

il nuovo Anestesista Rianimatore

AAROI EMAC
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

LUGLIO - AGOSTO
2021
4
Anno XLII

L'Ospedale del futuro? L'Intervento AAROI-EMAC - SIAARTI

**Elezioni ONAOSI:
gli Eletti e il CdA**

**Carenza AR e MEU:
la Diffida AAROI-EMAC**

**Direttore Assistenziale?
Il NO dell'Intersindacale**

Sommario

- 3 Editoriale**
Elezioni ONAOSI: il messaggio del Presidente AAROI-EMAC
- 4 La Diffida**
Carenza Medici Anestesiisti Rianimatori e di PS
- 6 Focus QS**
"Quale ospedale per l'Italia?"; l'intervento AAROI-EMAC - SIAARTI
- 12 Formazione**
Corsi autunnali del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®
- 14 Intersindacale**
NO alla figura del Direttore Assistenziale
- 18 Elezioni ONAOSI**
La Lista ONAOSI FUTURA ottiene il 66% dei voti

- 20 Il Libro**
La cocaina, il poliziotto, il farmacista, il professore

- 22 Il Contributo**
Breve storia dei Nobel: una nobile tradizione

AAROI-EMAC risponde

- 26 CCNLin Pillole**

- 28 Previdenza:**
Gli articoli dell'Esperto

- 34 Quesiti Sindacali**

- 36 Il Tariffario**

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 DALSAOSSO - 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 POMPILIO DE CILLIS
Dr COSIMO SIBILLA

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

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 30-07-2021

ELEZIONI ONAOSI 2021-2026: GRAZIE!

La Lista 1 ONAOSI FUTURA ha vinto sulla Lista 2 concorrente (per la Categoria Medici Dipendenti) con i 2/3 dei voti! A tutti i Colleghi che l'hanno votata, permettendo all'AAROI-EMAC – con questo risultato – di continuare a rappresentarli anche in Onaosi per il Quinquennio 2021-2026: Grazie!

Senza il massiccio sostegno AAROI-EMAC alla Lista n.1 non sarebbe stato possibile mantenere una maggioranza intersindacale di governo della Fondazione stabile – rispetto al Quinquennio 2016-2021 – e sufficientemente autorevole sia per poterne indirizzare le iniziative e porne in opera le attività nel rispetto delle finalità istitutive solidaristiche che ne costituiscono la mission, sia per poterne gestire al meglio le risorse, che sul piano economico derivano dalla nostra contribuzione.

Ecco perché voglio ringraziare ancora tutti coloro che hanno dato supporto con il loro voto all'AAROI-EMAC presente nella Lista 1 ONAOSI FUTURA. Il grande impegno della nostra Associazione, al netto di coloro i quali non hanno ritenuto di fare lo sforzo di imbucare una busta a tal fine (che stimo in circa il 50%, peccato) ha raggiunto l'obiettivo prefissato, consentendo al sottoscritto e al Dr Antonio Amendola, Tesoriere Nazionale e Presidente AAROI-EMAC Puglia, di poter operare nella Fondazione Onaosi in nome e per conto di tutti i Colleghi suoi Contribuenti.

Un riconoscimento particolare va al Dr Luigi Zurlo, Vice Presidente AAROI-EMAC Lazio e Referente Affari Legali della nostra Associazione, che pur non risultando eletto (per esserlo sarebbe stato necessario un risultato elettorale molto più schiacciante, pari almeno al 95%) si è impegnato più di tutti sia per la raccolta firme di presentazione Lista, sia per i voti necessari a farla eleggere.

Vi terremo aggiornati su tutto ciò che faremo per far conoscere al meglio a tutti i Colleghi Contribuenti l'operatività della Fondazione!

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC*



Carenza Medici Anestesisti Rianimatori e di PS, risposte concrete non fantasiose

AAROUI-EMAC, lanciando ancora una volta l'allarme sulla carenza di Medici Anestesisti Rianimatori e di Pronto Soccorso ha diffidato tutti gli Enti Pubblici del SSN:

- da ogni eventuale tentativo di coercizione allo svolgimento di turni in PS rivolto ai Medici Anestesisti Rianimatori;
- da ogni eventuale tentativo di imposizione di lavoro straordinario o di obiettivi prestazionali non concordati e non adeguatamente remunerati al fine di recuperare le prestazioni ordinarie rallentate da ultimo anche a causa della pandemia Covid-19.

Di seguito il testo della Diffida:

Prot. 120/2021

Roma, 14 Luglio 2021

A Tutti gli Enti Pubblici del SSN

e, p. c.:

A tutti gli Iscritti AAROUI-EMAC

OGGETTO: Carenze di Medici Specialisti – Proposte e Diffida

La **carenza di Medici di Pronto Soccorso**, così come la **carenza di Medici Anestesisti Rianimatori**, è da anni – ben prima della pandemia – una questione nota che ciclicamente si ripresenta in maniera dirimpante come sta accadendo in questo periodo, particolarmente in alcune Regioni. Una soluzione nell'immediato non esiste, anche perché occorrerà attendere alcuni anni prima che l'aumento delle Borse di Studio per le due Discipline ARTID e MEU produca i suoi effetti. Di fronte all'attuale carenza di tali specialisti, tuttavia, se da un lato occorrono soluzioni, dall'altro non devono essere adottati escamotage che creano ulteriori e più gravi problemi.

L'AAROUI-EMAC, che rappresenta i Medici Anestesisti Rianimatori e, nell'ambito dell'Emergenza-Area Critica, anche i Medici di Pronto Soccorso, lancia ancora una volta l'allarme sulla necessità di far fronte ad un'emergenza concreta in un momento in cui, alla carenza si aggiunge il diritto alle ferie per tali Medici, che più di tutti da oltre un anno sono in prima linea contro la pandemia Covid-19.

L'Associazione ritiene necessario in primo luogo procedere, nella misura più estesa possibile, **per entrambe le Specialità, alle assunzioni – con regolare CCNL Pubblico e non con contratti di lavoro diversi – di Specialisti e al reclutamento dei Medici in Formazione degli ultimi due anni**; è indispensabile, inoltre, **favorire le attività aggiuntive dei Professionisti disponibili anche incrementandone la remunerazione oraria.**

Per i soli PS, infine, stante l'attuale sistema delle "equipollenze" alla specializzazione MEU attualmente previste a norma di legge, **laddove sia indispensabile, esclusivamente per non dover incorrere in interruzioni di pubblico servizio, ricorrere ad assegnare turni di servizio in PS a Medici di altri reparti** che, in base a tale sistema, abbiano titolo per integrare dotazioni organiche del tutto insufficienti, l'AAROI-EMAC insiste sul principio che tale soluzione sia adottata **in primis sulla base di adesione volontaria**.

A tal proposito si rimarca che il settore specialistico di Anestesia e Rianimazione è equipollente unicamente a se stesso, e quindi vanno respinte con la massima determinazione alcune iniziative di alcune Aziende che ci giunge notizia pensano di coinvolgere nei turni di Pronto Soccorso gli Anestesisti Rianimatori!

Alla ben nota carenza di Specialisti in ARTID, si sono aggiunte, infatti, l'urgenza di recuperare le liste di attesa e, non ultimo, la necessità di garantire almeno in parte l'abnorme accumulo di ferie arretrate dopo un anno di super lavoro.

Ai fini di una corretta individuazione dei Medici che rientrano nelle categorie specialistiche che unicamente possono essere coinvolte nelle turnazioni di lavoro in PS si rimanda al seguente link:

• **DECRETO MINISTERIALE 30 gennaio 1998**

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1998/02/14/098A0940/sg>

Infine, per entrambi i settori specialistici ARTID e MEU, ci giunge notizia che – sempre in ordine sparso – alcune Aziende starebbero tentando di porre in atto organizzazioni del lavoro che prevedono di recuperare le prestazioni ordinarie rallentate da ultimo anche a causa della pandemia Covid-19 attraverso il ricorso al lavoro straordinario o ad obiettivi imposti forzatamente.

SI DIFFIDANO PERTANTO GLI ENTI IN INDIRIZZO:

- da ogni eventuale tentativo di coercizione allo svolgimento di turni in PS rivolto ai Medici Anestesisti Rianimatori;
- da ogni eventuale tentativo di imposizione di lavoro straordinario o di obiettivi prestazionali non concordati e non adeguatamente remunerati al fine di recuperare le prestazioni ordinarie rallentate da ultimo anche a causa della pandemia Covid-19.

L'AAROI-EMAC si riserva, comunque, ogni azione di contrasto all'attuazione di tali illiceità, non escludendo in tali casi proteste da attuarsi anche con la proclamazione di scioperi.

Certi che tali azioni e tali proteste non avranno motivo di doversi porre in opera, si inviano

Distinti saluti.

AAROI-EMAC
Il Presidente Nazionale
Dr Alessandro Vergallo



Resilienza, resistenza e rilancio: aspettative deluse? La prospettiva degli specialisti in Anestesia-Rianimazione-Terapia Intensiva e del Dolore (ARTID)

Lintervento congiunto SIAARTI – AAROI-EMAC nel Forum di Quotidiano Sanità “Quale ospedale per l’Italia”.

Premessa

Per i Medici Anestesisti Rianimatori, l’invito a partecipare al Forum “quale ospedale per l’Italia” promosso su “Quotidiano Sanità” da Cesare Fassari e dal Prof. Ivan Cavicchi è una importante occasione per riflettere su due cose:

- sulle criticità vecchie e nuove dell’ospedale rese drammaticamente manifeste e attuali dalla pandemia
- sulle proposte finalizzate all’ospedale del PNRR (M6C2).

Siamo anche noi perplessi sull’idea dell’ospedale minimo

Diciamo subito, riprendendo il senso dell’articolo di apertura al forum tanto del prof Cavicchi che quello successivo del prof Cognetti che per la natura specialistica della nostra disciplina (ARTID, rappresentata da SIAARTI come Società Scientifica e da AAROI-EMAC come Organizzazione Sindacale Nazionale) il concetto di “ospedale minimo” non solo non funziona, ma – come ha dimostrato proprio la pandemia – è una idea di sanità pericolosa, prima di tutto per il malato, perché di fatto finisce con il sotto-determinare l’ospedale nelle sue potenzialità di dare ai bisogni di salute dei cittadini le migliori risposte possibili con cure adeguate in ogni loro declinazione (professionale, tecnologica, clinica).

La pandemia ha dimostrato in modo eclatante che per governare eventi eccezionali non basta il “minimo strutturale”, ma è necessario il suo contrario, cioè il “massimo potenziale”. La stessa esigenza, però, vale se si passa da un'emergenza collettiva, quale è la pandemia, ad un'emergenza individuale come una malattia più o meno grave.

In ospedale, cioè nel luogo quando “contingenza”, “emergenza”, “gravità”, si sovrappongono, non c'è “ospedale minimo” che tenga.

Eppure, nonostante questa banale verità empirica, tanto i malati che gli operatori hanno sopportato decenni di mancati investimenti per non dire disinvestimenti, anni e anni di mancata programmazione del fabbisogno di specialisti come quelli in ARTID (gli unici in grado di gestire l'alta complessità clinica e strumentale delle Rianimazioni), anni di sottodimensionamento tecnologico.

In sintesi, per riprendere il concetto posto fin dall'inizio del forum, hanno sopportato loro malgrado anni di “deospedalizzazione”.

Il vero miracolo dell'ospedale, che come tutto il SSN si è trovato ad affrontare l'aggressione pandemica senza poter contare su un vero “piano di emergenza” nazionale, è stato comunque quello di tradurre il “minimo reale” – cioè gli effetti accumulati della deospedalizzazione – nel “massimo potenziale possibile”, utilizzando ogni mezzo per riorganizzarsi al fine di poterne reggere l'impatto, grazie ad uno sforzo eccezionale del personale, ad iniziare da quello medico ed infermieristico, ma senza tralasciare quello profuso dal personale tecnico, amministrativo, in pratica di tutte le sue risorse umane.

Basti pensare, sul versante strutturale e tecnologico, alla spasmodica corsa all'apertura di nuovi posti letto di Rianimazione-Terapia Intensiva (TI) e alla precipitosa ricerca sui mercati mondiali di ventilatori con cui attrezzarli, e – sul versante delle risorse di personale indispensabili per assistere i malati – il ricorso agli specializzandi degli ultimi due anni di scuola.

Quindi concordiamo con chi ci ha preceduti che soprattutto dopo una pandemia e per essere in generale adeguati al dovere della cura prevista dall'art 32 della Costituzione è necessario superare una volta per tutte le politiche di deospedalizzazione del passato.

L'ospedale torni a fare l'ospedale

I dati riportati dal Prof. Cognetti, sulle conseguenze della pandemia sulla funzionalità dell'ospedale quindi sugli ammalati in generale e sui loro trattamenti terapeutici, sono inquietanti.

A questi dati va aggiunta l'analisi preliminare delle prestazioni effettuate dal SSN, sia in regime ospedaliero sia in ambito di medicina specialistica ambulatoriale, riportata dall'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità (MeS) dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che mettendo a confronto le prestazioni extra-covid erogate nei primi mesi del 2020, in piena emergenza epidemiologica, con quelli dello stesso periodo del 2019, per 10 Regioni e due PPAA, ne evidenziano un drammatico calo.

Il covid indirettamente ha colpito i cittadini affetti da altre malattie, in particolare i pazienti con patologie croniche, quelli pluri-patologici, quelli con patologie tempo-dipendenti non soltanto d'emergenza, e più ancora, tra essi, quelli ‘fragili’, dimostrando una cosa innegabile, e cioè che la cura delle malattie come necessità sociale e individuale non è comprimibile, così come non sono comprimibili neppure i bisogni di diagnosi per i quali l'allungamento delle liste di attesa, chirurgiche e non, è stato costantemente un problema già prima del Covid-19 ora vistosamente amplificato.

Di grande interesse a proposito dei tempi di attesa in ospedale è la distinzione introdotta dal prof Cavicchi tra tempi di cura e tempi di degenza, che rimette in discussione il luogo comune che per anni ha caratterizzato l'ospedale, e cioè il falso assioma secondo il quale la cura coincide con la degenza. Ormai – invece – la degenza è una quota parte della cura, dato che con organizzazioni adatte, con operatori ben organizzati, con metodologie impostate con la logica del “Progressive Patient Care” (PPC), se la cura non è un bisogno comprimibile, il tempo di cura – al contrario – è riducibile anche con un guadagno nella qualità della risposta ai bisogni di salute.

Comunque, a proposito di tempi di cura, una cosa è chiara: con la pandemia si è accumulato un ritardo di risposta ai bisogni di salute che deve essere recuperato al più presto, ristabilendo standard che – anche in relazione ai tempi di attesa – non dovrebbero andare

oltre quelli definiti dai LEA, e comunque – anche in relazione alla qualità delle prestazioni – non dovrebbero scendere sotto i livelli minimi definiti dalla letteratura scientifica.

Noi riteniamo che una volta ridotta la pressione pandemica sugli ospedali sia d'obbligo recuperare la mostruosa riduzione di offerta delle prestazioni elettive denunciata dalla chirurgia, che pur se meno consistente per le patologie oncologiche non procrastinabili, tuttavia è stata probabilmente più grave in termini di outcome.

Ma nella proposta del PNRR questa necessità, che per noi è basilare, non ci sembra contemplata. Gli interventi prioritari previsti e finanziati nella missione 6 per quanto di indiscutibile interesse, sono altri.

In sintesi, dopo la pandemia si tratta di recuperare gli ospedali alla loro complessa funzione di ospedale e per quanto ci riguarda di recuperare a pieno la nostra disciplina specialistica. È necessario al proposito ricordare che oltre che in Terapia Intensiva gli Anestesiisti Rianimatori sono insostituibili in Sala Operatoria e per la sicurezza dei Punti Nascita, oltre che per quella delle attività diagnostico-interventistiche che, in elezione ed in emergenza, consentono prestazioni diagnostico-assistenziali non meno impegnative, dalla sedazione al monitoraggio; sono inoltre professionisti indispensabili per le reti di Terapia del Dolore, quelle di Cure Palliative, non nonché per l'assistenza durante i trasferimenti inter-ospedalieri (cosiddetti 'secondari', sia per via terrestre che per via aerea), e medici di riferimento per la gestione delle emergenze intra-ospedaliere e nelle Regioni più avanzate insieme ai Collegi MEU anche per quelle extra-ospedaliere del sistema 112/118.

Per noi gli Anestesiisti Rianimatori non sono né angeli, né eroi, ma 'semplicemente' specialisti che dopo 5 anni di formazione post-laurea garantiscono le prestazioni medico-chirurgiche a maggiore complessità, contenendo il rischio clinico, maggiore in alcuni contesti ed in particolare per i pazienti fragili, pluripatologici, affetti da malattie i cui esiti di cura sono tempo-dipendenti; essi sono pertanto professionisti a cui devono essere garantiti adeguati standard di dotazioni di personale e di competenze professionali acquisite secondo standard formativi specialistici irrinunciabili.

A domanda complessa si risponde con una offerta complessa

Nell'intervento di apertura al forum del prof Cavicchi viene posta la questione importante del DM 70, vale a dire del regolamento del 2015 mutuato di fatto dalla vecchia riforma ospedaliera Mariotti (1968), in base al quale e sulla scorta di certi criteri si organizzano e si classificano gli ospedali.

Si può dire che il DM 70 è la norma dalla quale di fatto dipende la funzionalità di un ospedale, e di conseguenza l'organizzazione delle discipline mediche. Noi pensiamo che dopo l'esperienza della pandemia sia indispensabile porci il problema della funzionalità dell'ospedale, e quindi il problema dei criteri necessari per ridefinire in primis i fabbisogni delle discipline specialistiche mediche.

Il prof Cavicchi avanza nel suo articolo una proposta secondo noi di buon senso, che consiste nella necessità non tanto di cancellare i parametri tradizionali del DM 70 (il bacino di utenza, il numero dei posti letto, i criteri per quantificare il fabbisogno di personale, ecc.) quanto di complessificarli ricorrendo ad indicatori di "occorrenza", di "complessità", e di "singolarità".

Il presupposto da cui parte questa proposta è semplice: ad una crescita della complessità nella domanda di cura si deve rispondere con una crescita coerente di complessità nell'offerta di cura, che al contempo ne possa garantire livelli qualitativi più alti, sempre nell'ottica di passare anche sotto questo profilo dal "minimo strutturale", al "massimo potenziale".

Noi riteniamo, in tale prospettiva, che una revisione su scala nazionale dei sistemi di rilevazione dei dati e dei flussi consentirebbe di ridare valore all'analisi del tasso di occupazione della dotazione dei posti letto, non solo in Terapia Intensiva, ma anche nella degenza ospedaliera 'ordinaria' (che continua ad essere molto al di sotto dello standard di riferimento stabilito dal D.M. n. 70 del 2015).

Flussi e ritmi operativi da implementare, quindi, ma anche spazi ed allestimenti tecnologico-strutturali da rianalizzare e da ripensare per essere adeguati a sostenerli: non ci si può capacitare come l'alleanza assistenziale condivisa con tante altre professioni e discipline che ruotano intorno ai pazienti per i quali si richiede contributo di ARTID non abbia stimolato

a rimettere in gioco ogni strategia utile a rendere sostenibile il numero maggiore di pazienti da avviare su percorsi diagnostico terapeutici riorganizzati diversamente.

Si continuano a registrare situazioni di inefficiente utilizzo delle risorse ospedaliere ed al contempo di inadeguatezza della rete territoriale, ma affinché il sistema sanitario nelle sue diverse e complementari articolazioni possa fornire la 'risposta complessa' che occorre ad una domanda complessa di salute occorrono soluzioni di reale presa in carico e continuità assistenziale fra territorio ed ospedale, che consentano di recuperare non solo la vita ma 'qualità di vita'.

Noi quindi condividiamo la necessità di aggiornare i parametri in base ai quali si definisce l'organizzazione di un ospedale anche per favorire in massimo grado la sua integrazione funzionale con i servizi del territorio, e sentiamo forte il bisogno di adottare sistemi utili a estrarre indicatori diretti e in tempo reale che potrebbero rendere confrontabili i diversi sistemi vantati dalle RR/PPA, per lo meno per quei servizi funzionali a garantire la continuità assistenziale, dal territorio all'ospedale sui processi più impegnativi, consentendo analisi trasparente e utile per migliorare la qualità di vita così recuperata, ai tanti pazienti fragili, agli estremi dell'età, disabili, malati terminali da assistere in Hospice, a domicilio o presso strutture residenziali.

Il parametro del posto letto

Per quanto riguarda in particolare il parametro del posto letto, parametro centrale nel DM 70, dobbiamo ricordare a proposito dei posti letto di Terapia Intensiva, che eravamo reduci da una stagnazione se non addirittura ad una riduzione di quelli realmente operativi a macchia di leopardo in varie Regioni/Province Autonome (RR/PPAA).

Nel 2020 il DL Rilancio ha dovuto quindi prevedere in emergenza finanziamenti per 3.500 posti letto in più di TI, rispetto ai 5324 preesistenti, oltre a 4.225 letti di area semi-intensiva per metà subito convertibili in letti di TI. che le RR/PPAA erano chiamate ad istituire. Il goal dai finanziamenti messi in gioco per le Unità di Terapia Intensiva erano 14 pl/100.000 abitanti, (partendo dalla media nazionale di 8,8), ma a tutt'oggi manca il rispetto del piano prospettato, a sviluppo ampiamente disomogeneo fra RR/PPAA, con incongruenze evidenti soprattutto sul monitoraggio dei

flussi di occupazione dei pl e dei carichi di lavoro dei team medico-infermieristici, così come sull'adeguamento tecnologico e strutturale, rispetto a standard europei noti, indicati ed attesi dalla comunità scientifica.

Se il cronoprogramma di ampliamento delle TI prospettato e condiviso con RR/PPAA pare non essere ancora rispettato in molte aree del Paese, interi comparti di Blocchi Operatori (BO) hanno dovuto essere trasformati per offrire l'intensità di cure al bisogno.

Nella missione 6 questi problemi non sembrano contemplati o se si preferisce sono molto sottointesi anche se nostro malgrado oggi si devono richiamare i team dei professionisti per far fronte all'accumulo delle prestazioni elettive, ri-sacrificando le cure intensive. Viceversa tali reparti, come i pl di cura subintensivi, andrebbero conservati, perché ospitano pazienti non certo trattabili sul territorio, anche qualora la medicina di famiglia fosse organizzata e dispiegata nella sua massima efficienza.

Il messaggio quindi è duplice: dei pl "Covid" in Terapia Intensiva vanno mantenuti quelli "strutturati", non quelli "recuperati" convertendo altri ambienti e personale: non servono 9.000 pl prospettati ma dobbiamo lavorare per garantire gli standard minimi nei 7.000 effettivamente oggi disponibili, a prescindere dalla fase della pandemia Covid-19. Discorso analogo va fatto per i pl di cure semi-intensiva, da riconvertire con estrema prudenza: sebbene il tasso di occupazione sia basso, possono fungere da estintore dell'eventuale ripresa di questa o altre emergenze.

Ma non si può parlare solo di posti letto senza parlare del fabbisogno di operatori. Rispetto all'immediato futuro, considerando di una media inferiore ai 600 nuovi specializzandi in più rispetto ai 900 circa del 2019-2021, e dato che saranno specialisti solo tra 5 anni, al lordo degli abbandoni il problema è serio, ed a fronte ad una carenza complessiva di 4000 unità si deve continuare a stringere i denti.

Di contro i team medico-infermieristici di ARTID, impegnati nelle sei aree di competenza specialistica, registrano un aumento della pressione produttiva, a fronte di tagli ai budget dedicati ai relativi servizi che il Rapporto 2021 della Corte dei Conti sul coordinamento della finanza pubblica rende manifesti.



Insomma, ci pare di poter dire che paradossalmente al PNRR manca rispetto alle delicatissime e vitali aree di competenza specialistica ARTID, una visione prospettica che in tutta sincerità ci preoccupa molto soprattutto se pensiamo al rischio di avere nel futuro nuove pandemie.

Integrazione e/o interconnessione

Ma c'è un altro aspetto funzionale posto dal prof Cavicchi che nel nostro ambito specialistico avvertiamo come importante ed è quello che tradizionalmente si chiama "integrazione" e che oggi come è stato fatto notare soprattutto grazie alla tecnologia informatica si può chiamare interconnessione

A nostro avviso l'integrazione/interconnessione delle competenze cliniche e di management specialistico dovrebbe essere alla base di una nuova idea di governo clinico e di una nuova idea di cura e di organizzazione.

Ridurre il rischio e alleggerire le cure intensive postoperatorie, quindi i tempi di ricovero, passa attraverso una pre-ospedalizzazione diversa, che includa soluzioni di telemedicina e gestione moderna dei dati, fra Sale Operatorie, PACU e Terapie Intensive. Mai come oggi le buone pratiche cliniche di medicina peri-operatoria sono indispensabili a razionalizzare il percorso clinico dei pazienti, ottimizzare le performance dei Blocchi Operatori e rivedere i modelli gestionali appli-

cati fino all'epoca pre-pandemica, confidando anche sul rinnovo del parco tecnologico che deve adeguarsi alle aspettative dell'era digitale.

Al fine di favorire in massimo grado i processi di interconnessione tra territorio e ospedale proponiamo al PNRR di istituire nel quadro della missione 6C2 (digitalizzazione e telemedicina) il "Registro delle Terapie Intensive italiane", pensato sul base nazionale al pari del database tedesco DIVI, che consentirebbe di offrire uno strumento unico di rendicontazione-analisi, migliorando la comunicazione fra RR/PPAA e Centri di Terapia Intensiva, in grado di offrire in tempo reale consultazione dello stato di occupazione dei PL di TI, monitoraggio dello stesso in elezione ed in emergenza catastrofica, trasparenza e aggiornamento quotidiano dei dati (anche relativi alla criticità clinica) a cura della dirigenza medica, ottimizzazione del sistema propedeutica all'attivazione e la messa a regime degli investimenti strumentali e strutturali stanziati con il Decreto Rilancio 34/20, con il progressivo reperimento del personale necessario a garantire lo standard assistenziale delle cure intensive, accesso delle istituzioni ai dati raccolti e facilitazione alla ricerca.

Il capitale professionale come investimento

Si è già accennato ai problemi riconducibili, nell'area specialistica ARTID, al rapporto difficile tra posti letto e specialisti, e più in generale tra tecnologie e

professionisti.

Ma vorremmo sottolineare meglio la questione del capitale professionale e affrontarla come tale.

Anche a noi, come agli altri che in questo forum hanno scritto prima, è apparsa poco comprensibile la sottovalutazione del PNRR nei confronti del capitale umano, il cui valore risiede nelle competenze specifiche di ciascuna categoria professionale, e la disattenzione preoccupante nei confronti dello squilibrato mercato del lavoro delle specialità. È noto e lo ribadiamo che in Italia per le note carenze di programmazione formativa, mancano specialisti.

I fabbisogni espressi, giorni fa da Governo e Regioni per le Scuole di Specializzazione ARTID, che li vedono decrescere da 1560 lo scorso anno a 1436 nel 2020-21, 1417 nel 2021-22 e 1309 nel 2022-23, sono appena sufficienti alle necessità, sempre a prescindere dalla pandemia in atto. L'auspicato aumento delle borse che pur se in ritardo c'è stato, deve però essere replicato nei primi due anni del triennio che (se il Ministero dell'Università sta ai numeri richiesti).

Ci piace chiarire che la professionalità garantita dalla formazione specialistica in ARTID, oggi consente agli Anestesisti Rianimatori italiani di contribuire sensibilmente, sia negli Ospedali che nella rete dell'Emergenza-Urgenza sul territorio, dove insieme agli specialisti in Medicina d'Emergenza-Urgenza (MEU), cui in primis spetta affrontare le soluzioni necessarie ai problemi che affliggono cronicamente in particolare il Pronto Soccorso, "prima linea" sulla quale si riversa la domanda che la medicina sul territorio evidentemente non soddisfa.

Per noi quindi la questione della formazione specialistica e del mercato del lavoro in ambito specialistico ma anche l'aggiornamento del sistema ECM (Continuing Professional Development) resta prioritaria. Ci preoccupa quindi che nel PNRR la necessità di investire in modo mirato sui fabbisogni e sugli standard delle competenze specialistiche, oltre che sulla ricerca clinica, non sia sufficientemente considerata come indispensabile alla cura, dato che senza investire adeguatamente in tale direzione non sarà possibile passare dal "minimo strutturale" al "massimo potenziale" di erogazione di cure qualitativamente e quantitativamente evolute in risposta ad una domanda di salute in costante crescita di aspettative.

Conclusione

In sintesi, concordando a proposito di "ospedali in Italia" con l'impostazione data al problema da questo forum, consideriamo condivisibili gli 8 punti offertici come ipotesi di lavoro dal prof Cavicchi. Ribadiamo le nostre preoccupazioni per le scarse risorse assegnate dal PNRR al settore ospedaliero, dato che proprio l'ospedale, il quale ha retto su di sé il massimo impatto pandemico non solo come servizio salva-vita, ma anche – evidentemente andando a supplire ad alcune carenze del territorio che ha dimostrato il bisogno più di riforme strutturali che di risorse assegnate senza obiettivi troppo chiari – come riferimento generale per la diagnosi e la cura anche delle forme meno gravi di malattia covid, meriterebbe un maggior riconoscimento di valore su cui puntare.

Nello stesso tempo apprezziamo le scelte del PNRR circa l'ammodernamento tecnologico e la digitalizzazione del sistema. Il digital divide probabilmente anche in sanità sarà uno dei temi più sfidanti per affrontare gli organismi decisionali, proponendo lo sviluppo/ridiscussione del vecchio concetto di "budget", da rinegoziare con le amministrazioni regionali e le singole Aziende ospedaliere per rendere sostenibile il sistema assistenziale del futuro.

Auspichiamo anche noi un cambio di passo nella governance del sistema sanitario nel suo complesso, e in particolare dell'ospedale. Non è più possibile continuare nell'equivoco creato con le aziende di confondere "governo" con "amministrazione" e meno che mai di ridurre in nome dell'azienda, il "governo" a sola "amministrazione"; ma soprattutto non è più possibile, specialmente dopo una pandemia, considerare, in particolare l'ospedale, come se fosse una 'trivial machine'. Per fortuna per i malati l'ospedale è davvero tutt'altro.

Se si farà chiarezza, come è ormai indispensabile fare, tra la differenza che intercorre tra governo e amministrazione, allora non vi è dubbio alcuno che le discipline mediche debbano partecipare direttamente al governo della sanità.

*Prof.ssa Flavia Petrini
Presidente SIAARTI*

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC*

Corsi autunnali del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®

Ripartono, ad un anno di distanza, dopo l'interruzione dello scorso Ottobre a causa dell'emergenza sanitaria, i Corsi del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®. Ancora una volta, seguendo il principio della massima precauzione, si è scelto di proporre un calendario ridotto che comprenda, tra l'altro, percorsi formativi con certificazioni in scadenza. Nel 2022, con l'augurio che la pressione della pandemia possa attenuarsi, il calendario sarà molto più ampio anche grazie all'inserimento di nuovi percorsi a disposizione degli Iscritti AAROI-EMAC.

I Corsi, salvo eventuali modifiche per l'evolversi della situazione pandemica, si terranno nei mesi di Ottobre e Novembre nel rispetto di tutte le norme e dei protocolli di sicurezza. Fin dal-lo scorso autunno, infatti, nel Centro erano state predisposte le misure, i percorsi e i relativi presi-di affinché le lezioni in presenza si svolgessero in tranquillità.

Di seguito il calendario. Sarà possibile iscriversi dal mese di Settembre attraverso il sito www.aaroiemac.it

CALENDARIO CORSI AAROI-EMAC SIMULEARN

Corso ACLS	Lunedì 11 – Martedì 12 Ottobre Lunedì 15 – Martedì 16 Novembre
PALS (Pediatric Advanced Life Support)	Mercoledì 13 – Giovedì 14 Ottobre Lunedì 8 – Martedì 9 Novembre Lunedì 29 – Martedì 30 Novembre
L'Uso Globale dell'Ecografo negli Accessi Vascolari con Sistemi di Simulazione	Lunedì 18 – Martedì 19 Ottobre
L'ARDS: dalla Teoria alla Pratica Clinica	Mercoledì 20 – Giovedì 21 Ottobre
ACLS Refresh - I Edizione ACLS Refresh - II Edizione	Lunedì 25 Ottobre Martedì 26 Ottobre



Direttore Assistenziale? L'Intersindacale della Dirigenza dice NO

È in corso in questi giorni un aspro confronto fra l'Intersindacale della Dirigenza Medica della Regione Emilia-Romagna e l'Assessore alla Salute regionale sulla proposta di istituire la figura del Direttore Assistenziale all'interno della Direzione Generale delle aziende sanitarie. Ad un primo intervento congiunto è seguito un secondo comunicato stampa sull'iniziativa di raccolta firme messa in piedi a sostegno dell'Assessore. Per dire NO alla proposta dell'Emilia-Romagna è poi intervenuta l'Intersindacale Nazionale.

Intanto, nonostante la protesta compatta, la Giunta regionale ha approvato il progetto di Legge formalizzando la proposta di introdurre la figura di Direttore Assistenziale. La palla passa ora all'Assemblea Legislativa. Di seguito i testi dell'Intersindacale Emilia-Romagna e Nazionale in ordine di diffusione.

Medici e dirigenti sanitari evidentemente inutili per l'assessorato alla salute della Regione Emilia Romagna

Il Comunicato Stampa dell'Intersindacale Emilia-Romagna sull'istituzione della figura del Direttore Assistenziale.

L'Assessorato della Salute della Regione Emilia Romagna, invece di pensare ad investire risorse per migliorare qualità e numerosità delle prestazioni sanitarie per i cittadini, ha come obiettivo prioritario l'istituzione di una nuova figura di alta dirigenza, cioè il Direttore Assistenziale, figura non prevista nella legge 502/92, attualmente in vigore, che non serve a migliorare la qualità dell'assistenza ai cittadini

Questa proposta è inaccettabile, perché rappresenta semplicemente la creazione di 15 nuove poltrone ad elevato costo (oltre ai relativi staff di supporto) senza alcun beneficio concreto e che, di fatto, tende a depotenziare le restanti figure manageriali e a creare conflitti tra le professioni sanitarie. Abbiamo di fronte una inutile nuova figura politica, con risorse sottratte all'assistenza, e la solita, vecchia politica clientelare attraverso cui si aumentano gli effetti vessatori del management sui medici finalizzati ad imporre e non ottimizzare percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali da parte di chi non sempre può vantare competenze professionali adeguate.

È questa una ennesima manovra politica, avallata anche da alcune sigle sindacali, che tende a favorire percorsi di carriera delle professioni sanitarie, mortificando costantemente i medici del SSN sui quali in ogni caso, restano inalterate le responsabilità. Appropriatelyzza dei percorsi, politiche di governo dei costi e gestione ottimale delle risorse non possono essere in capo a chi non ha la gestione clinica del paziente e, in particolare, a chi non ha la reale responsabilità della diagnosi e della cura dei pazienti secondo la normativa vigente. Il tutto poi attraverso un'azione da parte della regione

Emilia-Romagna, perché attraverso la modifica all'art. 3, comma 5 della Legge regionale n. 29 del 23.12.2004 si intende ignorare del tutto il vigente D.lgs 502/92 che, tra l'altro, non prevede alcuna deroga, come puntualmente confermato anche da sentenze della Corte Costituzionale in materia di "tutela della salute".

Dismessa la retorica pandemica che elevava medici e dirigenti sanitari al ruolo di eroi (ruolo nel quale i Medici non si siamo mai identificati), ottenuto con fatica e non per tutti i medici del SSR, il riconoscimento economico di una risibile quota della mole di ore lavoro messe a disposizione e sottratte alla propria vita familiare sette giorni su sette, nel tentativo di fronteggiare la pandemia; minacciati e spesso impossibilitati alle ferie estive; i Medici sono diventati degli invisibili per gli occupanti di via Aldo Moro.

Liste di attesa interminabili per visite ed interventi chirurgici non più procrastinabili; intere zone sguarnite di medici di medicina generale; ampie aree in carenza di medici 118, case della salute divenute cattedrali nel deserto nelle quali la presenza dei medici è un evento raro, evidentemente non preoccupano più di tanto, visto che ormai i rarissimi incontri sindacali a riservati ai Medici, hanno un unico obiettivo: quello di convincerli che l'istituzione, con una modifica della legge regionale, della figura del Direttore Assistenziale sia l'unico rimedio possibile ai mali (e sono tanti) che stanno attanagliando il sistema sanitario regionale.

La figura del Direttore Assistenziale, la cui necessità è sostenuta da argomentazioni fumose, viene proposta senza nemmeno precisarne i requisiti: unica certezza è la sua devozione al Direttore generale e la delega a organizzare il lavoro dei Medici. Invece l'organizzazione del lavoro è un elemento fondamentale per la gestione della diagnosi e cura, sia a livello ospedaliero che a livello territoriale, e non può essere delegato a

figure professionali che non hanno la responsabilità legale della diagnosi e nella cura dei pazienti.

Le legittime aspirazioni di carriera degli esercenti le professioni sanitarie **possono affermarsi nelle rispettive differenze, ma senza confusione dei ruoli e competenze** e quindi non si comprende come l'istituzione di ulteriori uffici dirigenziali che sottrarranno professionisti alla attività assistenziale diretta, possa risolvere questioni spinose che si stanno verificando in tutte le aziende della regione. Assistiamo alla soppressione di ambulatori quando non sedi intere di Pronto Soccorso, luoghi divenuti inospitali per i pochi medici rimasti, dopo anni di appelli inascoltati rispetto a necessari cambiamenti nelle logiche manageriali, organizzative, e di percorso professionale. Si affidano attività diagnostiche e terapeutiche, non prive di rischi, a personale non adeguatamente formato e titolato per legge, si riducono le attività essenziali a meri interventi d'emergenza. A livello territoriale si assiste parimenti, ad un mancato rafforzamento degli standard organizzativi della medicina generale e persino alla mancata allocazione di ingenti risorse finalizzate dalla Legge finanziaria 2019 per strumentazioni diagnostiche di primo livello utilizzabili proprio per la riduzione delle liste di attesa.

I cittadini chiedono e pretendono la salvaguardia del loro diritto alla salute, medici e dirigenti sanitari chiedono tempestivi interventi di riorganizzazione del sistema di cura ospedaliero e territoriale nel tentativo di superare gli anni di crisi che ci attendono a causa degli errori programmatori di Regione ed Università, ma tutto questo pare oggi, questo non essere per il nostro assessorato una priorità.

Questo disastro ampiamente annunciato sta avvenendo, è bene che lo si sottolinei, a causa di grossolani errori nella programmazione formativa che ha generato migliaia di "camici grigi", quei medici cui è stato negato il completamento dei percorsi formativi, e la possibilità di stabilizzarsi lavorativamente nel sistema sanitario che oggi vive una diffusa carenza di medici specialisti così come di medici di medicina generale, biologi, etc. Questi errori ancora oggi testardamente ripetuti, in una resistenza al cambiamento da parte dell' assessorato, anche in quelle aree dove già oggi, senza variazioni normative nazionali, sarebbe stato ed è possibile, intervenire. Non è certo colpa della legge nazionale che non ha finora previsto la presenza del Direttore Assistenziale il problema e, prima di risolvere i veri problemi esistenti la regione vorrebbe occuparsi di altro, per essere la prima della classe, quella che dà l'esempio distogliendo l'attenzione dalle reali criticità. Quando gli organi di stampa scrivono di accordi con i sindacati che prevederebbero premialità mirabolanti, destinazione di cifre importanti in favore dei sanitari è bene che si sappia che queste intese avvengono

esclusivamente con quelle "sigle", sempre quelle, che rappresentano tuttavia una quota risibile di medici e dirigenti sanitari, mentre concretamente, per i medici, per gli infermieri e tecnici sanitari, non ci sono reali miglioramenti in termini economici o di qualità del lavoro svolto, che avviene sempre con grandi carenze di organici.

E se queste possono apparire come rivendicazioni di categoria, anche gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di ogni città, veri garanti della eticità e deontologia dell'agire professionale per la sicurezza e qualità delle cure ai cittadini, hanno già espresso un giudizio negativo sullo specifico argomento.

Ma con chi è tecnicamente e legalmente chiamato a rispondere della salute di tutti, l'assessorato non parla. Si sta disegnando una sanità pubblica, per non abbienti al ribasso, inattuata e inospitale per i medici e dirigenti sanitari che così facendo rimarranno sempre meno nel SSN, con il rischio di fuga anche dei pochi superstiti.

Se possono esserci diagnosi e cura senza medici che lo si dica, ma lo si faccia poi con percorsi legislativi legali e nazionali, costruiti in maniera organica, senza nascondersi dietro il paravento di commi introdotti furtivamente in una legge di bilancio del 2015, votata nottetempo e con la fiducia, ma non garantiremo sicurezza e qualità delle cure ai cittadini italiani.

13 Luglio 2021

Firmato dai Sindacati Medici Ospedalieri e Territoriali:

AAROI – EMAC
ANAAO – ASSOMED
ANPO – ASCOTI – FIALS
ANMDO
CIMO – FESMED
FVM
FASSID
FIMMG
SNAMI
SUMAI





Direzione Assistenziale: la ricerca del consenso. Ad ogni costo ...se 400 vi sembrano tanti.

La risposta dell'Intersindacale Emilia-Romagna alla raccolta firme (www.quotidianosanita.it/emilia-romagna/articolo.php?approfondimento_id=16253) che ha coinvolto i Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa Complessa a sostegno dell'iniziativa dell'Assessore Donini di istituire la Direzione Assistenziale all'interno della Direzione Generale.

Riceviamo in questi ultimi due giorni, da parte di tutti i nostri Segretari sindacali aziendali, segnalazione di una curiosa iniziativa "spontanea" che coinvolge i Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa Complessa, facenti funzione compresi delle Aziende sanitarie di questa Regione. Tutti all'unisono, da nord a sud, o se si preferisce da ovest ad est, hanno chiesto ai Direttori Generali di coordinare una raccolta firme su un documento a sostegno dell'iniziativa dell'Assessore Donini che vuole, con una modifica della legge regionale 29/2004, istituire la Direzione Assistenziale all'interno della Direzione Generale.

Documento condiviso nella forma e nei contenuti (qualcuno in realtà ha sviluppato maggiormente il concetto, qualcuno è stato un po' più stringato) da tutte le Aziende.

Risulta piuttosto strano che questa corale iniziativa "spontanea" faccia seguito alla pubblicazione e alla condivisione di due documenti: uno della Federazione Regionale degli ordini dei Medici e Odontoiatri ed uno congiunto dei Sindacati medici, veterinari e della dirigenza sanitaria ospedalieri e del territorio e non di "alcuni sindacati" come riferisce l'Assessore.

Il documento non è stato, quindi, condiviso solo da tre sigle che hanno il loro "core business" nel comparto e quindi in chi immagina di ricevere un privilegio da questa iniziativa. Se il termine maggioranza può avere ancora un valore, sicuramente è condiviso dalla stragrande maggioranza. I due documenti citati problematizzavano l'iniziativa dell'Assessore, criticandone scelta e tempistica e tentavano di riportare l'attenzione su quelle che sono a nostro avviso le priorità del SSN e regionale, nonché le prerogative delle diverse professioni. Nulla e ripetiamo nulla, contro le legittime ambizioni di crescita professionale e di carriera del comparto.

Ora non vogliamo riproporre il tema, da noi già sviccerato, ma certi metodi di ricerca del sostegno plebiscitario, ci ricordano tristissimi tempi passati, non degni della storia di questa regione. E svilenti per i suoi Professionisti.

16 luglio 2021

AAROI-EMAC
ANAAO ASSOMED
ANPO-ASCOTI-FIALS
ANMDO
CIMO-FESMED
FVM
FASSID
FIMMG
SMI
SNAMI
SUMAI

No al Direttore Assistenziale proposto dalla Regione Emilia-Romagna. Intersindacale chiede il ritiro della proposta

Il Comunicato Stampa dell'Intersindacale nazionale contro l'istituzione della figura del Direttore Assistenziale all'interno della Direzione Generale.

L'Assessore alla sanità della Emilia Romagna vuole istituire la figura del Direttore Assistenziale all'interno della Direzione Generale delle aziende sanitarie. C'è da scommettere che, a partire da questa Regione, mosca cocchiera, tale innovazione inonderà presto tutta la Penisola, in modo che nessuno sia escluso dal risolutivo beneficio che ne deriva. Un Paese, e una Regione, che non ha ancora smesso di contare i suoi morti e fa fatica a ritrovare una dimensione accettabile del vivere quotidiano, costretto a negare la risposta di salute a quanti vivono un quotidiano confronto con la propria malattia, creando di fatto una pandemia sommersa, ha, finalmente, trovato la soluzione adeguata a tutti i suoi problemi.

Un discutibile maquillage organizzativo, figlio di una ricerca spasmodica di consenso, sovverte, di fatto, ogni priorità di intervento sanitario per prendere il posto dell'esigenza, che dovrebbe essere in cima ai pensieri di chi è responsabile della sanità pubblica, di ridurre le liste di attesa dei cittadini, rimpinguare organici drammaticamente al lumicino, migliorare le condizioni di lavoro per arrestare la fuga dal SSR, riorganizzare il sistema di cura, ospedaliero e territoriale, valorizzando la attività di prevenzione, per metterlo in condizioni di reggere la ondata pandemica in arrivo.

L'Assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, e il suo Direttore Generale, hanno giudicato risibili le preoccupazioni espresse unitariamente dalle rappresentanze regionali delle Organizzazioni Sindacali della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e dei Medici del territorio, cui le sottoscritte Segreterie Nazionali esprimono pieno sostegno, e dai loro Ordini professionali. I rappresentanti della stragrande maggioranza dei professionisti del SSR avevano richiamato le priorità del SSR, criticando la scelta e la tempistica di una iniziativa che apre l'ennesimo poltronificio ad alto costo, producendo confusione nella gestione cli-

nica del paziente e sottraendo, per di più, personale, già scarso, alla attività assistenziale.

Di fronte a tali argomentazioni, non propriamente bottegaie, il mentore di questa mirabolante idea ha cercato sostegno nel cerchio magico dell'alta dirigenza delle Aziende sanitarie, trovando una calorosa accoglienza. A pensare male, si sa, si fa peccato. Così, per una curiosa coincidenza, è sorta un'iniziativa "spontanea" dei Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa Complessa delle Aziende sanitarie della Regione che, all'unisono, hanno chiesto ai Direttori Generali di coordinare una raccolta firme del personale su un documento di sostegno "all'iniziativa che riteniamo essere determinante per assicurare l'evoluzione del SSN" (sic!). Metodi di aggregazione del consenso che richiamano alla mente altri Paesi e altri contesti politici.

A noi, modesti operatori della sanità, pare che l'evoluzione del SSN debba svilupparsi secondo la logica costituzionale di tutela della salute ma, evidentemente, non sappiamo cogliere, per parafrasare Leopardi, "le magnifiche sorti e progressive" che gli Assessori ci preparano.

L'Intersindacale medica e sanitaria stigmatizza l'accaduto e chiede il ritiro della modifica organizzativa proposta, rinnovando e rinforzando l'impegno a difendere il diritto alla salute dei cittadini e quello dei professionisti a migliori e più dignitose condizioni di lavoro, rispettose del loro ruolo e della loro autonomia.

20 Luglio 2021

ANAAO ASSOMED
CIMO-FESMED
AAROI-EMAC
FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR)
FVM Federazione Veterinari e Medici
ANPO ASCOTI FIALS MEDICI
FIMMG
SUMAI
SNAMI

LISTA

ONAOSI FUTURA

La Lista ONAOSI FUTURA ottiene il 66% dei voti

La lista ONAOSI FUTURA ha ottenuto la maggioranza dei voti, nella categoria dei Medici dipendenti, nelle elezioni del Comitato di Indirizzo della Fondazione ONAOSI per il quinquennio 2021-2026.

Il 66% delle schede valide, e i 13 seggi ottenuti, rappresentano un innegabile successo politico che conferma, per la terza volta consecutiva, la fiducia dei contribuenti-elettori nei confronti di una Lista frutto di un'ampia convergenza sindacale, rendendo possibile la prosecuzione del lavoro di potenziamento e di crescita avviato e portato avanti nei precedenti mandati.

Sono stati, in sostanza, riconosciuti e premiati i risultati ottenuti negli ultimi anni, tra cui una corretta gestione del patrimonio, la riduzione delle spese per gli amministratori, l'aumento dei contributi a favore degli assistiti, il cui numero è aumentato con l'inserimento anche dei figli in caso di decesso del genitore non contribuente. Senza dimenticare la particolare attenzione e vicinanza dimostrata nei confronti delle famiglie in occasione di eventi sismici e, in ultimo, della pandemia. I nuovi Collegi, insieme con il potenziamento di quelli esistenti, hanno, poi, rafforzato il carattere nazionale dell'ONAOSI quale Ente Formativo.

Il miglioramento della qualità della formazione assicurata è stato coronato, proprio negli ultimi giorni del

mandato in corso, dal riconoscimento del Collegio ONAOSI della Sapienza, nel centro storico di Perugia, quale Collegio Universitario di Merito.

Risultati importanti, e apprezzati, di cui va dato il merito al Presidente Serafino Zucchelli, al Consiglio di Amministrazione e al Comitato di Indirizzo in scadenza, che la Lista ONAOSI FUTURA intende confermare e rilanciare, perseguendo nuovi obiettivi nell'attuazione del suo programma elettorale.

Occorrerà operare per dare risposte immediate e concrete a quei segnali di disaffezione che abbiamo responsabilmente colto e compreso in tutti i suoi significati, garantendo un'amministrazione sempre più trasparente, efficace ed efficiente, favorendo l'allargamento della platea dei contribuenti, anche in un'ottica di recupero delle perdite dell'ultimo decennio, attuando nuovi interventi in favore delle condizioni di disagio e fragilità, potenziando la comunicazione e l'accesso ai servizi.

Un patrimonio storico dei medici, dei veterinari e dei farmacisti italiani, frutto del loro lavoro e del loro spirito di solidarietà, merita di essere preservato e rinforzato in vista delle sfide dei prossimi anni.

LISTA N. 1: ONAOSI FUTURA

ELETTI NEL COMITATO D'INDIRIZZO, SUCCESSIVAMENTE ELETTI IN CDA

BIANCO AMEDEO
CAVALLI SEBASTIANO
PALERMO CARLO
VERGALLO ALESSANDRO
GIOVENALI PAOLO
GIORDANO GIUSEPPE

ELETTI NEL COMITATO D'INDIRIZZO

DE ANGELIS VERENA
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

È il Dr Amedeo Bianco il nuovo Presidente di ONAOSI

Il Comunicato Stampa della Fondazione

Venerdì 23 luglio il Comitato di Indirizzo ONAOSI ha eletto i componenti del nuovo Consiglio di Amministrazione. Al suo interno, è stato poi eletto presidente all'unanimità Amedeo Bianco, 73 anni, napoletano di nascita, torinese di adozione.

“Sono ovviamente onorato di poter presiedere per i prossimi 5 anni un'istituzione storica con una straordinaria tradizione alle spalle, come ONAOSI – ha dichiarato il neopresidente –. Questo momento così delicato, nel quale l'intera classe medica e tutti gli operatori sanitari sono da molti mesi in prima linea per fronteggiare gli effetti della crisi pandemica, impone di mettersi subito al lavoro per rafforzare la missione che ONAOSI ha sempre avuto, come strumento di sostegno al fianco della nostra categoria. Se i giovani sono il futuro del nostro Paese, investire sulla loro formazione è la scelta più lungimirante che possiamo fare. ONAOSI continuerà a farlo con vigore e passione”.

Amedeo Bianco ha lavorato come medico internista dal 1976 al 2011 all'Ospedale Mauriziano Umberto I. Autore di 60 tra pubblicazioni su riviste scientifiche e abstract in convegni nazionali e internazionali, è stato dal 2000 al 2014 presidente dell'Ordine dei medici di Torino e per tre mandati è stato presidente della Federazione nazionale dell'Ordine dei medici. Nella 17a legislatura (2013-2018) è stato inoltre eletto senatore nelle liste del Partito democratico.

Oltre al presidente Amedeo Bianco, è stato riconfermato vicepresidente Aldo Grasselli. Nel CDA di ONAOSI sono stati eletti anche i seguenti consiglieri: Sebastiano Cavalli, Pierluigi Nicola De Paolis, Roberta Di Turi, Giuseppe Giordano, Paolo Giovenali, Carlo Palermo, Alessandro Vergallo. È stata altresì confermata la componente elettiva del collegio sindacale: Piero Alberto Busnach, Francesco Mautone, Oreste Patacchini.

La cocaina, il poliziotto, il farmacista, il professore

La presentazione del libro "La cocaina, il poliziotto, il farmacista, il professore" a cura dell'Autore, il Dr Andrea Gentili, Medico Anestesista Rianimatore.

La prima anestesia spinale in Italia venne eseguita da un giovane chirurgo, Benedetto Schiassi, presso lo Spedale Umberto e Margherita di Budrio il 27 dicembre 1899, utilizzando la cocaina.

L'intervento consistette in un'amputazione di un arto inferiore a un bracciante, poverissimo e in condizioni cliniche molto critiche. Quel paziente non avrebbe sopportato l'anestesia generale che allora voleva dire etere o cloroformio.

In questo romanzo, un giallo storico ambientato nella Bologna di fine ottocento, il Dr Andrea Gentili – che è stato Anestesista Rianimatore al Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna – ripercorre le orme del suo illustre concittadino (nel libro il cognome è mutato in Stiassi) alle prese con gli studi e la sperimentazione sull'utilizzo della cocaina come nuovo ed efficace anestetico.

Un'impresa non facile, considerando le indecisioni, l'immobilismo e la scarsa convinzione dell'ambiente accademico felsineo riguardo quella tecnica allora innovativa.

Le parole dell'autore: "È stato molto emozionante per me, Anestesista Rianimatore e cittadino buriense" ci racconta Andrea Gentili "scoprire che proprio presso l'ospedale di Budrio, dove fra l'altro sono nato, è stata praticata la prima anestesia spinale in Italia. Approfondendo l'argomento sono venuto a conoscenza della difficoltà tecnica e anche ambientale nella preparazione delle fiale di cocaina. Questa infatti era effettuata a Bologna presso il laboratorio farmaceutico di Francesco Zanardi (nel libro il cognome è mutato in Panardi), dotato di apparecchiature modernissime, ma sorvegliato dalla polizia, perché sospettato di essere un possibile covo di anarchici e rivoluzionari. Più mi documentavo sull'argomento e sulla vicenda e più mi rendevo conto che poteva nascere una storia da raccontare."

La trama: Tutto è pronto per lo storico intervento, ma un misterioso furto di cocaina all'interno della farmacia di Francesco Panardi – incaricato della preparazione delle fiale del farmaco – insieme a uno strano omicidio, rischiano di farlo saltare.

Chirurgo e farmacista si ritrovano, loro malgrado, accusati da un poliziotto intransigente, l'ispettore capo Guido Mario Serturi, di simpatizzare per alcune ideologie sovversive.

Tuttavia nulla è come sembra e sarà proprio Benedetto Stiassi a sbrogliare la intricata matassa, giusto in tempo per correre in sala operatoria a scrivere un capitolo della futura anesthesiologia.

I messaggi del libro: Il romanzo, la cui parte scientifica è stata rispettata con il massimo rigore e supportata dalla consultazione delle numerose pubblicazioni di Benedetto Schiassi, contiene anche alcune riflessioni mediche e utilizzabili ai nostri giorni.

La necessità, di fronte ad una nuova scoperta scientifica, di vagliarla, studiarla e, con preparazione e senso etico, praticarla solamente se i vantaggi superano le perplessità.

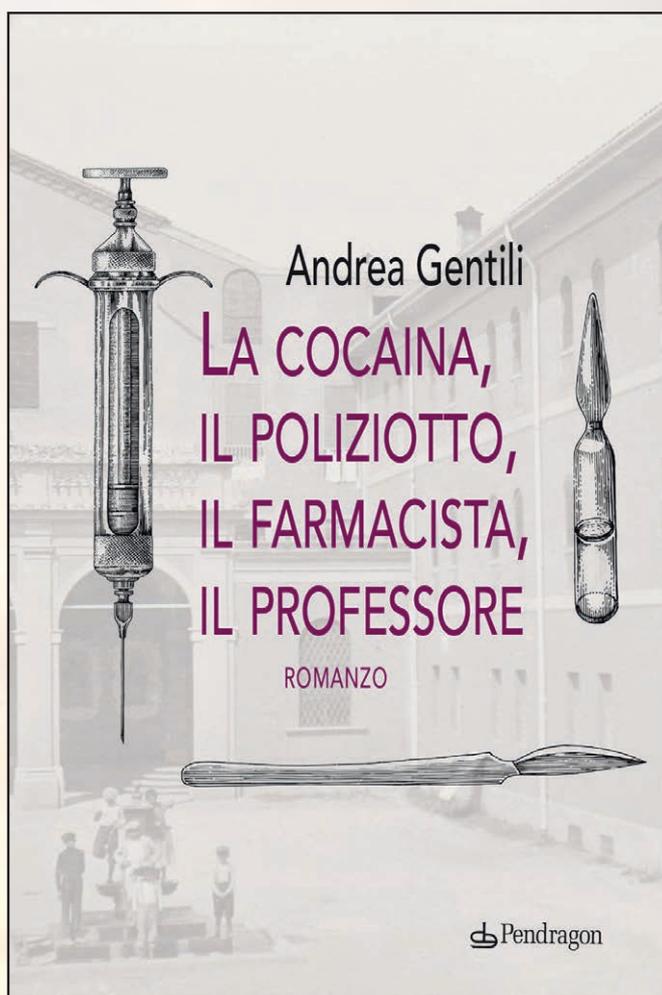
L'importanza della comunicazione medico-paziente, tema attualissimo, intesa come imprescindibile strumento di lavoro del medico, essendo anch'essa un essenziale tempo di cura. L'affermazione dell'indissolubilità dell'individuo e del suo organismo con la convinzione che qualsiasi approccio clinico deve essere imperniato su una visione globale del paziente.

Edizioni Pendragon, Bologna 2020, pp 192, Euro 16.

Copertina: nello sfondo immagine del tempo dello Spedale Umberto e Margherita di Budrio.

Il libro è ordinabile in tutte le librerie e attraverso i maggiori canali online.

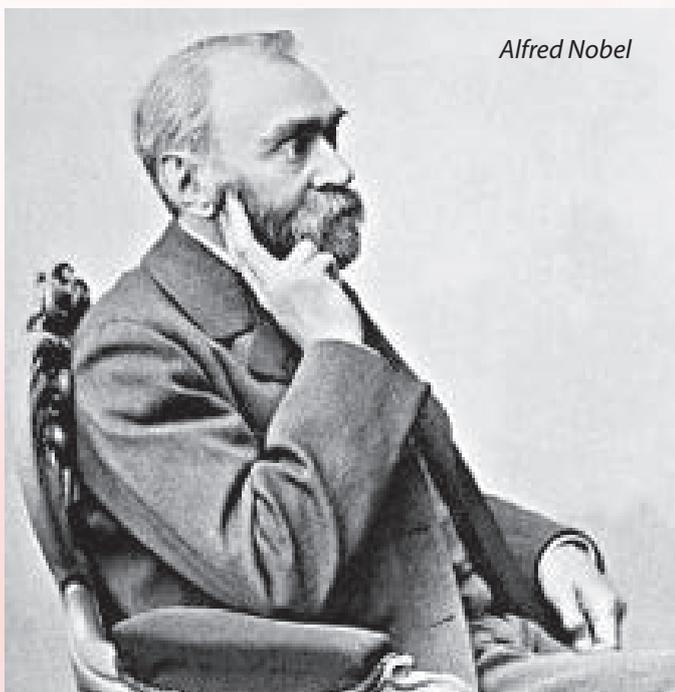
Andrea Gentili con Pendragon, nel 2016, ha già pubblicato il romanzo Il campanile deve cadere.



Breve storia dei Nobel: una nobile tradizione Un lungo percorso in cui l'Umanità ha potuto beneficiare dei risultati di insigni scienziati, degni eredi (nell'intendimento e nella pratica) del patriarca della bontà e della scienza

di Ernesto Bodini (*giornalista scientifico e biografo*)

Il Personaggio



Alfred Nobel

Sono poche le personalità svedesi conosciute nel mondo come lui, in particolare per quanto riguarda il nome. Il grande pubblico conosce più il Premio Nobel e forse meno il suo nome. Mi riferisco con "riverenza" ad Alfred Nobel, chimico, industriale e scienziato svedese, nato a Stoccolma

il 21 ottobre 1833. La sua famiglia discendeva da agricoltori della Scania, una regione del sud della Svezia. Il cognome originario era Nobelius, successivamente abbreviato in Nobel. Ultimo di tre figli, Alfred era di vivace intelligenza fin da bambino, ma non frequentò mai regolarmente la scuola, costretto a seguire il padre prima in Russia (dove il genitore aveva alcune aziende meccaniche) e poi viaggiando in Inghilterra, Francia e America. Autodidatta, a 20 anni era già un chimico provetto e parlava correntemente svedese, francese, inglese, tedesco e russo. Amante della solitudine, era un sognatore introspettivo. Professionalmente crebbe all'ombra del padre fino alla sua prima e importante scoperta nel 1862, quando brevettò un detonatore a percussione, che utilizzò nella fabbrica di nitroglicerina a Heleneborg presso Stoccolma. Era cortese, soprattutto con la baronessa Bertha von Suttner (1843-1914), un'attivissima pacifista, la prima donna ad essere insignita del premio Nobel per la pace nel 1905, che così lo descrisse: «Aveva 43 anni, piuttosto basso di statura, la barba nera, i lineamenti non erano né belli né brutti; il tono della voce era malinconico, l'espressione triste e il volto illuminato da occhi azzurri che esprimevano un'infinita bontà d'animo». Con Bertha ebbe un legame tormentato: durò circa 20 anni, trascorsi spesso lontani l'uno

dall'altra. Alfred ebbe pochi onori pubblici (che peraltro non ambiva). «So di non aver meritato la celebrità – dichiarò una volta – e non ho alcun amore per il chiasso. In questi tempi di sfrontata pubblicità, solo chi ha particolari tendenze per queste cose deve permettere ai giornali di riportare le proprie dichiarazioni o di pubblicare la sua foto». Del resto non si fece mai ritrarre: di lui esiste un solo quadro, eseguito dopo la morte. Fu però molto generoso, aiutò gli altri in maniera consistente e fu religioso a modo suo. «Circa le mie idee religiose – disse – ammetto che escano dalle vie comunemente battute. Proprio perché questi problemi sono infinitamente superiori a noi, rifiuto di accettare le soluzioni proposte dall'intelligenza umana. Sapere che cosa dobbiamo credere mi pare impossibile come la quadratura del cerchio». Nonostante le notevoli qualità (era colto, profondo, spirituale e ricco) Alfred Nobel non fu mai felice e non ebbe molto successo nelle relazioni umane; per esempio, non si formò mai una famiglia. «La mia casa – diceva – è il lavoro, e il lavoro è dappertutto». Morì, solo, il 10 dicembre 1896 per un'emorragia cerebrale in Italia, nella sua villa sulla Riviera ligure, precisamente a Sanremo, nota in seguito come Villa Nobel. Il suo corpo venne quindi restituito alla Svezia, dove riposa al Norra begravningsplatsen, cimitero di Stoccolma.

Attività e Invenzioni

A 31 anni Alfred si trovò solo a dover fronteggiare ogni difficoltà, dopo l'ennesimo fallimento economico del padre. Inoltre la fabbrica di nitroglicerina era saltata in aria, uccidendo il fratello Emil e alcuni lavoratori. Pur nel dolore, Alfred non si scoraggiò e quasi subito organizzò una Compagnia svedese per la fabbricazione di una glicerina meno pericolosa, facendola brevettare in tutta Europa. Si trattava di un miscuglio di glicerina ed estere trinitrico, inventato nel 1847 da Ascanio Sobrero (1812-1888), un modesto medico piemontese che, a Torino, insegnava chimica alla Scuola di Meccanica e Chimica applicata alle arti. Nobel rese stabile la nitroglicerina mescolandola con materiale neutro. Nel 1867 realizzò la dinamite, prodotto che avrebbe rivoluzionato il lavoro in miniera, la costruzione di strade e gallerie. Alcuni anni dopo, realizzò la "polvere pirica

Nobel", che costituì la base di partenza per le altre



scoperte. Cominciarono esperienze e studi che portarono lo svedese a brevettare oltre 300 invenzioni, fruttandogli una immensa fortuna. In pochi anni divenne ricchissimo.

La "Fondazione Nobel"

Dopo la sua morte, venne formato un Organo che avviasse le procedure per il riconoscimento del testamento (solo 300 parole), soprattutto per l'uso migliore del patrimonio lasciato di 31 milioni di corone svedesi, pari a circa 300 miliardi di lire italiane (rapportate al valore di circa un ventennio fa). Poiché Alfred aveva previsto dei premi internazionali (senza tuttavia precisare competenze e criteri di scelta), il 29 giugno 1900 (dopo quattro anni di dispute legali tra eredi e Stato), un decreto del Consiglio reale svedese approvò lo Statuto della Fondazione Nobel, confermato il 10 aprile 1905 con disposizioni valide tutt'oggi. Così iniziava "l'avventura" della Fondazione Nobel, cui sono collegate l'Accademia reale svedese delle Scienze (275 membri, scelti fra i più prestigiosi Centri scientifici del Paese, che assegna il Nobel per la Chimica e la Fisica; l'Assemblea del Karolinska Institutet (150 membri del massimo Centro medico della Svezia e uno dei migliori del mondo), che nomina i Nobel della Fisiologia o Medicina; l'Accademia di Svezia (con 24 fra i più autorevoli scrittori locali), che designa il Nobel della Letteratura; la Banca di Svezia (con 48 qualificati economisti), che sceglie il vincitore del Nobel in Economia, istituito a differenza degli altri, nel 1969; la Commissione Nobel, formata da 5 parlamentari norvegesi (poiché fino al 1905 Svezia e Norvegia costituivano un unico Regno), che assegna il premio per la Pace. La consegna dei cinque premi avviene a Stoccolma il 10

dicembre di ogni anno (anniversario della morte di Alfred Nobel), ad eccezione del Premio per la Pace che viene assegnato ad Oslo. Il nobile e generoso inventore, divorato dal tormento di voler salvare la pace, non ha esitato a lasciare ogni suo avere a quanti si fossero distinti positivamente nei vari campi delle attività umane per il benessere dell'uomo. A quelle persone, cioè, che si fossero dedicate alla scienza, alla ricerca, alla letteratura, e che avessero allargato i confini della conoscenza. «Le sfide future – secondo il pensiero di Alfred Nobel – esigono l'esistenza di una nuova etica, rivolta a salvaguardare le relazioni tra gli uomini e il rapporto tra questi e la natura, per difendere il presente e proteggere il futuro dalle travolgenti minacce degli insani comportamenti dell'uomo. Forse un'etica del risveglio e non del disincanto, dove non sia la tecnologia a controllare i nostri sentimenti, ma siano i bisogni dei singoli a essere posti in primo piano».

I nobel italiani della Scienza Medica



Moltissimi gli scienziati designati, di cui 6 italiani di degna citazione. L'istologo Camillo Golgi (1843-1926), che ha diviso il premio nel 1906 con l'istologo Santiago Ramon y Cajal (1852-1934), in riconoscimento del

loro lavoro sulla struttura del sistema nervoso, e le ricerche sulla malaria e sui meccanismi d'azione del chinino. Lo svizzero ma naturalizzato italiano, il biochimico Daniel Bovet (1907-1992), nel 1957 per le sue scoperte sui composti sintetici che inibiscono l'azione di alcune sostanze dell'organismo, in particolare la loro azione sul sistema vascolare e i muscoli scheletrici. Il fisico e radiologo Salvador E. Luria (1912-1991), che ha diviso il premio nel 1969 con il biologo e fisico tedesco Max Delbrück (1906-1981) e il batteriologo statunitense Alfred Day Hershey (1908-1997), per le loro scoperte sul meccanismo di replicazione e sulla struttura genetica del virus. L'anatomo-patologo Renato Dulbecco (1914-2012), che ha diviso il premio nel 1975 con il chimico David

Baltimore (1938) e il biologo Howard Martin Temin (1934-1994), per le loro scoperte sulle interazioni tra virus tumorali e materiale genetico della cellula. La neurologa Rita Levi-Montalcini (1909-2012), che ha diviso il premio nel 1986 con il biologo chimico statunitense Stanley Cohen (1922-2020) per la loro scoperta dei "fattori di crescita". E sono oltre duecento i ricercatori-scienziati che hanno avuto il nobel per la Medicina e/o Fisiologia, ma poiché lo spazio non consentirebbe di elencarli tutti, tra i più recenti sono da ricordare per la "particolarità" della loro scoperta, soprattutto inerente al cervello e al tessuto ematico, organi per i quali sono maggiormente coinvolti anche gli anestesisti-rianimatori. Fra questi, cui fu conferito il Premio nel 2000, tre esploratori del cervello: lo svedese Arvid Carlsson, l'americano Paul Greengard e l'austriaco Eric Kandel (all'epoca, rispettivamente avevano 77, 74 e 70 anni). I primi due hanno scoperto l'azione di una molecola, la dopamina, che interviene come neurotrasmettitore nel controllo cerebrale dei movimenti. Kandel, già professore alla Columbia University, ha posto le basi per la comprensione dei meccanismi della memoria; Carlsson, già attivo al Dipartimento di Farmacologia dell'Università di Göteborg, ha scoperto l'azione della dopamina; mentre Greengard, già direttore del Laboratorio di Biologia Molecolare alla Rockefeller University di New York, ha chiarito l'azione della dopamina e di altri neurotrasmettitori. Gli ultimi premiati, ossia nel 2020, sono gli scopritori del virus dell'epatite C, il medico statunitense Harvey I. Alter (1935), il virologo britannico Michael Houghton (1949) e il virologo statunitense Charles M. Rice (1952). Una conquista scientifica fondamentale per la lotta a questa malattia del fegato. Prima del lavoro di questi tre scienziati, come è noto, si conoscevano i virus di epatite A e B, ma la maggior parte delle forme di epatite dovute al contagio attraverso il sangue, rimaneva senza una spiegazione. La scoperta di questa tipologia di epatite ha permesso di diagnosticare i casi rimanenti e salvare milioni di vite. Va anche detto, che a metà degli anni '70 le ricerche di Harvey J. Alter dimostrarono l'esistenza di un virus ancora sconosciuto che costituiva una causa comune di epatiti croniche. Alla fine degli anni '80, Michael Houghton utilizzò una strategia non ancora testata per isolare il genoma del nuovo

virus, che fu chiamato virus dell'epatite C; mentre Charles M. Rice fornì la conferma finale del fatto che questo virus da solo potesse causare epatite.

Nobel ad Enti ed Organizzazioni



Diversi i destinatari per particolari meriti umanitari, tra i quali nel 1917 e nel 1944 al Comitato Internazionale della Croce Rossa: i volontari, al di là di ogni fede e politica, hanno dato prova di eroico comportamento per salvare vite umane e alleviare sofferenze; nel 1938 all'Ufficio Internazionale Nansen per i Rifugiati: per l'assistenza voluta da Fridtjof Nansen (nobel per la Pace nel 1922) a favore di prigionieri, profughi e politici in ogni Paese; nel 1947 alla Società degli Amici: per l'impegno attraverso scuole, ospedali e centri-profughi, e per la lotta in favore dell'uguaglianza razziale, la libertà dei popoli e la pace fondata sulla giustizia; nel 1963 alla Lega delle Società della Croce Rossa: per il contributo nelle "aree calde" del mondo, al fine di applicare gli accordi internazionali e far rispettare i diritti umani; nel 1965 all'Unicef: in favore dell'infanzia soprattutto nei Paesi poveri, dove condizioni sociali, politiche e religiose impediscono un normale sviluppo; nel 1977 ad Amnesty International: per la denuncia delle violazioni dei diritti umani (pena di morte, imprigionamenti arbitrari, torture, pratiche psichiatriche repressive di militari o politici); nel 1981 all'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati: per l'impegno a favore di migliaia di vietnamiti, laotiani e cambogiani (fuggiti dai loro paesi e conosciuti come boat people) e il compito di far rispettare i loro diritti, assisterli e trovare loro dimore stabili; nel 1985 all'International Physicians for the Prevention of Nuclear War: per le informazioni sugli effetti negativi sulla salute degli esperimenti nucleari pacifici o sulle conseguenze sui viventi di guerre nucleari, nonché per lo sviluppo di relazioni tra organizzazioni scientifiche internazionali al fine di favorire la

pace; nel 1995 alla Conferenza Pugwash: per l'appello agli scienziati a superare le divisioni e unirsi contro il pericolo nucleare (lanciato il 9 luglio 1955 e firmato da B. Russel e A. Einstein), per il disarmo e la soluzione pacifica dei conflitti internazionali; nel 1997 alla Campagna Internazionale contro le Mine Antiuomo: per la campagna di messa al bando delle mine antiuomo, iniziata nel 1990, che ha creato una vasta opinione contro tali ordigni e ha portato nel 1996 al Trattato di Oslo; nel 1999 a Medici Senza Frontiere: per il reclutamento di volontari, la raccolta di fondi e l'azione nelle emergenze sanitarie.

Storici errori

In almeno tre occasioni la Commissione di Stoccolma del Premio Nobel per la Medicina deve essersi un po' pentita delle proprie decisioni. La prima riguarda il premio del 1927, assegnato a J. Wagner Von Jauregg (1857-1927), un neurologo austriaco che aveva "inventato" una strana cura per una forma di "pazzia" del sistema nervoso centrale: essendosi accorto che molti di questi pazienti guarivano in seguito a febbri, pensò bene di provocare la febbre... facendo pungere i malati da zanzare portatrici di malaria. La "cura" andò avanti per parecchi anni non mancando, però, di fare vittime, sino alla scoperta della penicillina. La seconda occasione di "pentimento" è del 1948 e riguarda il chimico svizzero Hermann Paul Muller (1899-1948) che, se ha avuto il merito (con la scoperta del DDT) di disinfestare ampie zone del Pianeta, ha la colpa di aver provocato inquinamenti ambientali di proporzioni inimmaginabili, con i quali l'uomo dovrà a lungo confrontarsi. La terza occasione riguarda la metà del Premio Nobel 1949 per la Medicina che fu assegnato allo psichiatra e neurochirurgo portoghese Antonio Egas Moniz (1874-1955) il quale, per curare forme molto gravi di follia, ricorse all'asportazione di un pezzo del cervello, ideando la "leucotomia prefrontale". Un metodo che, dopo un momento di euforia, fu fortunatamente presto abbandonato per i disastrosi effetti sulla personalità del malato.



CCNL
in pillole

“Di norma” e “di regola”, facciamo chiarezza

All'interno delle norme contrattuali e non solo, appaiono di frequente due locuzioni (“di norma” e “di regola”) spesso introdotte per perseguire interessi diversi.

Due modi di dire dei quali va ricercato il significato al fine di evitare interpretazioni soggettive.

Nell'attuale CCNL occorre porre attenzione al significato delle parole, alla punteggiatura, ai tempi verbali al fine di poter interpretare e fare interpretare ciascuna norma nella forma corretta evitando di subire interpretazioni di parte.

In effetti il significato delle due locuzioni tende a sottolineare quale debba essere “la norma” e “la regola” nella maggior parte dei casi e tale interpretazione non deve lasciare totale libertà a chi deve applicarla come se la norma o la regola non esistesse.

È chiaro che, laddove tali locuzioni esistono, occorre pretendere l'applicazione della norma salvo “in gravi casi” che siano da interpretare come eccezioni fermo restando la loro applicazione “nella maggior parte dei casi”.

Da “treccani.it” ricaviamo due interpretazioni a mio parere convincenti:

- Di norma: La prassi invalsa tende ad interpretare la locuzione “di norma”, nel senso che la disposizione in cui è contenuta indica la regola cui attenersi nella maggior parte dei casi, implicitamente ammettendo deroghe solo in casi gravi (che resistano alle obiezioni) ed eccezionali. La disposizione, dunque, rimane ancorata alla sua natura di regola cogente e imperativa, salvo casi residuali in cui le circostanze rendano necessaria un'applicazione non rigida

della norma, secondo i principi di ragionevolezza e rispetto del vincolo del fine, tipici della discrezionalità amministrativa.

- Di regola: *di regola*, normalmente, di solito, nella grande maggioranza dei casi.

Proviamo ad esaminare quali siano gli articoli contrattuali più importanti dove appaiono tali forme verbali.

- all'art.26 a proposito del numero massimo di turni notturni mensili

"Di regola, sono programmabili non più di 5 servizi di guardia notturni al mese per ciascun dirigente."

- all'art.24 a proposito delle ore non assistenziali

*"Tale riserva di ore non rientra nella normale attività assistenziale e non può essere oggetto di separata ed aggiuntiva retribuzione. Essa va utilizzata **di norma** con cadenza settimanale ma, anche per particolari necessità di servizio, può essere cumulata in ragione di anno per impieghi come sopra specificati ovvero, infine, utilizzata anche per l'aggiornamento facoltativo in aggiunta alle assenze previste dall'art. 36, comma 1, lett. a) (Assenze giornaliere retribuite) al medesimo titolo."*

e nello stesso articolo a proposito della formalizzazione della turnistica:

*"18. La programmazione oraria della turnistica deve essere **di norma** formalizzata entro il giorno 20 del mese precedente."*

- all'art.27 sulla competenza dei turni di pronta disponibilità

*"Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è **di norma** di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa."*

Di regola, potranno essere programmati per ciascun dirigente non più di dieci turni di pronta disponibilità mensili.

- all'art.28 a proposito del riposo settimanale

*"1. Il riposo settimanale coincide **di norma** con la giornata domenicale."*

- all'art.30 a proposito del recupero delle ore di straordinario

*"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 fruita."

- all'art.33 a proposito delle ferie estive

*"9bis. In relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, al dirigente è consentito **di norma** il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre o, alternativamente, in caso di dipendenti con figli in età compresa nel periodo dell'obbligo scolastico, nel periodo 15 giugno- 15 settembre al fine di promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro."*

- all'art.38 a proposito del preavviso per i congedi della legge 104

*"1. Al fine di garantire la funzionalità delle strutture e la migliore organizzazione dell'attività, il dirigente, che fruisce delle assenze di cui al comma 1, predispone, **di norma**, una programmazione mensile dei giorni in cui intende assentarsi, da comunicare all'inizio di ogni mese ovvero, in caso di orario di lavoro articolato in turni, in tempo utile per la predisposizione della turnistica per il mese di riferimento."*

- nell'art.117 a proposito delle altre attività a pagamento e) L'attività deve garantire, **di norma**, il rispetto dei principi della fungibilità e della rotazione di tutto il personale che eroga le prestazioni.

Due locuzioni da non prendere sottogamba che, in sintesi, sottolineano quale debba essere la norma da applicare salvo gravi e rari casi nei quali si può fare a meno di applicarla.

Occorre evitare di subire interpretazioni del tutto soggettive senza un sano e proficuo dibattito.

Dr Arturo Citino

Coordinatore Formazione Sindacale AAROI-EMAC





Previdenza

A cura di
Claudio Testuzza

Esperto in tematiche previdenziali

Pensioni: e la storia continua

Come ogni anno all'avvicinarsi di agosto inizia a lavorare il cantiere delle pensioni. Anche se, in verità, il tutto si manifesta con proposte diverse e da valutare e per la cui verifica si rimanda tutto all'autunno. Ma resta materiale per parlare al caldo di agosto di come può cambiare il sistema previdenziale. Il ministro del Lavoro, Orlando, ha incontrato i sindacati augurandosi che i prossimi incontri possano avere un esito positivo. Intanto fioccano le proposte. Infatti, mentre si avvicina a grandi passi la fine di Quota 100 bisogna studiare come far fronte, anche politicamente, a questa evenienza. Va infatti trovata in primis una soluzione che possa evitare che scatti dal 1° gennaio prossimo lo scaglione di cinque anni, con relativo aumento dell'età pensionabile da 62 a 67 anni. Al netto di un intervento delle parti politiche, infatti, dal primo gennaio 2022 la legge Fornero, con il limite di 67 anni per l'uscita dal lavoro, tornerà operativa.

Diverse le ipotesi in campo: i sindacati spingono per forme di flessibilità. Il governo punta di fatto ad allargare l'ape social e a introdurre sconti per i lavori gravosi e per le lavoratrici attraverso l'opzione-donna. Come trovare una sintesi entro l'autunno, quando l'intervento andrà inserito nella legge di Bilancio? I leader di Cgil, Cisl e Uil hanno proposto al ministro del Lavoro Andrea Orlando la loro piattaforma "Cambiare le pensioni adesso": flessibilità in uscita dopo 62 anni di età, o dopo 41 anni di contributi a prescindere dall'età anagrafica. Una proposta che ha però già visto la bocciatura da parte dell'Inps per gli alti costi che comporterebbe. Col corollario della pensione di garanzia per i giovani, lavoratori discontinui e con basse retribuzioni, punto su cui invece l'esecutivo sembra essere allineato con le parti sociali. Esaurita Quota 100 il governo punta ad irrobustire soluzioni già ampiamente collaudate.

te per una flessibilità soft, quali l'opzione donna (uscita con 35 anni di contribuzione e 58 anni d'età, 59 se autonome); Ape sociale (prevista da 63 anni per le categorie che svolgono mansioni faticose); revisione parametri lavori usuranti veri e propri e lavoratori cosiddetti fragili. Ma anche la flessibilità proposta viene considerata troppo soft dai sindacati e da parte della maggioranza, per cui Quota 102 e Quota 41 rappresentano alternative più spendibili. Soprattutto se, come emerso negli ultimi incontri, ci fosse fin da subito una convergenza con l'esecutivo sul contratto di espansione, un accordo aziendale che, di fatto, consente di mandare in pensione su base volontaria i lavoratori fino a 5 anni prima (60 mesi) rispetto ai requisiti ordinariamente richiesti per la pensione di vecchiaia o anticipata. Intanto i Sindacati hanno già detto No alla proposta avanzata dal presidente dell'Inps, Pasquale Tridico, che aveva ipotizzato - all'interno di un percorso flessibile - una pensione in due tranches per chi è in possesso di almeno 20 anni di versamenti: la prima puramente "contributiva" al compimento del sessantaduesimo-sessantatreesimo anno d'età, seguita dalla parte retributiva (per chi l'avesse maturata) al raggiungimento della soglia dei 67 anni d'età. Proposta però, secondo i Sindacati, "troppo penalizzante". Per Cgil, Cisl e Uil è necessario, invece, estendere la flessibilità nell'accesso alla pensione, permettendo alle lavoratrici e ai lavoratori di poter scegliere quando andare in pensione, senza penalizzazioni per chi ha contribuito prima del 1996.

Tante le opzioni sul piatto che però rischiano di incagliarsi come sempre sullo scoglio dei costi. Nel Def recentemente presentato dal governo Draghi viene rilevato come la spesa previdenziale, anche per le ricadute di Quota 100, rimanga elevata. Non solo: *"anche senza nuove deroghe o correzioni alla legge Fornero, le uscite previdenziali tornerebbero a correre e già dal 2026 andando a raggiungere nel 2036 un picco di spesa del 17,4 % del Pil"*. Andamento che va nella direzione opposta delle raccomandazioni di Bruxelles, in pressing da tempo sulla soste-

nibilità nel medio periodo del nostro sistema previdenziale.

Intanto il Rapporto Annuale 2021, dell'Inps parla dell'andamento dello stock e dei flussi delle pensioni nel 2019 e 2020. Secondo i dati: al 31 dicembre 2020, i pensionati italiani erano pari a circa 16 milioni, di cui 7,7 uomini e 8,3 donne. Nonostante le donne pensionate siano la maggioranza, le pensioni medie mensili degli uomini (pari a 1.897 euro) superano significativamente quelle delle donne (pari a 1.365). Il divario retributivo a livello territoriale si riflette nel dato pensionistico: le pensioni medie al Centro-Nord superano di poco i 1.700 euro, mentre quelle al Sud e Isole sono pari a 1.400 euro.

Le prestazioni previdenziali rappresentano l'81% del totale e quelle assistenziali il 19%.

La categoria più numerosa è rappresentata dalle pensioni di anzianità/anticipate con il 30,9% del totale, seguita da quella delle pensioni di vecchiaia con il 24,5% e dalle pensioni ai superstiti con il 20,5%; le prestazioni agli invalidi civili sono il 15,3% del totale; le prestazioni di invalidità previdenziale e le pensioni/assegni sociali sono rispettivamente il 5% e il 3,9%.

28 Luglio 2021



Dalla liquidazione al TFR

I trattamenti previdenziali attuali dei medici sono discreti ma fra pochi anni si assisterà, anche per essi, ad una riduzione degli importi pensionistici. Si tratta, quindi, di capire come poter ottenere un recupero economico idoneo a consentire un tenore di vita pari o almeno vicino a quello ottenuto con la retribuzione dell'attività lavorativa. Uno degli elementi che si pone all'attenzione è l'eventuale utilizzo del trattamento di fine servizio nei Fondi pensione complementari. Ecco perché è importante conoscere l'attuale condizione di tale trattamento. Nel settore pubblico le norme in vigore hanno già realizzato due distinzioni: dipendenti in servizio prima del 2001, a cui continua ad essere attribuita l'indennità di fine servizio ovvero indennità premio di servizio – Ips – per i medici dipendenti dalle Asl e dipendenti in servizio dal 1° gennaio 2001 soggetti, invece, al trattamento di fine rapporto – TFR –, già proprio dei dipendenti privati. Le due condizioni sono differenti sia in merito alla metodologia della contribuzione sia riguardo al trattamento finale. L'indennità premio servizio prevede un versamento all'Inps (ex Inpdap), formato dalla somma di un contributo prodotto dall'ente o azienda da cui si dipende, che è nel caso dei medici delle Asl del 3,6% dello stipendio per le voci assoggettate a contribuzione, e di un contributo a carico dello stesso dipendente del 2,5%, delle stesse voci stipendiali. Nel caso del TFR è solamente il datore di lavoro soggetto ad accumulare un importo del 6,91% della retribuzione lorda mensile. Per i dipendenti pubblici, soggetti al TFR, l'accumulo, e anche la rivalutazione, viene fatto presso l'Inps, che lo erogherà al momento della cessazione del rapporto. Al momento del trattamento, a fine del rapporto d'impiego, nel primo caso – Ips – al dipendente sarà attribuito un capitale determinato sulla base di un quindicesimo dell'80% dello stipendio dell'ultimo anno, per ogni anno di contribuzione prodotto per servizio o per riscatto. Il TFR liquidato, invece, consisterà degli importi accumulati nel tempo e rivalutati, annualmente, con una percentuale dell'1,5% più il 75%

della variazione dell'indice dei prezzi al consumo. Questo metodo consente al TFR di essere rivalutato convenientemente sino ad un'inflazione del 6% annuo. Oltre il 6%, il TFR si rivaluta meno del tasso di inflazione. Nel caso dell'Ips il recupero del valore è correlato agli incrementi contrattuali ricadenti sugli stipendi dei 12 mesi antecedenti l'interruzione del rapporto e presi a base del calcolo. I due trattamenti divergono anche nel sistema di tassazione. Al TFR si applica un'aliquota minima del 23% che poi sale in base al reddito del lavoratore con il criterio della "tassazione separata". Cioè si applica, sulla somma da devolvere al dipendente, la media del trattamento fiscale attribuito alla retribuzione degli ultimi due anni per il valore del TFR diviso per gli anni di lavoro e moltiplicato per dodici. Il capitale della Ips è anche tassato a "tassazione separata" solamente, però, per una parte del suo importo, il 59,02 per cento, perché il restante 40,98 per cento è invece esente da imposta. Mentre per il TFR si può procedere ad una anticipazione del suo importo maturato, per particolari necessità, per i dipendenti pubblici non è possibile, se ancora in servizio, richiedere un anticipo del TFR maturato. In verità la norma per ottenerlo esiste, ma non si tratta di "normativa vigente" visto che non è mai stato pubblicato un decreto attuativo che le renda operativa. L'articolo 4, ai commi 4 e 5, del DL 185 del 2008 estendeva anche ai dipendenti pubblici la possibilità di ottenere un anticipo sul trattamento di fine rapporto in costanza di rapporto di lavoro, beneficio di cui i dipendenti privati già godevano. Proprio perché pur esistendo una norma che ne prevede la possibilità ma manca il decreto attuativo che fa in modo che la norma in oggetto entri in vigore e, sia, quindi, attuata, l'Inps può continuare ad affermare, a coloro che lo richiedessero che ad oggi, per i dipendenti pubblici ancora in servizio non è possibile richiedere un anticipo del TFR spettante al momento della cessazione del rapporto di lavoro.

27 Luglio 2021

L'Inps non paga i ritardi della ricongiunzione: ma l'Enpam è in regola

La ricongiunzione dei contributi è un istituto che permette, a chi ha posizioni assicurative in gestioni previdenziali diverse, di riunire, mediante trasferimento, tutti i periodi contributivi presso un'unica gestione, allo scopo di ottenere una sola pensione. Appare utile ricordare che la legge 45/1990 riconosce anche per i professionisti la facoltà di attivare la ricongiunzione sia in uscita dalle Casse, sia in entrata verso le Casse. Ed è proprio delle ricongiunzioni in uscita dall'Inps alle Casse professionali che tratta il messaggio Inps finalizzato a neutralizzare i ritardi imputabili alla Cassa professionale ai fini della determinazione degli interessi del 4,50% previsti dalla normativa vigente in caso di ritardo dei termini di consegna della documentazione. Caratteristica della ricongiunzione è che i periodi ricongiunti sono utilizzati come se fossero sempre stati versati nel fondo in cui sono stati unificati e danno quindi diritto a pensione in base ai requisiti previsti dal fondo stesso.

Si tratta però di uno strumento che comporta talvolta degli oneri economici, a carico del richiedente, variabili a seconda della sua retribuzione, dell'età anagrafica, dell'anzianità contributiva complessiva e dell'importo del contributo che si intende trasferire da una gestione all'altra.

La domanda di ricongiunzione va presentata dall'assicurato alla sede competente dell'istituto, ente, cassa, fondo o gestione previdenziale in cui si intende ricongiungere i diversi periodi contributivi. La gestione previdenziale presso cui si intende accentrare la posizione assicurativa chiede, entro 60 giorni dalla data della domanda di ricongiunzione, alla gestione o alle gestioni interessate tutti gli elementi necessari od utili per la costituzione della posizione assicurativa e la determinazione dell'onere di riscatto. Tali elementi devono essere comunicati entro 90 giorni dalla data della richiesta. Entro 180 giorni dalla data della domanda, la gestione presso cui si incentra la posizione assicurativa comunica all'interessato l'ammontare dell'onere a suo carico nonché il rispetto delle possibili rateizzazioni. In particolare la gestione competente allorché chiede alle altre gestioni interessate

il trasferimento dei contributi di loro pertinenza, li richiede maggiorati degli interessi annui composti al tasso del 4,50% ai sensi dell'articolo 4 della citata legge n. 45/1990.

L'Inps con il messaggio 2552/2021 ha rilevato che sebbene ai suddetti termini debba essere attribuita natura ordinatoria, l'ampliamento degli stessi non può essere di entità tale da determinare effetti finanziari diffusamente negativi a carico dell'Ente. Pertanto ha aggiornato, motu proprio, la procedura al fine di neutralizzare i ritardi imputabili alla Cassa nel calcolo degli interessi per il periodo successivo alla domanda. L'istituto precisa che, tuttavia, che tale neutralizzazione non incide sulla sfera patrimoniale dei soggetti interessati poiché gli interessi per il periodo successivo alla data della domanda di ricongiunzione non vanno a scomputo dell'onere, ma sono introitati dalla Cassa professionale.

Da una nostra verifica presso l'Enpam risulta che l'Ente dei medici ha sempre adempiuto a tutti i passaggi regolamentari, di sua pertinenza, per la ricongiunzione sia in entrata che in uscita nei termini disposti dall'attuale normativa non determinando danneggiamenti né per le altre Casse né soprattutto per i propri iscritti.

12 Luglio 2021



La Corte dei Conti si pronuncia sul peso delle tasse su pensioni

Le Sezioni riunite della Corte dei conti hanno reso pubblico il Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica. Il documento riprende i principali temi di finanza pubblica, con un'attenzione ai settori più coinvolti dalla crisi emergenziale e dalle misure adottate dal Governo per farvi fronte, approfondendo gli aspetti relativi a: andamenti e prospettive dell'economia e della finanza pubblica, con particolare attenzione per la dinamica del debito; alla politica fiscale con il dibattito sulla riforma dell'Irpef, su possibili revisioni della tassazione indiretta, riscossione e misure per incentivare l'utilizzo degli strumenti elettronici di pagamento, alla spesa e alle politiche sociali, sui risultati delle misure a sostegno delle imprese e delle scelte di investimento delle amministrazioni territoriali, anche in chiave "green", come previsto dal PNRR.

Un intero capitolo è riservato alle tasse sui redditi e in particolare a quelle dei pensionati. In attesa della riforma infatti le tassazioni riguardano soprattutto "redditi da lavoro dipendente e pensione - con sbilanciamento- sui redditi medi e con andamenti irregolari e distorsivi delle aliquote marginali effettive". In particolare servirà "ipotizzare varie forme di ricomposizione del contributo dei prelievi diretti e indiretti alla copertura del bilanci".

In Italia, ricordiamo, è in vigore il sistema contributivo, basato su quanti contributi il lavoratore versa nella sua carriera. La Francia e la Spagna hanno mantenuto il retributivo, in cui l'assegno è legato, invece, al livello delle retribuzioni percepite. In Germania si usa un sistema a punti: l'assegno si calcola sulla base dei cosiddetti punti-pensione, acquisiti pagando i contributi e lavorando. Un caso peculiare quello delle pensioni in Inghilterra, simili per tutti i cittadini.

In modo sintetico la modalità di tassazione può essere indicata con T o con E, assecondo se gli importi versati, accumulati, e della prestazione siano soggetti o meno a tassazione. La maggior parte degli stati europei, 17 su 24, adotta il mo-

dello EET. Solo tre stati, tra cui l'Italia, adottano il modello ETT. Tra i due rimanenti stati uno adotta i modelli EET e TTE, l'altro il modello TEE.

In Italia, nel caso del sistema previdenziale pubblico, assistiamo, quindi, ad una condizione che prevede un'esenzione fiscale per i contributi versati, una tassazione per il loro eventuale rendimento ma, soprattutto, la tassazione della rendita o della pensione.

I pensionati italiani sono tra i più tassati in Europa: il 30% in più degli altri paesi. Su un assegno da 1.500 euro da noi si pagano 600 euro di tasse, in Germania 60. Nella generalità dei Paesi europei i redditi da pensione vengono colpiti con aliquote progressive e viene riconosciuta una detrazione d'imposta in cifra fissa o variabile. In alcuni Paesi della Ue le pensioni non sono di fatto assoggettate ad alcun prelievo fiscale (Bulgaria, Lituania, Slovacchia). In altri, invece, molto elevata è la personal "allowance" cioè la quota di reddito non imponibile. In Germania e Finlandia, ad esempio, non sono tassati i redditi pensionistici inferiori a 16.500 euro, mentre in Austria quelli inferiori a 15.000 euro. A Parigi, Berlino, Londra e Madrid sono esentati dalle imposte tutti quelli che ricevono meno di 9 mila euro l'anno, in Italia il tetto è posto, invece a solo 7.750 euro.

I Paesi europei adottano diversi sistemi per l'adeguamento delle pensioni. In alcuni Paesi le pensioni sono agganciate ai salari (Danimarca, Slovenia e Svezia). In altri Paesi si tiene conto sia della dinamica salariale sia del rapporto pensionati/attivi (Germania). In alcuni Paesi vige un sistema misto di indicizzazione salari/prezzi (Bulgaria, Finlandia, Polonia, Romania, Ungheria, ecc.).

In altri, ancora, alle pensioni viene garantito il pieno mantenimento del potere d'acquisto, essendo rivalutate in base alle variazioni dell'indice dei prezzi al consumo (Austria, Belgio, Francia, Regno Unito e Spagna). Infine in alcuni Paesi

vige un sistema di indicizzazione parziale, che garantisce una rivalutazione più consistente alle pensioni più basse (Grecia, Italia, Portogallo). In una fase di eventuali riforme scaturita dalla gravissima situazione economica indotta dal Covid e dall'importante intervento finanziario realizzato dalla comunità europea si prevede una sostanziale rivisitazione del capitolo fisco con un eventuale gioco di sponda contabile con cui i soldi comunitari potrebbero alleviare le gravi storture fiscali esistenti ed eventualmente favorire gli investimenti. Accanto all'encomiabile

riduzione del carico fiscale sul lavoro sarebbe però necessario rivedere l'attuale tassazione delle pensioni che sono invece integralmente equiparate al reddito dei lavoratori in attività, prevedendo, per tali categorie di pensionati, di abbandonare il mito del sistema della progressività e meglio redistribuire gli investimenti pubblici con il welfare favorendo, anche un recupero, non solo parziale, sulla base dell'inflazione.

21 Giugno 2021



Quesiti dal web

L'AARO-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Arturo Citino
(Coordinatore Formazione Sindacale)



I turni mattina notte sono legittimi?

La normativa europea recita:

"I paesi dell'UE devono garantire che tutti i lavoratori abbiano diritto a un periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive ogni 24"

Rif. CCNL 2016-2018:

Art. 24

- comma 11: *"Il dirigente ha diritto ad un periodo di riposo consecutivo giornaliero non inferiore a 11 ore per il recupero delle energie psicofisiche fatto salvo quanto previsto dal successivo comma 15."*
- comma 15: *"Al fine di garantire la continuità assistenziale, da parte del personale dirigente addetto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure delle strutture ospedaliere, nonché ai servizi territoriali, l'attività lavorativa dedicata alla partecipazione alle riunioni di reparto e alle iniziative di formazione obbligatoria determina la sospensione del riposo giornaliero. Il recupero del periodo di riposo non fruito, per il completamento delle undici ore di riposo, deve avvenire immediatamente e consecutivamente dopo il servizio reso. Nel caso in cui, per ragioni eccezionali, non sia possibile applicare la disciplina di cui al precedente periodo, quale misura di adeguata protezione, le ore di mancato riposo saranno fruito nei successivi sette giorni fino al completamento delle undici ore di riposo."*

so. Le ore dedicate allo svolgimento della libera professione intramuraria, ivi inclusa l'attività di cui al comma 2 dell'art.115 (Tipologie di attività libero professionale intramuraria), durante la fruizione delle undici ore di riposo non potrà comunque superare la misura di 3 ore, purché siano garantite almeno 8 ore continuative di riposo, al fine di garantire il recupero psico-fisico. I dirigenti con rapporto di lavoro non esclusivo esercitano la libera professione extramuraria, sotto la loro autonomia e responsabilità, attenendosi al principio di cui al periodo precedente, al fine di garantire il recupero psico-fisico."

Dato che non è stato possibile bypassare la normativa europea con il vigente CCNL siglato il 19/12/2019, non è possibile effettuare turni mattina e notte.

È possibile utilizzare l'Anestesista Rianimatore di guardia per garantire la guardia in un'altra disciplina?

Le situazioni non in linea con il contratto nazionale nel caso in esame sono:

- il mancato parere (si suppone) del Comitato paritetico (art.6 bis del CCNL) sulla gestione dei servizi di emergenza
- l'utilizzo di colleghi Anestesisti Rianimatori in attività afferenti a discipline diverse.

A proposito del secondo punto il nuovo CCNL recita:

Art. 14

Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti

3. Il rapporto di lavoro esclusivo comporta la totale disponibilità del dirigente nello svolgimento delle proprie funzioni nell'ambito dell'incarico attribuito e della competenza professionale nell'area e disciplina di appartenenza.

L'articolo in questione sostiene, quindi, il principio che il Dirigente medico assunto in una disciplina possa svolgere esclusivamente attività "nell'ambito dell'incarico attribuito e della competenza professionale nell'area e disciplina di appartenenza".

Fermo restando la non equipollenza ed affinità della disciplina di Anestesia e Rianimazione con altre discipline c'è da ricordare che l'equipollenza e l'affinità sono caratteristiche utili per la valutazione dei titoli ai fini concorsuali e non al fine di stabilire le attività che si possono svolgere una volta assunti.

Dopo l'assunzione, infatti, indipendentemente dalla specializzazione conseguita, si ha il dovere di svolgere esclusivamente attività nella specializzazione in cui si è inquadrati come Dirigente Medico e non nella specializzazione posseduta.

La specializzazione di inquadramento stabilisce, di conseguenza, il Direttore Struttura Complessa al quale fare riferimento e la maturazione dell'anzianità nella disciplina.

Occorre coinvolgere il rappresentante aziendale AAROI-EMAC e contestare le problematiche per iscritto protocollato.

Quando fruimo del riposo biologico (rischio anestesiológico) di 8 giorni da fruire continuativamente, comprensivi di sabato e domenica, quante sono le ore di lavoro da decurtare dal dovuto mensile?

Occorre distinguere due casi:

a) per chi lavora su 5 gg: 7,6 (decimali), cioè 7h e 36min; in tal caso le ore del sabato e della domenica sono conteggiate ai fini della avvenuta fruizione del congedo che ricade in questi giorni ma non sono conteggiate ai fini del reso orario complessivo;

b) per chi lavora su 6 gg: 6,33 (decimali), cioè 6h e 20min; in tal caso le ore della domenica sono conteggiate ai fini della avvenuta fruizione del congedo che ricade in questi giorni ma non sono conteggiate ai fini del reso orario complessivo.

Vorrei sapere se esiste nel CCNL un riferimento circa la programmazione della turnistica dato che nella nostra Azienda ormai da tempo abbiamo solo turni

resi pubblici ogni settimana.

L'Art. 24 del CCNL: Orario di lavoro dei dirigenti al comma 18 recita:

La programmazione oraria della turnistica deve essere di norma formalizzata entro il giorno 20 del mese precedente. Quel "di norma" specifica quale debba essere la programmazione in ogni mese dell'anno salvo eccezioni per gravi motivi.

Nel mio ospedale c'è una guardia notturna di Rianimazione e una di Anestesia per le urgenze chirurgiche. In caso di chiamata in emergenza fuori dalla rianimazione, il Rianimatore può lasciare il reparto? Deve chiamare il reperibile? Può andare in caso che non lavori l'Anestesista di guardia? Queste domande ovviamente sono state fatte per capire se la rianimazione può temporaneamente rimanere senza medico.

La programmazione dei servizi di emergenza è compito del Comitato paritetico di cui all'art.6bis del CCNL.

In quella sede va stabilito e deliberato come agire nei casi da prospettati nel quesito fermo restando la necessità di evitare l'abbandono di pazienti critici.

Durante il periodo di preavviso di 3 mesi è possibile recuperare ore effettuate in straordinario e godere del congedo per rischio anestesiológico?

Il CCNL all'art.104 comma 6 recita:

6. L'assegnazione delle ferie non può avvenire durante il periodo di preavviso.

Dato che si esclude solo la possibilità di assegnazione delle ferie è consentito qualunque altro tipo di assenza.

È in linea con le norme contrattuali e non, avere il turno di reperibilità pomeridiana 14 - 20 e poi cominciare il turno notturno 20 - 08?

Fermo restando che la pronta disponibilità pomeridiana feriale non è prevista dall'attuale CCNL occorre precisare che la pronta disponibilità pomeridiana 14 - 20 seguita da turno notturno 20 - 08 non consente le 11 ore di riposo prescritte.

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.

Il tariffario di minima delle prestazioni libero professionali in Anestesia e Rianimazione è uno strumento agile a disposizione di tutti gli iscritti dell'AAROI-EMAC, con lo scopo di individuare il costo della singola prestazione, *intesa esclusivamente come costo professionale*, senza tenere conto cioè dei costi legati alla gestione della prestazione stessa (personale infermieristico, farmaci, materiali di consumo, ammortamento delle attrezzature).

È importante precisare che le tariffe, di seguito riportate, devono essere incrementate fino al 100% nei casi di pazienti appartenenti alle *classi di età pediatrica e geriatrica e per i pazienti con classe di rischio ASA III o IV o in caso di prestazioni libero professionali urgenti, ultraspecialistiche o di particolare complessità*.

ANESTESIA

VISITA ANESTESIOLOGICA	100,00 €
ANESTESIA GENERALE e LOCOREGIONALE	
per interventi di breve durata (fino a 2ore)	300,00 €
per interventi di media durata (fino a 4 ore)	400,00 €
per interventi di lunga durata (fino a 6 ore)	600,00 €
LIBERA PROFESSIONE D'EQUIPE	30-50% *
*Percentuale della tariffa del chirurgo primo operatore	
Gli estremi dell'intervallo sono inversamente proporzionali al grado di complessità e durata dell'intervento stesso	
SEDUTA OPERATORIA	600,00 €
per ogni 1/2 ora in più oltre le 6 ore	50,00 €
ASSISTENZA-SEDAZIONE	
per INTERVENTI in ANESTESIA LOCALE AMBULATORIALE	a paziente 300,00 €

TERAPIA IPERBARICA

VISITA AMBULATORIALE	100,00 €
ASSISTENZA ALL'INTERNO DELLA CAMERA IPERBARICA	per ora 100,00 €
ASSISTENZA ALL'ESTERNO DELLA CAMERA IPERBARICA	per ora 70,00 €

PRESTAZIONI PROFESSIONALI DI SPECIALITÀ

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE - CURE PALLIATIVE	
presa in carico	250,00 €
visite successive	120,00 €
reperibilità 12 ore	80,00 €
visita in reperibilità	150,00 €
PROGRAMMAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE O PARENTERALE	250,00 €
CAMBIO CANNULA TRACHEOSTOMICA	60,00 €
a domicilio	100,00 €
ACCESSI VENOSI CENTRALI	
a breve termine	250,00 €
con device PERMANENTI (p.es. PORT)	500,00 €
per DIALISI	300,00 €
a inserzione periferica (p.es. PICC)	250,00 €
MIDLINE	200,00 €
TRASFERIMENTI	
assistenza durante il trasporto	per ora 100,00 €
trasporto paziente critico	per ora 150,00 €
assistenza durante il trasporto con AEROMOBILE	per ora 200,00 €
trasporto paziente critico con AEROMOBILE	per ora 350,00 €
ASSISTENZA IN CORSO DI PROCEDURE ED ESAMI SPECIALI	per ora 100,00 €
TEST SOPPRESSIONE CORTICALE	200,00 €
TEST FARMACOLOGICI ANESTETICI LOCALI	300,00 €

RIANIMAZIONE

CONSULTO SPECIALISTICO IN RIANIMAZIONE	250,00 €
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN TERAPIA SUB-INTENSIVA	per ora 100,00 €
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN TERAPIA INTENSIVA	per ora 110,00 €
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 118	per ora 120,00 €
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ELISOCORSO	per ora 140,00 €

TERAPIA DEL DOLORE

CONSULTO SPECIALISTICO IN TERAPIA DEL DOLORE	250,00 €
VISITA AMBULATORIALE	
prima visita	100,00 €
visita di controllo	60,00 €
VISITA DOMICILIARE	
prima visita	150,00 €
visita di controllo	90,00 €
TERAPIE FISICHE DIRETTE (p.es: TENS, TECAR, laserterapia, ultrasuoni, stimolazione transcranica, onde d'urto)	60,00 €
INFILTRAZIONI PUNTI TRIGGER	55,00 €
INFILTRAZIONE PERIARTICOLARE	70,00 €
INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE	100,00 €
INFILTRAZIONE "FACCETTE" ARTICOLARI	340,00 €
BLOCCO ANTALGICO NERVOSO PERIFERICO	200,00 €
BLOCCO ANTALGICO NERVOSO PERIFERICO IN CONTINUO	350,00 €
SOMMINISTRAZIONE PERIDURALE SINGOLA	380,00 €
SOMMINISTRAZIONE PERIDURALE CONTINUA	600,00 €
CONTROLLO CATETERE PERIDURALE + RIFORNIMENTO	100,00 €
POSIZIONAMENTO ELETTROCATETERE STIMOLATORE MIDOLLARE (SCS)	900,00 €
POSIZIONAMENTO-SOSTITUZIONE GENERATORE DI IMPULSI SCS	450,00 €
IMPIANTO INTRATECALE	1.100,00 €
SOSTITUZIONE POMPA IMPIANTO	450,00 €
BLOCCO ANESTETICO DEL SIMPATICO LOMBAR E DEI GANGLI	500,00 €
NEUROLISI	900,00 €
NEUROMODULAZIONE	900,00 €
VERTEBROPLASTICA	600,00 €
CIFOPLASTICA	600,00 €
PERIDUROSCOPIA	1.800,00 €
AGOPUNTURA	
prima seduta	100,00 €
sedute successive	60,00 €
OSSIGENO-OZONOTERAPIA	
infiltrativa-locale	60,00 €
Infiltrativa-paravertebrale	70,00 €
piccola auto emo infusione	80,00 €
auto emo infusione	120,00 €
con blocco centrale	900,00 €
ANALGESIA DEL PARTO	