo che soltanto una Regione – vale a dire il Veneto – ci risultava aver specificato quali posti di Rianimazione fossero davvero tali, mentre altri invece, come detto sopra, erano p. es. nei "gruppi operatori", dizione che a quanto ci risulta contempla i lettini operatori, che per noi (e per i requisiti di legge) non sono assolutamente considerabili "posti di Rianimazione", oggi sarebbe utile sapere se quella stessa Regione, come parrebbe evidente dallo stesso numero di posti letto (1.000) risultanti nella tabella Agenas odierna abbia deciso di abbandonare la suddetta specificazione considerandoli tutti alla

A.A.R.O.I.-E.M.A.C.

Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica

Sede Legale: Via del Viminale 43 – 00184 Roma

Codice Fiscale: 80062360633

Contatti

♦ tel: 06 47825272 – 081 5585160 ♦ e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it ♦ website: www.aaroiemac.it

stessa stregua, oppure se questi 1.000 posti letto - oggi - sono al netto di quelli, p. es. precedentemente classificati come "attivabili da riconversione".

La situazione di disponibilità di posti letto di terapia intensiva ad oggi è la seguente:

	PL da programmazione attivati	PL attrezzati a disposizione del Creu	PL attivabili da riconversione		TOTALE POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA DISPONIBILI
			gruppi operatori	da semi intensiva	
Totale regionale	522	191	111	176	1.000
Ulss 1	17	18		8	43
Ulss 2	62	12	16	26	116
Ulss 3	54	24	14	20	112
Ulss 4	16	10	4	10	40
Ulss 5	23	14	9	14	60
Ulss 6	36	27	17	16	96
Ulss 7	22	12	16	14	64
Ulss 8	55	10		20	85
Ulss 9	26	12	10	8	56
Aou Pd	69	16	13	20	118
AouI Vr	90	26	12	20	148
Iov	10			0	10
Privati accreditati*	42	10			52

Ma quel che sarebbe molto più importante conoscere è la situazione, al riguardo specifico di tale classificazione, in cui versano le disponibilità di posti letto di Rianimazione "riconvertibili" anche e soprattutto nelle altre Regioni, dato che finora non ne abbiamo reperito alcuna notizia.

Il Quesito: si chiede a tutte le Regioni, più precisamente, se il loro conteggio odierno dei "PL in Terapia Intensiva" di cui al suddetto portale Agenas comprenda o meno tutti gli spazi utilizzati o utilizzabili in estrema emergenza come "Terapia Intensiva" ma non realmente tali, p.es. tra tutti i lettini operatori.

In parole ancor più semplici, considerando che non è possibile continuare ad affrontare la situazione ospedaliera nelle condizioni "d'emergenza" che sono perdurate e perdurano da oltre un anno, per noi, a maggior ragione oggi, i posti letto di Rianimazione da considerare per ciascuna Regione, ai fini delle valutazioni che competono ai decisori politici e amministrativi del SSN, e più in generale a coloro i quali governano il nostro Paese, sono soltanto quelli "attivati", mai dimenticando che la moltiplicazione oltre i livelli attuali dei posti letto di Rianimazione non è mai stata la soluzione per contrastare la Pandemia Covid.

Fermo restando che tutti i livelli della scrivente O. S. sono sempre stati, e tali restano, disponibili alla massima collaborazione - nell'ambito professionale ed organizzativo del lavoro dei Professionisti che essa rappresenta - con ogni corrispettivo livello amministrativo dei SS. RR., il livello nazionale della scrivente O. S. non mancherà di continuare a monitorare le criticità in argomento in ogni Ospedale d'Italia, restando pronto a portarle alla massima attenzione, anche mediatica, senza alcun riguardo per null'altro che non sia l'appropriatezza organizzativa del lavoro dei Medici che essa rappresenta, al servizio della salute dei Pazienti affidati alle loro cure.

Distinti saluti.

Dr Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC

A.A.R.O.I.-E.M.A.C.
 Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica
 Sede Legale: Via del Viminale 43 - 00184 Roma
 Codice Fiscale: 80062360633

Contatti

♦ tel: 06 47825272 - 081 5585160 ♦ e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it ♦ website: www.aaroiemac.it

Lo “Scudo penale” per la pandemia esteso a tutto il personale sanitario

Il 25 Maggio è diventato Legge, con l’approvazione alla Camera della “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, recante misure urgenti per il contenimento dell’epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici”, il cosiddetto Scudo penale per gli operatori sanitari. Nell’ultima versione del Decreto è stato, infatti, aggiunto l’articolo 3 bis che allarga le disposizioni già previste per i “vaccinatori” a tutto il personale sanitario:

«Art. 3-bis. – (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19)

1. Durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell’esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave.

2. Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all’emergenza».

Fin dal passaggio al Senato il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, aveva commentato la novità all’AdnKronos Salute.

“Siamo assolutamente favorevoli alla norma che esclude l’azione penale per medici e operatori sanitari che si sono trovati, in pandemia, a combattere un nemico sconosciuto. Ma bisogna considerare di inserire, per la sola emergenza Covid, anche l’escludibilità dell’azione civile, quindi la richiesta il risarcimento nei confronti del sanitario che ha offerto assistenza senza che ci fossero conoscenze chiare sulla malattia pandemica.

Il nostro giudizio è positivo, con la riserva, però, di valutare approfonditamente il testo”. “Siamo stati tra coloro che, in ragione dell’eccezionalità dell’ondata pandemica hanno chiesto una norma di questo genere. L’applicazione comporterà da un lato l’effetto positivo di non rischiare di sommergere di denunce i sanitari per aver prestato le cure nelle prime fasi pandemiche quando del Covid non si sapeva assolutamente nulla. Sull’altro versante ci sarà il vantaggio di non intasare di cause inutili i tribunali, poiché sappiamo che questi procedimenti penali che interessano l’ambito sanitario, a prescindere dal Covid, hanno esito nullo il più delle volte.

Ovvio che resta aperta la questione del riconoscimento del diritto al risarcimento del cittadino che avesse subito un danno, a prescindere dalla responsabilità penale o comunque dalla volontà del sanitario. Ma a questo devono pensare, nel sistema pubblico, le istituzioni, non il singolo professionista”.



Passaggio MMG alla dipendenza? La lettera del Presidente AAROI-EMAC a Quotidiano Sanità

Gentile Direttore,

prendendo spunto, per questo mio intervento, dall'articolo a firma del Segretario della CGIL Medici Andrea Filippi, dal titolo *"Mmg e ambulatoriali passino alla dipendenza del SSN. A partire da chi lavorerà nelle Case di Comunità"*, vorrei intervenire nel dibattito riaccessosi soprattutto negli ultimi tempi, in conseguenza delle enormi difficoltà in cui è venuta a trovarsi la medicina del territorio a fronte sia del primo devastante impatto pandemico da Covid-19, sia delle successive fasi di ripresa pandemica che ancor oggi non sono affatto superate, al riguardo dell'opportunità o meno che i Medici di Medicina Generale (senza trascurare la possibilità di considerare tale opportunità anche per i Medici Specialisti Ambulatoriali) passino alla dipendenza del SSN.

La Pandemia da Covid-19 ha soltanto impietosamente evidenziato, come nessun'altra emergenza nella storia – per fortuna – ha mai potuto fare, i limiti di operatività al servizio della salute pubblica di una medicina del territorio che ha nel suo attuale settore convenzionato un difetto di nascita insanabile se non con una ragionata riforma della sua organizzazione di lavoro, che oggi, sin dalla sua nascita, da un lato è pubblica nella sua mission, dall'altra è privata nel modo di erogare i servizi sanitari che le competono.

Ma in realtà, la Pandemia da Covid-19 ha semplicemente dimostrato che "il re è nudo", dato che da sempre l'Ospedale – ad iniziare ma senza limitarsi ai soli Pronto Soccorso – supplisce a bisogni di salute che dovrebbero essere raccolti e soddisfatti sul territorio, e che invece il territorio fa fatica a gestire.

Ecco perché, a nome dell'AAROI-EMAC, che rappresenta i settori medici ospedalieri più pesantemente investiti – anche a causa di una medicina territoriale rivelatasi non in grado di poter garantire l'operatività che le competeva – dalla Pandemia da Covid-19, vale a dire le Rianimazioni e i Pronto Soccorso, senza dimenticare che al settore anestesiológico spetterà far recuperare alle attività chirurgiche oltre un anno di rallentamenti nell'erogazione di salute alla popolazione, sottoscrivo parola per parola quanto sostenuto e argomentato da Filippi, aggiungendo soltanto che il rapporto fiduciario del paziente verso la medicina ospedaliera, in modo solo apparentemente paradossale, non ha bisogno di maggior dimostrazione di quella evidente di per sé negli accessi in ospedale anche per ricevere risposte a bisogni di salute che potrebbero (e dovrebbero) essere gestiti diversamente.

Un cordiale saluto.
Roma, 25 Maggio 2021

Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC





Medici, Veterinari e Dirigenti Sanitari chiedono a Ministero e Regioni l'avvio di un tavolo sulle politiche del personale

Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria hanno chiesto il 18 Maggio di avviare con il Ministero della Salute e con le Regioni un tavolo che affronti le politiche del personale e le relative ricadute sindacali.

A partire dal PNRR che cerca, con finanziamenti insufficienti, di risolvere tutte le criticità emerse durante la pandemia in merito allo stato delle strutture sanitarie, all'obsolescenza delle tecnologie diagnostiche e al ritardo digitale. Non basta, però, l'adeguamento strutturale degli edifici per migliorare la cura dei pazienti, così come tecnologia e posti letto, senza il personale necessario, rischiano di ridursi a semplici arredi.

Non vi è nel PNRR alcun accenno, nemmeno in una prospettiva futura, alla necessità di aumentare le dotazioni organiche, anche per affrontare con finanziamenti strutturali, ovviamente a carico del FSN, la pandemia sommersa creata dalle decine di milioni di prestazioni negate e rinviate causa Covid-19, al ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari in una rinnovata *governance* delle aziende sanitarie, alla riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali, specie nelle regioni meridionali, dove il numero dei posti letto in rapporto agli abitanti continua ad essere inferiore alla media nazionale, a sua volta inferiore alla media dei Paesi del G7, nonché al finanziamento dei Dipartimenti di prevenzione, salute mentale e medicina dei servizi molto al di sotto dello standard previsto dal FSN.

Le criticità disvelate dalla pandemia, figlie della scure di ieri che ha minato la sanità nelle sue basi economiche e umane, richiedono, a nostro parere, politiche agiuntive. Perché la questione decisiva sono i medici e i dirigenti sanitari, quel capitale umano senza il quale nessun ridisegno e potenziamento del SSN è immaginabile, anche ai fini della produttività dei servizi per l'abbattimento di liste di attesa che oramai si avviano ad essere misurate in anni.

Gli investimenti in infrastrutture edilizie, tecnologiche e digitali devono prevedere le necessarie ricadute in termini di investimenti sulle dotazioni organiche. Le stesse disposizioni presenti nella legislazione emergenziale, come l'incremento dei posti letto in terapia intensiva e sub-intensiva, la necessità di assumere rapidamente

professionisti per affrontare l'emergenza, l'ampliamento della platea ai medici in formazione specialistica degli ultimi due anni, richiedono una attenzione politica specifica ed investimenti economici. L'obiettivo è quello di avviare una stagione concorsuale che offra prospettive al precariato, di rendere strutturale il rapporto di lavoro con il SSN dei medici in formazione specialistica, di valorizzare economicamente le professioni che rappresentiamo, anche attraverso il rinnovo del loro CCNL, la cui discussione deve essere accelerata, evitando che finisca in coda ad altri contratti, con il rinvio degli adeguamenti economici addirittura al 2023.

L'abnegazione e la dedizione straordinaria dei medici e dirigenti sanitari del SSN al loro lavoro hanno letteralmente salvato l'Italia, come riconosciuto dalla Commissione Europea, ma occorre mettere il Servizio sanitario nazionale nelle condizioni di affrontare eventuali nuovi traumi senza pagare un alto tributo in termini di vite umane e senza interrompere le attività ordinarie.

Pertanto, in rappresentanza di 114 mila medici dipendenti del SSN, le organizzazioni sindacali dell'area della dirigenza, condividono la richiesta della FnomCeo di aprire un confronto con i decisori governativi e politici sui temi più strettamente legati alla professione all'interno dei nuovi assetti che vengono prospettati con il PNRR e rivolgono analoga richiesta per le tematiche più propriamente sindacali.

ANAAO ASSOMED – CIMO-FESMED – AAROI-EMAC – FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR) – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM Federazione Veterinari e Medici – UIL FPL COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA, VETERINARIA SANITARIA – CISL MEDICI



Dalle Regioni

Friuli Venezia Giulia

Caso De Monte. L'AAROI-EMAC Nazionale scrive alla Regione FVG

Il Consiglio Direttivo Nazionale dell'AAROI-EMAC ha inviato nei giorni scorsi una comunicazione via pec al Presidente e all'Assessore alla Salute della Regione Friuli Venezia Giulia per precisare alcuni punti relativi alla vicenda che coinvolge il Dr Amato De Monte, intervenendo anche sul confronto svoltosi con il Dr Alberto Peratoner in Commissione Sanità il 4 Maggio.

L'AAROI-EMAC, in particolare, ha inviato precisazioni relative a tre punti:

- in riferimento al confronto avvenuto in audizione presso la Commissione Sanità, l'Associazione rende noto di condividere le osservazioni del Presidente della sua Sezione Regionale FVG Dr Peratoner al riguardo delle criticità verificatesi a causa dell'emergenza Covid-19 nella Regione, comprese quelle esplicitate nei suoi interventi in audizione.
- in riferimento alla notizia dell'avvenuta sospensione di un Concorso Pubblico per la nomina del Direttore di SC della nuova Centrale Operativa Regionale dell'Emergenza FVG ("SORES"), sostituito, ai medesimi fini di conferimento di tale incarico, da un atto regionale emanato d'autorità a favore del Dr De Monte, che a quanto parrebbe è in essere dal 01 Giugno 2021, l'Associazione esprime la più netta contrarietà, che si riserva di manifestare con le più incisive iniziative nei modi che riterrà più idonei, e nelle sedi che riterrà più opportune, a qualsivoglia ipotesi, che nel caso specifico si riserva di verificare per quanto d'uopo, di mancato rispetto di regole contrattuali di affidamento di incarichi pubblici soggetti a procedure concorsuali;

- in riferimento a notizie mediatiche inerenti dichiarazioni, che a quanto si apprende dai media sarebbero state rilasciate dal Direttore Regionale dell'ARCS della Regione FVG, secondo le quali sarebbe normale, per un Medico Ospedaliero, non essersi ancora vaccinato "perché aspetta un altro vaccino"; l'Associazione, astenendosi da ogni considerazione che possa invadere la sfera sanitaria personale di chiunque, si manifesta lo sconcerto di non riuscire a comprendere su quali basi di evidenza scientifica – se riferita ad un vaccino già in produzione nel mondo ma non disponibile in Italia –, o di aspettativa scientifica futura – se riferita ad un vaccino non ancora prodotto al mondo – possa fondarsi tale attesa condividendo, così come affermato in una nota intersindacale regionale del 28 Maggio u. s., siglata, oltre che dalla Sezione FVG dell'AAROI-EMAC, da altre 7 O. S. di livello regionale, la sussistenza del rischio che tali dichiarazioni, sic et simpliciter come tali, possano gravemente tramutarsi in "un messaggio pericolosissimo per gli operatori sanitari ancora dubbiosi e per la popolazione in toto" per le ragioni ivi spiegate.

Roma, 1 Giugno 2021



Convocazione OO.SS., il NO dell'Intersindacale Puglia



OGGETTO: NOTA IN MERITO A CONVOCAZIONE OO.SS. AREA SANITA' E OO.SS. DEL COMPARTO DEL 11/05/2021 (PROT. REG. PUGLIA AOO 005-24/04/2021/0003340)

In relazione alla convocazione di cui al protocollo della Regione Puglia AOO 005/PROT 24/04/2021/0003340, Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, a firma del Direttore del Dipartimento, dott. Vito Montanaro, le sottoscritte OO.SS. dell'Area Sanità firmatarie di CCNL di Area, evidenziano:

- 1) di avere più volte, nei mesi addietro e sin dall'inizio della fase emergenziale connessa alla pandemia da Covid-19, pressantemente richiesto al livello gestionale regionale urgenti convocazioni che prevedessero all'o.d.g. la discussione e il confronto in merito:
 - a. alle drammatiche problematiche correlate alla organizzazione e alla sicurezza del personale sanitario e della Utenza
 - b. alle possibili migliori strategie indirizzate al contrasto della diffusione del contagio e alla gestione dei pazienti, sin dalla fase domiciliare, a gestione territoriale
 - c. alla futura programmazione degli interventi di tipo strutturale e di acquisizione di personale sanitario, al fine di adeguatamente riqualificare l'offerta e il livello assistenziale sanitario regionale, anche sulla scorta delle gravissime carenze evidenziate a seguito della pandemia;
- 2) di non avere mai ricevuto riscontro a tali richieste che pure provenivano dai Rappresentanti dei Professionisti Sanitari direttamente esposti in prima linea nell'affrontare e contrastare il drammatico diffondersi della pandemia e quindi maggiormente in grado di poter evidenziare sia le carenze organizzative che le necessità più impellenti avendo come unico fine quello di suggerire e discutere sui possibili pratici rimedi;
- 3) di non aver mai avanzato, sotto nessuna forma, istanza di convocazione in relazione agli argomenti proposti all'o.d.g.;
- 4) di non ritenere tali argomenti esclusivamente economici prioritari e, allo stato attuale, gli unici degni di essere proposti e affrontati in un o.d.g. di una convocazione indirizzata sia alle OO.SS. di Area Sanità che del Comparto.

Pertanto, le sottoscritte OO.SS. **non parteciperanno** alla convocazione di cui all'oggetto in considerazione del fatto di ritenere oggi, addirittura ancor più di ieri, il confronto sulle tematiche appena elencate decisamente prioritario rispetto alla questione esclusivamente economica, rammentando che in tale ambito è prioritario, caso mai, un confronto in merito alla costituzione e alla gestione dei fondi contrattuali, alle quote di assegnazione alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, alla applicazione del cos. DL Calabria e alla formulazione del Piano di Fabbisogno del Personale.

Si preavverte, inoltre, che, perdurando, nel metodo e nel merito, tale ostentato stato di indifferenza di parte pubblica alle reiterate istanze di confronto delle scriventi sigle dirigenziali firmatarie del CCNL di Area Sanità, le stesse, a latere di qualsiasi ulteriore iniziativa ritenuta opportuna, non potranno che fare ricorso, su quesiti di propria scelta, al fondamentale strumento di democrazia diretta, previsto dallo statuto dei lavoratori, quale è il **referendum sindacale - in tutti gli Enti ed Aziende del SSR -**, ovvero, in subordine, a sistemi alternativi di consultazione democratica collettiva, in ambito regionale, di tutti i lavoratori dell'Area contrattuale di riferimento.

Le sottoscritte OO.SS. convocate, infine, **chiedono che tale nota, inviata via mail pec, venga ufficialmente e formalmente allegata agli atti della convocazione di cui all'oggetto.**

Distinti saluti.

Bari, 06 maggio 2021

LE SEGRETERIE REGIONALI PUGLIA DI:

AAROI EMAC	Firmato
ANAAO ASSOMED	Firmato
CGIL FP MEDICI	Firmato
CIMO	Firmato
FASSID	Firmato
FED CISL MEDICI	Firmato
FESMED	Firmato
FVM	Firmato
UIL FPL MEDICI	Firmato

AAROI-EMAC Toscana

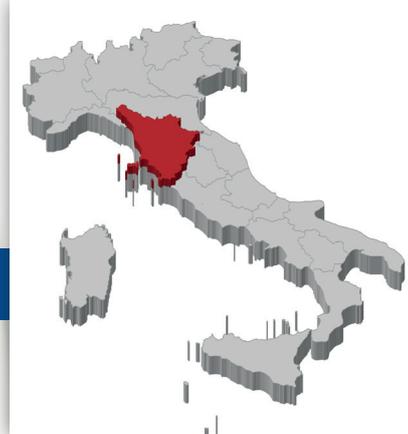
La Lettera Aperta dell'AAROI-EMAC Toscana nei giorni dei Reparti pieni

Gli Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica (AAROI-EMAC) della Toscana, considerato l'attuale numero elevato di contagi e di ricoveri sia in reparto medico che di Terapia Intensiva, soprattutto se confrontato con lo stesso dato di un anno fa, esprimono una forte preoccupazione per le scelte di allentamento delle misure di contenimento della pandemia che vengono percepite dalla popolazione come un pericoloso "liberi tutti". Una caduta del livello di attenzione, da parte delle persone, con questi numeri, nonostante la campagna vaccinale stia iniziando solo ora ad essere a pieno regime, può comportare una recrudescenza dei contagi con un eventuale nuovo picco pandemico nel corso dell'estate, vanificando tutti gli sforzi e i sacrifici fino a qui sostenuti.

Abbiamo sempre denunciato, negli ultimi anni, come il Sistema Sanitario Nazionale sia stato oggetto solo di tagli che lo hanno condotto ad un pericoloso depotenziamento di tutte le sue componenti. Le ripercussioni di ciò si sono evidenziate in modo drammatico con l'avvento della pandemia da Coronavirus, come riconosciuto in uno degli ultimi interventi parlamentari del Ministro della Salute Roberto Speranza:

"Ma vorrei dire con grande fermezza che a me come Ministro della Salute è chiarissimo che dentro uno sforzo straordinario e generoso siano emerse anche debolezze, limiti del nostro Servizio sanitario nazionale che bisogna avere il coraggio di affrontare a viso aperto... Omissis... L'Italia - questa è la verità - è arrivata indebolita al tragico appuntamento con il Covid perché per decenni, con scelte sbagliate e miopi, è stata a più riprese indebolita la sanità pubblica. La salute è stata troppo spesso considerata un costo, mentre il principale investimento per il nostro futuro, la chiave della crescita e della coesione sociale - il Servizio Sanitario Nazionale, il bene più prezioso che abbiamo - è stato sovente trascurato".

In una lettera aperta nell'ottobre 2020, mettevamo in evidenza alcune criticità che avrebbero potuto avere un peso importante nel contrasto alla diffusione delle



nuove eventuali ondate pandemiche:

- la persistente e perdurante carenza di Anestesisti-Rianimatori e Medici di Emergenza Urgenza
- le farraginosità burocratiche per le assunzioni di nuovi specialisti dalla graduatoria concorsuale
- l'eccessiva lentezza nell'attivazione dei percorsi in risposta alle nuove ondate di ricoveri ospedalieri Covid
- la richiesta di mantenere a regime l'attività chirurgica di elezione nonostante l'enorme incremento di posti letto intensivi Covid
- l'enorme pressione cui sono sottoposti gli Anestesisti Rianimatori e i Medici di Emergenza Urgenza e costretti ad uno stress lavorativo estenuante e senza adeguati periodi di riposo e ferie.

A distanza di sei mesi da quel comunicato e dopo aver attraversato due ulteriori ondate di Covid-19, possiamo affermare che quasi nulla è cambiato:

- Persiste la grave carenza di specialisti in Anestesia e Rianimazione e in Emergenza Urgenza nonostante, finalmente, si sia proceduto alle assunzioni dalla graduatoria del vecchio concorso.
- Il nuovo concorso per Anestesisti Rianimatori appena bandito presenta criticità analoghe a quelle del precedente, perché viene concessa la possibilità di esprimere preferenze sulla scelta della destinazione ma senza nessuna garanzia di soddisfazione. Se a questo aggiungiamo gli stipendi più bassi d'Italia e l'obbligo di rimanere nella sede di prima assegnazione per 5 anni, cosa dovrebbe invogliare un candidato a restare in Regione Toscana avendo opzioni migliori in altre regioni?
- Non possiamo che riscontrare una conduzione assolutamente deficitaria nella gestione dei tracciamenti e lentezza nell'attivazione dei percorsi in risposta ai



nuovi picchi di ricoveri ospedalieri Covid19. Infine, la mancata partenza a pieno regime della campagna vaccinale ha fatto sì che la pressione sugli ospedali non fosse affatto mitigata.

- Il tentativo di non ridurre l'attività sanitaria istituzionale è miseramente fallito quando la maggior parte delle risorse del sistema ospedaliero è stata assorbita dall'emergenza Covid. Tutto ciò sempre facendo conto in modo automatico e incondizionato sul senso di responsabilità e abnegazione del personale sanitario, chiamato ad incrementare il carico di lavoro e di stress: chi è stato ed è veramente sul campo, invece, è stanco, sfiduciato e demoralizzato in quanto questa tragedia, purtroppo, sembra non aver insegnato nulla se non confermare che la memoria è corta. Profondissima e demoralizzante è la sensazione di totale indifferenza da parte delle dirigenze nei confronti del lavoro degli Anestesisti Rianimatori e dei Medici dell'Emergenza Urgenza che da oltre un anno hanno visto la loro attività quotidiana in larga parte stravolta e si sono confrontati con il lato più impegnativo e doloroso del percorso di cura in questa emergenza sanitaria.

Il Consiglio regionale AAROI-EMAC Toscana

Il Presidente Luigi de Simone

Il Consigliere provinciale di Firenze Mauro Cavuta

Il Consigliere provinciale di Firenze Paolo Fontanari

Il Consigliere provinciale di Firenze Paolo Rufini

Il Consigliere provinciale di Firenze Elena Valeri

Il Consigliere provinciale di Grosseto Mario Iovine

Il Consigliere provinciale di Livorno Silvio Zuccotti

Il Consigliere provinciale di Lucca Michele Martini

Il Consigliere provinciale di Pisa Francesca Montanari

Il Consigliere provinciale di Pisa Dino Di Pasquale

Il Consigliere provinciale di Pistoia Fabio Cricelli

Il Consigliere provinciale di Prato Rodolfo Cambi

Il Consigliere provinciale di Siena Cristina Cerone

Il Consigliere provinciale di Siena Cesare Vittori

Il Consigliere provinciale di Massa Carrara Giuseppina Rombo

Dopo mesi in cui le ferie sono state o ridotte oppure rifiutate, è per noi inaccettabile pensare che proprio agli specialisti che hanno affrontato la malattia sull'ultima linea difensiva non sia concesso un adeguato riposo con grave pregiudizio per la salute loro e dei pazienti.

Le donne e gli uomini che ogni giorno sono in prima linea a curare i malati, a lottare contro l'epidemia e anche a morire, con grande professionalità, spirito di servizio e attaccamento al proprio lavoro, dovrebbero essere messi nelle migliori condizioni possibili di operare per la sicurezza e la salute di tutti.

A tal fine l'AAROI-EMAC Toscana ha, pertanto, inviato una lettera ai vertici regionali e per conoscenza ai Direttori Generali delle Aziende per richiedere un incontro urgente.

Firenze, 7 Maggio 2021

Firenze, 7 Maggio 2021

Le Donne Medico nella storia Un'evoluzione a prezzo di sacrifici, rinunce o ostracismi a causa del maschilismo imperante soprattutto nell'Ottocento. Ma nel corso dei secoli parità ed uguaglianza hanno prevalso

di Ernesto Bodini *(giornalista scientifico e biografo)*

La prima e la seconda laurea femminile dell'800 del Regno d'Italia furono in Medicina. La motivazione di questa scelta, nelle giovani dottoresse, non era da ricercarsi in una loro naturale predisposizione verso le sofferenze degli ammalati, ma perché vi era minore resistenza all'esercizio, da parte della donna, soprattutto nell'ambito della Pediatria e della Ginecologia. La prima perché appariva come un'estensione delle cure materne, la seconda perché si riteneva opportuno e conveniente che la donna fosse curata, per alcune patologie, da una donna mettendo i suoi familiari e la paziente stessa lontano da timori e disagi.

Considerazioni, queste, che agevolarono e resero accettabili gli studi medici delle donne, nonostante l'opposizione di coloro che ritenevano il loro cervello troppo piccolo, quindi inadatto per studi scientifici, e troppo alta la loro emotività per reggere la vista del sangue.

Nel nostro Paese per svolgere la professione medica, dopo aver conseguito il diploma di laurea, bastava trasmettere al Comune, sul cui territorio si intendeva aprire lo studio, la certificazione della regolarità del titolo conseguito, rilasciata dall'Università ed il Comune si limitava ad una semplice presa d'atto. Ma le cose non erano così facili perché prima della laurea le donne dovevano affrontare scherzi ed allusioni pesanti da parte degli studenti maschi e, successivamente (come riporta una nota dell'epoca), «*far fronte a una contrarietà strana, una riluttanza inesplicabile, una sfiducia quasi insultante, da parte della gente, nonché l'irritazione*

dei colleghi che ponevano ostacoli in tutti i modi, con tutti i mezzi più o meno leali e dignitosi». Se quindi le dottoresse non incontrarono particolari ostacoli di natura giuridica nell'esercizio della professione, in realtà non trovarono poi nemmeno un'accoglienza calorosa nelle specializzazioni a loro più consone, e le amministrazioni degli ospedali furono recalcitranti ad ammettere donne nel corpo sanitario. Per contro, i colleghi uomini evidenziarono con soddisfazione come nessuna donna avesse raggiunto un posto eminente nella disciplina e che la donna medico non avrebbe «*mai esercitato convenientemente la medicina in campagna, e neppure avrebbe potuto "levarsi troppo in alto" nelle città*». Tradizionalmente, e quindi secondo la tradizione popolare, in ambito sanitario alle donne era permesso praticare solo a livello di assistenza infermieristica e di sussistenza. Per molto tempo e in varie parti del mondo assistere i malati e i moribondi era ritenuto l'unico lavoro che le donne fossero in grado di svolgere nel campo della salute e quindi impossibile ipotizzare che la carriera di medico o di ricercatore fosse aperta anche alle donne. Le opposizioni a tale "diritto-ambizione" di parità avanzato da parte delle donne erano motivate dal tradizionalismo più becero e bigotto. Con il passare dei decenni le donne vollero "sfidare" gli uomini nel campo della Medicina, o comunque della Sanità, riuscendo ad ottenere buoni risultati grazie alle loro perseveranza e intraprendenza, ma anche dopo molte lotte e pubblicazioni in cui si sosteneva e si documentava la pari capacità di studio e di applicazione nell'ambito della Medicina



Anna Kuliscioff

tra uomini e donne. In Italia la dedizione delle donne allo studio e all'esercizio della professione medica, fu perseguita con altrettanta determinazione rispetto ad altri Paesi, poiché i medici uomini agirono in maniera corporativa opponendosi in massa alle ambizioni femminili. L'ambita conquista di questa, che oggi si suol definire pari opportunità ("par condicio"), fu in parte merito di alcune "coraggiose" donne che sfidando il perbenismo imperante, riuscirono ad imporsi. Tra queste **Anna Kuliscioff** (1857-1925), russa ma naturalizzata italiana che, dopo aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia e la specializzazione in Ginecologia a Torino, con una tesi sull'origine batterica delle febbri puerperali, aprì la strada alla scoperta che salverà milioni di donne dalla morte post-partum; esercitò a Milano prevalentemente in favore dei poveri e dei bisognosi, e si adoperò per iniziare grandi lotte per l'uguaglianza tra uomini e donne.

Facciamo un passo indietro

Gli storici individuano in **Elena Lucrezia Cornaro Piscopia** (Venezia 1646-1684) la prima donna laureata in Medicina nel mondo, all'Università di Padova nel 1678; mentre in Italia il primato spetta a **Maria Montessori** (1870-1952), laureata anche in Pedagogia, Scienze Naturali e Filosofia. Quest'ultima, seguita da **Anna Morandi** (Bologna 1716-1774) che si dedicò allo studio dell'Anatomia per aiutare il marito, e alla cui morte gli succedette con l'incarico alla Cattedra di Anatomia dove

sono tuttora conservati i suoi modelli anatomici in cera. In questo stesso periodo diede il meglio di sé **Maria Delle Donne** (nata nel bolognese nel 1778-1842), laureandosi in Medicina e Filosofia nel 1799, divenendo docente di Ostetricia nella Regia Università e direttore nel 1804 della Scuola delle Levatrici. In Olanda **Aletta Henriëtte Jacobs** (1854-1929) fu la prima donna farmacista e poi medico, iscrivendosi alla Scuola di Medicina dell'Università di Gröningen, partecipando alla lotta per i diritti delle donne come suffragetta e pacifista, autrice del primo studio sistematico sulla contraccezione fondando ad Amsterdam la prima Clinica al mondo per il controllo delle nascite. Quest'epoca rappresentò anche il momento della francese **Marie Anne Victoire Boivin** (1773-1841), inventrice dello speculum vaginale e tra le prime ad usare lo stetoscopio per auscultare il battito cardiaco del feto attraverso l'addome materno; oltre ad essere autrice di diverse scoperte anatomiche originali e di una Tesi sulle cause dell'aborto, e aver diretto vari ospedali meritandosi una laurea ad Honorem in Medicina all'Università di Marbourg nel 1827. Ma i sacrifici per imporsi nel mondo della Medicina non risparmiarono nemmeno la britannica **Elizabeth Blackwell** (1821-1910), trasferitasi in seguito negli USA dove, con non poche difficoltà, riuscì a farsi accettare come donna in una delle prestigiose Scuole di Medicina: il Geneva Medical College di New York. Dopo la laurea nel 1849 (siamo in epoca delle "lady doctors", che ha visto laurearsi anche la sorella Emily) tornò in Inghilterra, e poi a Parigi, per lavorare nell'ospedale La Maternité. Tornata negli



Maria Montessori

USA si dedicò alla prevenzione e alla promozione dell'igiene tra le partorienti e il personale medico, fondando nel contempo il Woman's Medical College of the New York Infirmary in qualità di professore di Igiene. Forti della convinzione che la scienza aveva bisogno di sempre più tenerezza umana emanata dalla donna, furono centinaia le donne medico che seguirono il suo esempio, non assumendo atteggiamenti competitivi nei confronti dei colleghi maschi, anche se la maggior parte non si dedicava alla professione a tempo pieno, limitandosi ad umanizzare il lavoro medico, curando con maggior dedizione degli uomini sia le donne che i bambini ammalati. In questo periodo diventò medico anche la statunitense **Ann Preston** (1813-1872), laureandosi al Woman's Medical College di Philadelphia (prima Facoltà di Medicina per sole donne, fondata nel 1850), e specializzandosi poi in Fisiologia e Igiene. Di origine tedesca invece **Marie E. Zakrzewka**, nota come Zac (1829-1902), laureatasi nella stessa Facoltà di Emily Blackwell, nel 1856 con il massimo dei voti... nonostante alcune ostilità. Ma la figura più prestigiosa fra i "medici al femminile" fu quella della britannica **Mary Corinna Putnam Jacobi** (1842-1906), diplomandosi nel 1863 in Farmacia



Mary Corinna Putnam Jacobi

a New York, e successivamente in Medicina al Woman's Medical College della Pennsylvania. Nel 1871 fu nominata professoressa di Materia Medica (Farmacologia e Terapia) insegnando lo spirito clinico-scientifico nelle studentesse americane, divenendo anche portavoce del movimento medico femminile a capo della Working Women's Society e dell'Associazione per l'Advancement of

the Medical Education for Women. Un'altra figura che si laureò "senza difficoltà, essendo migliorata la cultura negli ambienti medici e scientifici, fu la britannica **Elisabeth Garrett Anderson** (1836-



Elisabeth Garrett Anderson

1917). Determinante l'episodio del 1861 quando un medico in visita alla classe pose agli studenti delle domande a cui solo la Garret Anderson fu in grado di rispondere, tant'è che i maschi chiesero che abbandonasse il corso. Per nascondere il "disonore" dell'intera Università fu estromessa dalle altre lezioni e, in seguito, espulsa dall'ospedale di Londra. Ma la tenace dottoressa non si arrese poiché sognava ancora una laurea universitaria. Decise quindi di imparare il francese e si iscrisse all'Università di Parigi, che aveva iniziato ad ammettere le donne nel 1868. Fu la prima a sostenere gli esami e si laureò nel 1870 discutendo la tesi "Sull'Emicrania", in cui effettuava una revisione medica su tale patologia: dagli aspetti patogenetici alle opzioni terapeutiche. Inoltre fondò nel 1866 a Londra un dispensario per donne e bambini, successivamente convertito in ospedale femminile, il The New Hospital for Women che nel 1918, venne intitolato "Elisabeth Garrett Anderson Hospital". Infine fu uno dei soci fondatori della Scuola di Medicina Femminile di Londra, tanto che a suo nome fu pure istituito un premio, ogni anno assegnato ad una donna il cui lavoro abbia contribuito sostanzialmente ad aiutare coloro che soffrono di cefalea. Una menzione non meno significativa merita la statunitense **Virginia Apgar** (1909-1974) che si laureò nel 1933 alla Columbia University College of Physicians and Surgeon. Continuò l'internato in Chirurgia nonostante ostacoli ed avversioni perché donna;

quindi si orientò verso l'Anestesiologia al Bellevue Hospital di New York, divenendone in seguito direttore. Come è a tutti noto tra gli addetti ai lavori, con una intuizione analitica la dottoressa Apgar nel 1949 realizzò la lista dei segni obiettivi relativi alla valutazione delle condizioni del neonato alla nascita, applicando i cosiddetti cinque segni cardinali degli anestesisti (frequenza cardiaca, respirazione, tono muscolare, riflessi e colore) noto come "Apgar Score" (pubblicato nel 1953) quale punteggio da assegnare entro il primo minuto di vita. *«Scelsi i 5 che mi sembravano i più importanti – spiegò – e che potevano essere determinati con facilità e senza interferire con l'assistenza al neonato. Il sistema prevedeva l'assegnazione di un massimo di 2 punti a 5 variabili eterogenee. Ogni variabile contribuiva con lo stesso peso alla somma finale. La procedura era semplice da imparare e con un po' di esperienza la si poteva eseguire rapidamente. La frequenza cardiaca era misurabile con la palpazione, o a vista, senza il fonendoscopio».* Questo punteggio contribuì a salvare molti bambini, tanto che un suo collega in quell'occasione ebbe ad affermare: *«Ogni neonato negli ospedali moderni di tutto il mondo viene visto alla nascita con gli occhi di Virginia Apgar».* Testimonianza di una innovazione che forse valeva il premio Nobel, proprio perché tale apporto medico-analitico ha contribuito allo sviluppo della terapia intensiva neonatale. In oltre 40 anni di attività somministrò oltre 20 mila anestesie, portando sempre con sé nella borsa di medico un bisturi e un tubicino, avendo in più occasioni creato in emergenza una via respiratoria artificiale (tracheotomia, ndr), rendendosi disponibile 24 ore al giorno.

Nobel per la Medicina alle donne tra segnalazioni e riconoscimenti

Dall'inizio del '900, sia negli USA che in tutta Europa, è notevole il numero delle donne che scelgono di dedicarsi alla professione medica, impegnandosi soprattutto nella ricerca biomedica; consapevoli che il lavoro scientifico richiede sacrifici e rinunce ma soprattutto intelligenza creativa, profondità di pensiero, un notevole bagaglio culturale, capacità di concentrazione e autodisciplina, pazienza e capacità di sintesi. Requisiti di cui erano dotate, per esempio, la patologa australiana **Dorothy Stuart Russel** (1895-1983), che nel 1932 pubblicò le

prime osservazioni sistematiche sui tumori genitali ed extragenitali. Alle statunitensi **Elizabeth Lee Hazen** (1875-1975) e **Rachel Brown** (1898-1980) si devono le indagini che portarono alla realizzazione del *Nistatin*, uno dei maggiori farmaci per il trattamento delle micosi. Altrettanto dotata la statunitense **Beatrice E. Tucker** (1897-1984), direttrice del Centro di Maternità di Chicago per la sua lotta (anni '30) contro l'eclampsia, una delle gravi complicanze della gravidanza; di pari merito la virologa statunitense **Charlotte Friend** (1921-1987) e l'oncologa-radioterapista canadese **Vera Peters** (1911-1993). Alla statunitense **Barbara McClintock** (1902-1992) fu riconosciuto il nobel nel 1983 per la sua clamorosa scoperta della Genetica cellulare; all'italiana **Rita Levi-Montalcini** (1909-



Rita Levi-Montalcini

2012), 1986 per aver individuato il *Nerve Growth Factor*. Alla farmacologa e biochimica statunitense **Gertrude B. Elion** (1918-1999), nel 1988 per lo sviluppo di numerose terapie ottenute mediante prodotti farmaceutici, in quanto è dalle sue ricerche che proviene l'AZT, un farmaco impiegato nel trattamento dell'Aids. Alla biologa tedesca **Christiane Nüsslein-Volhard** (1942), nel 1995 per l'individuazione dei geni responsabili dello sviluppo degli organismi. Il francese **Pierre Curie** (1859-1906), il quale fu insignito con la moglie **Maria Salomea Skłodowska** (1867-1934) del premio Nobel per la Fisica nel 1903, sosteneva: *«Le donne di genio sono rare. Così quando spinti da un amore mistico, vogliamo percorrere una via anticonformista dedicando tutti i nostri pensieri a un'opera che è fuori dal comune, dobbiamo lottare con le donne».*

Finisce Quota 100 ma non per tutti

Come è stato da più voci confermato il 31 dicembre 2021 va in cantina Quota 100. In queste settimane, da quando si è insediato il nuovo Governo si è fatto un gran parlare di quale potrebbe essere il futuro della previdenza italiano e di quali potrebbero essere gli scenari futuri per i lavoratori. Il nocciolo più duro contro il quale si andranno a scontrare molte persone è lo scalino che ci sarà proprio a fine anno, quando non sarà più possibile andare in pensione a 62 anni con 38 di contributi, usufruendo delle agevolazioni di Quota 100.

Va comunque rilevato che tale condizione non colpirà tutti gli aspiranti alla pensione. Nell'articolo 14 del Decreto Legge 4/2019, convertito nella Legge n. 26/2019, dove è prevista la possibilità di andare in pensione con i requisiti di Quota 100, è inserita un'importante disposizione, con la quale viene espressamente disposto che il diritto acquisito entro il 31 dicembre 2021 possa essere utilizzato ed esercitato anche oltre questa data. In estrema sintesi viene applicato il principio della *crystallizzazione del diritto alla pensione*. In altre parole, nel caso in cui il lavoratore abbia maturato tutti i requisiti contributivi ed anagrafici entro il 31 dicembre 2021, potrà decidere di andare in pensione anche successivamente, ma senza perdere questa opportunità offerta dalla legge. Ad esempio nel caso in cui un lavoratore dovesse raggiungere i 62 anni e 38 di contributi il 15 dicembre 2021, la decorrenza della pensione - tenuto conto dei vari meccanismi di differimento della percezione - sarebbe il 1° aprile 2022. Il lavoratore potrà benissimo optare se mettersi in pensione il 1° aprile 2022 o scegliere il 2023 o il 2024, riuscendo in questo modo ad ottenere un rateo della pensione più alto. In altre parole questo è il diritto *crystallizzato*, ossia *congelato a tutti gli effetti*, e permette ai lavoratori di effettuare questa scelta indipendentemente dalla proroga o meno di Quota 100. Ma soprattutto mette al sicuro, l'interessato, da eventuali meccanismi di calcolo che in futuro potrebbero penalizzare l'assegno

previdenziale.

Ma nel caso in cui il lavoratore non riuscisse a maturare i requisiti per andare in pensione entro il 31 dicembre 2021 ci ha pensato l'Unione europea che ha chiesto all'Italia di dare piena attuazione alla Legge Fornero, che permette di uscire dal lavoro solo e soltanto dopo i 67 anni. Le raccomandazioni che provengono dall'Europa sono abbastanza chiare e sono legate principalmente al Recovery Fund. Potremmo presto dire addio alla pensione fortemente anticipata limitando un criterio anticipatore solo per la pensione anticipata con 42 anni e dieci mesi (41 e 10 mesi per le donne) di contributi indipendentemente dall'età anagrafica. Resterà anche per i cosiddetti "precoci", cioè i lavoratori che possono far valere 12 mesi di contribuzione effettiva antecedente al 19esimo anno di età e che si trovano nelle condizioni simili a quelle di APE sociale, la possibilità di accedere alla pensione entro fine 2026 con 41 anni di contribuzione indipendentemente dall'età. Prevedibile un rinnovo per i prossimi anni dell'opzione donna, con un probabile innalzamento del requisito di età anagrafica fermo al 2006. Oggi si accede invece alla pensione, con calcolo totalmente contributivo, con 58 anni di età per le lavoratrici dipendenti (59 anni per le autonome), con 35 anni di contributi. Poiché è previsto un differimento tra la data di maturazione del requisito e quella della pensione di 12 mesi per le dipendenti e 18 mesi per le autonome, l'opzione donna consente nella pratica di pensionarsi con quota 94 per le lavoratrici dipendenti e quota 95,5 per le autonome. Quanto alle eccessive rigidità della riforma Monti-Fornero restano da definire l'equiparazione delle regole tra misti e contributivi puri (coloro che hanno iniziato a lavorare dopo l'1 gennaio 1996), che oggi vedono i giovani molto sfavoriti, le agevolazioni per le lavoratrici madri ed un miglioramento della flessibilità, ma soprattutto una seria separazione tra assistenza e previdenza.

28 Maggio 2021

Prestazione	Età anagrafica	Anzianità contributiva	Note
Vecchiaia	67 anni	20 anni	
Anticipata	Uomini: 42 anni e 10 mesi Donne: 41 anni e 10 mesi	-	Opzione sperimentale fino al 2026 che sostituisce l'età di 43 anni e 3 mesi (42 anni e 3 mesi per le donne)
Quota 100	62 anni	38 anni	Sperimentale fino al 2021
Opzione Donna	Lavoratrici dipendenti: 58 anni Lavoratrici autonome: 59 anni	35 anni	Rinnovata annualmente al 2021
Precoci	-	41 anni	Lavoratori che possono far valere 12 mesi di contribuzione antecedente al 19esimo anno di età. L'opzione si rivolge solo a specifiche categorie
APE sociale	63 anni	30 anni (36 per i lavoratori delle cd. attività gravose)	Rinnovata annualmente al 2021

Medici: possibile l'esonero contributivo

Ministri del Lavoro e dell'Economia hanno firmato, nei giorni scorsi, il decreto interministeriale con le procedure, i dettagli e le scadenze per le domande dello sconto istituito dalla legge di bilancio, che ha previsto l'istituzione di un Fondo per l'esonero dai contributi previdenziali per il 2021. Il testo è ora all'esame della Corte dei Conti e attende, peraltro, l'approvazione anche della Commissione Europea.

La disposizione legislativa prevede un esonero dai contributi assistenziali e previdenziali, la cui misura parziale o totale dell'esonero non è ancora nota, con esclusione dei premi Inail, per i lavoratori autonomi ed i professionisti iscritti alle gestioni previdenziali dell'Inps e professionisti iscritti alle Casse di previdenza private che abbiano percepito, nell'anno d'imposta 2019, un reddito complessivo non superiore a 50.000 euro e abbiano subito un calo di fatturato o dei corrispettivi nell'anno 2020 rispetto all'anno 2019 non inferiore al 33 per cento. Ma, ed è questo un importante riferimento, la norma lo prevede anche per i medici, gli infermieri e altri professionisti ed operatori di cui alla L. 3/2018 (recante disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza del Ministero della salute) assunti per l'emergenza Covid 19 e già in quiescenza.

Il fondo aveva una dotazione finanziaria iniziale di 1 miliardo di euro. Successivamente il Decreto Sostegni ne ha aumentato le risorse a disposizione portandole a 2,5 miliardi di euro. Il monitoraggio dei limiti di spesa sarà affidato agli enti previdenziali che ne comunicheranno i risultati al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Ministero dell'economia.

Il Ministero del Lavoro avrebbe dovuto definire in dettaglio entro 60 giorni dall'entrata in vigore della finanziaria, quindi entro il 1° marzo 2021, le modalità e i criteri di attribuzione della agevolazione con un decreto ministeriale. I tempi si sono invece molto allungati anche per la crisi di Governo di febbraio e la staffetta tra i Ministri. La scorsa settimana l'attuale Ministro del Lavoro, Orlando, ha risposto ad una interpellanza parlamentare sulle sorti di questo provvedimento tanto atteso dalla variegata platea di professionisti ed autonomi ed ha affermato che: *"occorre considerare con*

particolare attenzione il lavoro autonomo nell'ambito delle riforme strutturali che devono accompagnare la fase della ripartenza e riattivare il percorso dello sviluppo, in particolare per quanto riguarda gli ammortizzatori sociali".

Nell'attesa alcuni tra gli ordini professionali interessati dallo sconto contributivo previsto dalla legge di bilancio 2021 hanno deliberato procedure per anticipare l'operatività dell'agevolazione. Si tratta in particolare dell'Enpam, l'Ente previdenziale dei medici, che si sta organizzando per individuare i beneficiari, in modo da non spedire nemmeno eventuali bollettini a chi avrà il diritto di non pagarli. Contemporaneamente nelle prossime settimane l'Ente metterà online un questionario per permettere ai medici e agli odontoiatri di dichiarare, all'interno della propria area riservata, se hanno i requisiti previsti (reddito complessivo 2019 non superiore a 50mila euro e calo di fatturato di un terzo nel 2020). L'Enpam, inoltre, pubblicherà aggiornamenti tempestivi sul proprio sito web e invierà notizie via email a tutti coloro che hanno fatto richiesta di riceverle.

Anche altre Casse hanno sospeso o rinviato la riscossione delle rate di contributi dovute nei prossimi mesi per gli iscritti che possono dichiarare il reddito inferiore ai 50mila euro, come richiesto dalla norma. Specificatamente l'Enpab ha sospeso per tutti l'emissione dei MAV per il pagamento dei contributi minimi. Per l'Enpap è possibile compilare un'autocertificazione sulla base dei requisiti previsti nella propria area riservata ai fini dell'acconto redditi 2020. La Cassa dottori commercialisti ha prorogato per tutti al 30 giugno 2021 le scadenze del 31.3 e 31.5 2021. La Cassa forense ha previsto la sospensione dei contributi minimi soggettivi e di maternità per il 2021.

In ogni caso per l'operatività sarà necessario attendere anche la circolare operativa dell'Inps e le istruzioni delle Casse. Tuttavia l'applicazione dovrà essere, comunque, retroattiva. Quindi anche in caso di versamenti i contributi saranno recuperati dato che la norma istitutiva della legge di bilancio prevede un esonero annuale.

10 Maggio 2021

Quale futuro per le pensioni

Il Governo scopre, larvatamente, le carte sulle pensioni. E lo fa con una frase inserita nella bozza del Recovery Plan (o Pnrr). Dal primo gennaio 2022, finita Quota 100, si torna al regime Fornero: fuori a 67 anni di età, limite che ricomincia a crescere con l'aspettativa di vita, o con 42 anni e 10 mesi di contributi (41 per le donne). Unica eccezione: "Misure mirate a categorie con mansioni logoranti". Una doccia gelata per i sindacati Cgil, Cisl e Uil ed anche per la Lega che ha investito molto nella sua iniziativa con l'introduzione di quota 100. Una riforma che aveva l'obiettivo di scardinare il sistema Fornero, ma che anche a vista dei modesti risultati numerici, circa 300 mila domande in due anni e mezzo rispetto al milione previsto, e soprattutto con la sua scadenza al 31 dicembre di quest'anno sembra avere poca probabilità di essere riproposta. Dal 2022 per tutti si andrà in pensione a 67 anni e di certo non si salverà chi sfortunatamente compirà 62 anni nel 2022 avendo già maturato i 38 anni di contributi nel 2021. Per lui o lei ci saranno altri 5 anni di lavoro. Lo scalone di 5 anni è un problema vero, concreto, da affrontare: un aumento secco di cinque o sei anni dei requisiti di pensionamento potrà essere poco proponibile.

Qualche sindacato suggerisce di intervenire considerando, forse in maniera poco opportuna, la falciata di anziani per Covid. Meglio la valutazione che le pensioni miste, retributivo/contributivo, tendono a sparire e a breve (quando?) si sarà tutti nel sistema contributivo e che, forse, converrebbe far passare tutti, da subito, al sistema contributivo. Possibile, in questo caso con un "piccolo" ricalcolo della quota retributiva. Ma le trattative per una verifica sul sistema si sono arenate nei mesi scorsi ed adesso, a "freddo", è intervenuto quanto indicato nel Pnrr.

Ma nell'ansia del futuro previdenziale sarebbe, comunque, importante cercare di trovare aspetti condivisibili e soprattutto idonei a fornire una certezza previdenziale per gli attuali lavoratori.

Un primo intervento potrebbe essere quello di superare le rigidità dell'età pensionabile tenendo conto che nel sistema contributivo l'età pensionabile non costituisce un parametro che incide sul sistema, modulando gli assegni sulla base dell'aspettativa di vita. Pur comprendendo che esiste un problema di cassa è innegabile che nel sistema

contributivo l'uscita anticipata non destabilizza il sistema. Per quanto riguarda i contribuenti con il sistema misto sarebbe utile riaprire la possibilità di un'opzione per il sistema contributivo, più favorevole sul lato della pensione di vecchiaia. Un'altra opzione potrebbe consistere nella staffetta generazionale. Abbinare, cioè, su base volontaria un tempo parziale di un giovane con un tempo parziale di un pensionando senza penalizzazioni prevedendo un calcolo della pensione sul maturato a tempo pieno. In tal modo si valorizzerebbe il bagaglio di esperienza dei lavoratori più anziani utilizzandolo alla formazione dei giovani e limitando il precariato delle nuove generazioni.

Opportuno appare, poi, stabilizzare l'opzione donna senza, però, le attuali penalizzazioni.

L'opzione donna viene squallidamente prorogata di anno in anno e sconta una penalizzazione non indifferente in quanto comporta il calcolo contributivo su tutta la durata della contribuzione.

Importante sarebbe un'omogeneizzazione delle aliquote di prelievo contributivo che, nel caso dei lavoratori dipendenti pone in essere serie discriminazioni che favoriscono il proliferare di contratti atipici e precari. Favorendo, così, anche una seria lotta all'evasione contributiva, collegata inesorabilmente a quella fiscale, che è indispensabile per la credibilità e l'equità del sistema.

È necessario, poi e finalmente, separare previdenza ed assistenza.

La previdenza alimentata dai contributi dei lavoratori deve essere distinta da prestazioni assistenziali, pur necessarie ma che devono essere alimentate dalla fiscalità generale.

Andrebbe poi, rivisto il sistema della previdenza complementare. La scarsa informazione nel contesto di una cultura previdenziale carente non ha consentito ancora il pieno decollo della previdenza complementare. Le pubbliche amministrazioni, in difficoltà in questi anni, in tal modo hanno risparmiato la quota del datore di lavoro. Occorre, invece, incentivare il sistema ed impedire che i risparmi delle contribuzioni datoriali, specie nei sistemi delle autonomie, costituiscano elemento per il pareggio di bilancio.

26 Aprile 2021

La Responsabilità medica è extracontrattuale per i parenti della vittima

La responsabilità della struttura sanitaria è contrattuale o extracontrattuale a seconda che ad agire sia il paziente o un suo congiunto.

Il Tribunale di Crotona (sez. I, sentenza n. 557 del 26 giugno 2020) ha distinto le ipotesi in cui la Struttura sanitaria sia responsabile nei confronti del paziente dalla ipotesi in cui la responsabilità venga invece fatta valere dai congiunti.

Il Tribunale calabrese si attenuto al principio, già enucleato dalla giurisprudenza di legittimità, in base al quale tra il paziente e la struttura sanitaria si instaura un rapporto che ha fonte in un autonomo contratto a prestazioni corrispettive e che trova applicazione esclusivamente con riferimento ai pregiudizi, di qualsiasi natura, patiti dal paziente. Solo nei confronti del paziente a carico della struttura sanitaria sorgono gli obblighi del personale medico e del personale sanitario e di apprestamento di tutte le misure sanitarie necessarie, comprese quelle di natura emergenziale.

Proprio per tali ragioni, la responsabilità della Struttura sanitaria, deve ritenersi di natura contrattuale, riguardo all'inadempimento delle obbligazioni gravanti direttamente su di essa (ex art. 1218 c.c.) o riguardo all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta da un Medico, o da altro Sanitario, a prescindere dalla sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato.

Come noto, la questione della natura contrattuale del rapporto medico/struttura-paziente è stata cristallizzata dalle Sezioni Unite con la pronuncia 14712/2007 che ha collegato la responsabilità contrattuale alla violazione di obblighi nascenti da situazioni, non già di contratto, bensì di semplice contatto sociale, e ha assimilato le obbligazioni derivanti dalla violazione di specifici obblighi contrattuali a quelle derivanti dal mero contatto sociale tra due soggetti. Si tratta, quindi, di una responsabilità che sorge in forza degli obblighi che derivano da un rapporto giuridico paracontrattuale, che si instaura tra le parti in virtù di un contatto sociale qualificato. Non sussiste nessun rapporto di natura contrattuale tra la Struttura e i congiunti del paziente.

Ne consegue che l'eventuale responsabilità della Struttura sanitaria nei confronti delle vittime secondarie non può essere ritenuta di natura contrattuale, ma extracontrattuale con la conseguenza che l'eventuale richiesta di risarcimento dei congiunti deve essere azionata e provata secondo i dettami

degli artt. 2043 e 2049 c.c.

Per tali ragioni il Tribunale ha rigettato la domanda di risarcimento avanzata dai congiunti.

Infatti, con il precipuo riferimento alla domanda di risarcimento del danno, formulata dai congiunti, è stato, anche, osservato che la perdita del rapporto parentale integra il solo "danno-evento", ovvero la lesione del diritto di rilevanza costituzionale all'intangibilità della propria sfera degli affetti e della reciproca solidarietà nell'ambito della famiglia la cui tutela è ricollegabile agli artt. 2,29 e 30 Cost. (cfr. sentenze gemelle Cass., sez. III, 7.05.2003 nn. 8827 e 8828). Ad essere meritevoli di ristoro sono, quindi, le sole conseguenze pregiudizievoli derivanti da tale perdita, suscettibili di essere ricondotte, in seno al danno non patrimoniale di cui all'articolo 2059 c.c., alle voci del danno morale, del danno biologico e del danno alla sfera del fare reddituale.

Trattandosi dunque di "danni-conseguenza", il riconoscimento della relativa pretesa risarcitoria presuppone, anche nell'ipotesi di danno subito a seguito della morte di un prossimo congiunto, che il pregiudizio sia compiutamente descritto e che ne vengano allegati e provati gli elementi costitutivi (Cass., sez. III, n. 12236/2012). La possibilità di provare per presunzione non esonera chi lamenta il danno e ne chiede il ristoro dal darne concreta prova (Cass., sez. III, n. 907/2018).

È proprio per questa ragione che la struttura sanitaria assume nei confronti del paziente una responsabilità di natura contrattuale. Questa consegue all'inadempimento, a seconda dei casi, delle obbligazioni che gravano direttamente su di essa o delle prestazioni medico-professionali svolte dai sanitari che lavorano per lei, anche in assenza di un rapporto di lavoro subordinato. Nel primo caso, il riferimento va all'articolo 1218 del c.c., nel secondo caso va all'articolo 1228. Nei confronti del congiunto del paziente deceduto, invece, la responsabilità della struttura sanitaria, qualora questi chieda il risarcimento dei danni subiti iure proprio in conseguenza del decesso del proprio caro, non è contrattuale ma extracontrattuale e opera ai sensi degli articoli 2043 e 2049 del codice civile. I parenti sono infatti delle vittime così dette secondarie, che non hanno alcun legame contrattuale diretto né con la struttura sanitaria né con i sanitari che operano al suo interno.

19 Aprile 2021

Quesiti dal web

L'AARO-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Arturo Citino
(Coordinatore Formazione Sindacale)



Durante il periodo di preavviso possono essere utilizzate ferie, congedo per rischio gas anestetici, recupero ore in esubero, recupero festivi, giorni di malattia?

L'articolo 104 del vigente CCNL al comma 6 esclude l'assegnazione delle ferie durante il periodo di preavviso.

Tutti gli altri istituti citati sono utilizzabili in tale periodo.

C'è da aggiungere che, per quanto riguarda le ore in esubero, queste sono recuperabili a domanda del dipendente stante l'art.30 del vigente CCNL che al comma 1 recita: "Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze di servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite."

Le ferie, inoltre, possono essere remunerate se "non godute per esigenze di servizio" in ossequio all'art.33 del vigente CCNL che al comma 10 recita:

"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."

Come va gestito il congedo matrimoniale rispetto al giorno del matrimonio? Va compreso nei 15 giorni o è possibile una soluzione diversa?

L'attuale CCNL all'art. 26 comma 2 recita:

2. Il dirigente ha altresì diritto ad assentarsi per 15 giorni consecutivi in occasione di matrimonio. Tale permesso può essere fruito anche entro 45 giorni dalla data in cui è stato contratto il matrimonio.

L'aspettativa per intraprendere un rapporto a tempo determinato ha una durata massima? Se si transita su rapporti a tempo determinato diversi, si ha diritto a più aspettative?

È possibile ottenere l'aspettativa per intraprendere un rapporto a tempo determinato per tutta la durata

del tempo determinato.

Il CCNL non prevede, in questo caso, una durata massima anche per diversi rapporti a tempo determinato.

Sul prospetto turni del mese corrente mi sono stati assegnati 5 giorni di ferie ma mi è stato assegnato un turno notturno nella notte che precede il primo giorno di ferie? E' corretto?

La giornata di ferie, come qualunque giornata, inizia alle ore 00.00 e termina alle ore 24.00.

Di conseguenza se quella giornata è stata richiesta e concessa come congedo ordinario non può contenere un turno notturno dalle ore 24.00 alle ore 8.00.

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.

Volendo trasferirmi presso l'Azienda in cui ho vinto il concorso, trovandomi in periodo di prova (V mese) presso l'Azienda in cui ho anche un contratto a tempo indeterminato, posso dimettermi/chiedere aspettativa senza preavviso?

E l'aspettativa può essermi negata?

Avendo accumulato 15 giorni di ferie possono negarmi la fruizione prima del termine del rapporto di lavoro e quindi determinare la perdita delle suddette ferie maturate?

Nel secondo trimestre del periodo di prova è possibile dimettersi senza preavviso a norma dell'art.12 del vigente CCNL che recita:

Art. 12 Periodo di prova - 5. Decorsa la metà del periodo di prova di cui al comma 1, nel restante periodo ciascuna delle parti può recedere dal rapporto in qualsiasi momento senza obbligo di preavviso né di indennità sostitutiva del preavviso, fatti salvi i casi di sospensione previsti dal comma 3. Il recesso opera dal momento della comunicazione alla controparte. Il recesso dell'Azienda o Ente deve essere motivato.

Per quanto riguarda l'aspettativa del caso in esame va fatto riferimento all'art.12 comma 10 che recita:

Art. 12 Periodo di prova - 10. Al dirigente già in servizio a tempo indeterminato presso un'Azienda o Ente del comparto, vincitore di concorso presso altra amministrazione anche di diverso comparto, può essere concesso un periodo di aspettativa senza retribuzione e decorrenza dell'anzianità, per la durata del periodo di prova, di cui al presente articolo, ai sensi dell'art. 10, del CCNL del 10.2.2004, come integrato dall'art. 24, comma 13, del CCNL 3.11.2005 Area IV e art. 10, del CCNL del 10.2.2004, come integrato dall'art. 24, comma 15, del CCNL 3.11.2005 Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie (Aspettativa).

2) avendo accumulato 15 giorni di ferie presso l'azienda B, può il primario dell'azienda B negarmi la fruizione prima della presa di servizio presso l'azienda A e quindi determinare la perdita delle suddette ferie maturate?

Il "può" indica una facoltà al diniego da parte dell'Azienda.

Se non è possibile godere delle ferie per ragioni di servizio, queste possono essere remunerate a norma dell'Art. 33 del CCNL che recita

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.

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.



ELEZIONI ONAOSI 2021-2026

vota

LISTA

**ONAOSI
FUTURA**

IL PUNTI DEL NOSTRO PROGRAMMA

- ▶ **Favorire** un moderno Welfare multicategoriale di prossimità
- ▶ **Allargare** la platea dei contribuenti
- ▶ **Progettare** interventi in favore delle condizioni di disagio e fragilità
- ▶ **Facilitare** l'accesso ai servizi
- ▶ **Potenziare** la comunicazione delle attività
- ▶ **Costruire** sinergie con le Casse Previdenziali
- ▶ **Ultimare** i programmi di valorizzazione e ristrutturazione edilizia dei Collegi di Perugia
- ▶ **Garantire** un'amministrazione trasparente, efficace ed efficiente
- ▶ **Ottimizzare** la resa del patrimonio mobiliare e immobiliare
- ▶ **Estendere** i programmi di formazione, nazionali e internazionali

**L'ONAOSI È NATA
PER ASSICURARE IL FUTURO,
ASSICURIAMO FUTURO
ALL'ONAOSI.**