

CA!

d!rigenza medica

- 5 **Anaa diffida le Aziende**
Nei reparti Covid solo personale con specializzazione idonea
- 6 **Documento Regioni**
Luci e ombre nelle proposte della Commissione Sanità
- 8 **Emergenza Covid**
A 150 all'ora contro un muro
- 12 **Congedi e lavoro agile**
Le novità dei decreti
- 15 **Test antigenici e loro applicazioni**

Il mensile dell'Anaa Assomed



IL NOSTRO GRIDO È

assumere assumere assumere!

Pat Carra per l'Anaa Assomed



**Guarda
tutte le vignette
nel video
Anaa Web TV**



Apri il lettore QR
code del tuo
dispositivo e
inquadra il codice
con il display per
leggerne il
contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di novembre 2020

MES SUBITO!

Non possiamo perdere altro tempo per mettere in sicurezza la sanità e ridurre i danni dell'epidemia

Il dibattito intorno al MES sta assumendo forti note ideologiche e di bandiera, lontane dalle reali necessità della nostra sanità. Forse avremmo bisogno di un approccio più pragmatico, di obiettivi ben calibrati sull'andamento dell'epidemia e di un'attenta valutazione delle ricadute del finanziamento.

Vediamo di cosa si sta discutendo.

All'interno del cosiddetto Meccanismo Europeo di Stabilità (MES) è stata creata una linea di finanziamento speciale denominata "Supporto alla crisi pandemica". È una linea di credito molto diversa rispetto a quella conosciuta nel 2012/2013 durante la crisi dei debiti sovrani presentando chiari elementi di rottura, anche sotto il profilo politico. È, innanzitutto, immediatamente disponibile avendo la Commissione europea già stabilito l'accessibilità al finanziamento per l'Italia, così come per gli altri Stati membri, in considerazione della propria stabilità finanziaria, solvibilità bancaria e sostenibilità del debito.

Richiede una semplice rendicontazione delle spese senza particolari obblighi, presenti invece nel Recovery Fund. Il controllo della rendicontazione spetta esclusivamente alla Commissione europea e non prevede meccanismi di intervento esterno, tipo Troika. L'unica condizionalità è quella di coprire le spese destinate a contrastare l'epidemia di Covid-19 e la cosiddetta sorveglianza rafforzata non sarà diversa da quella ordinariamente effettuata dalla Commissione e si concentrerà esclusivamente sul monitoraggio e sugli obblighi di comunicazione relativamente all'uso effettivo dei fondi per coprire i costi sanitari diretti e indiretti legati all'epidemia. E questo, francamente, è da considerare un elemento di sicurezza sull'effettiva destinazione dei finanziamenti.

Si può arrivare ad un finanziamento massimo corrispondente al 2% del PIL relativo al 2019, che equivale per l'Italia a circa 36 mld, erogabili in tranche mensili del 15% e quindi di 5 mld, fino all'occorrenza del tetto previsto. Il finanziamento garantito dalle istituzioni europee gode della tri-

pla A e sul mercato avrà tassi assolutamente concorrenziali valutabili intorno allo 0,1% annuo, se non addirittura negativi. Attualmente l'Italia per le scadenze a 10 anni si finanzia con tassi intorno all'1%. Il risparmio potrebbe essere di circa 5 mld in 10 anni. Certamente una cifra non trascurabile. Sussiste una questione di tempistica cui non si può sfuggire. I finanziamenti del Recovery Fund saranno disponibili, se non insorgeranno ulteriori intoppi nel confronto tra i Paesi europei, a partire dalla seconda metà del 2021.

Purtroppo l'epidemia da Sars-CoV-2 va affrontata ora e non tra un anno come dimostrano i recenti dati epidemiologici che rischiano di peggiorare nei prossimi mesi.

Pertanto, se vogliamo veramente tutelare la salute dei cittadini come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", secondo quanto statuito dall'articolo 32 della Costituzione, è necessario un consistente ed immediato incremento delle risorse destinate alla sanità come previsto dal piano illustrato recentemente dal Ministro Speranza alla Commissione Sanità del Senato.

Ora e non tra un anno, altrimenti il controllo dell'epidemia rischia di sfuggire di mano, portando ad un allargamento dei contagi, ad un sovraccarico delle strutture ospedaliere e, inevitabilmente, ad un aumento del numero di morti.

Cosa può essere finanziato con il Mes? Cosa significano spese dirette e indirette?

Certamente acquistare tamponi, reagenti, macchinari per processarli al fine di allargare la capacità di testare la popolazione rientra nel novero delle spese dirette. L'apertura delle scuole richiede almeno il raddoppio della capacità attuale. Poi, incrementare la possibilità di tracciamento rinforzando i Dipartimenti di Igiene e Prevenzione sul territorio con un'adeguata dotazione di personale assunto a tempo determinato. Anche acquistare farmaci, dispositivi di protezione individuale, il cui stoccaggio non era stato effettuato pri-



CARLO PALERMO
Segretario Nazionale
Anaao Assomed

segue a pagina 16



Il nostro grido è

La relazione del Segretario Nazionale
Carlo Palermo alla Direzione Nazionale
Anaa Assomed

L'aumento dei contagi da SARS-CoV-2, oramai ad andamento esponenziale, che determina un parallelo e progressivo aumento dei ricoveri e dell'occupazione dei posti letto nei reparti Covid-19 e in quelli di Terapia sub-intensiva ed intensiva, associato con l'influenza stagionale alle sue prime avvisaglie, sta portando ad una saturazione delle capacità massime di resilienza del SSN e ad un preoccupante aumento dei carichi di lavoro per il personale ospedaliero in servizio.

Con una curva dei contagi che è la più ripida tra i Paesi europei, in molte regioni siamo già nello scenario 4 ipotizzato dall'ISS che prevede restrizioni generalizzate con estensioni e durata da definirsi in base al quadro epidemiologico, limitazione della mobilità individuale, fino ad un lockdown nazionale.

Troppo tempo è stato perso da giugno in poi, ora è necessario flettere la curva dei contagi, raggiungere un reset che ci permetta di affrontare in condizioni migliori l'epidemia sotto il profilo organizzativo e di ridurre il carico di ricoveri sul sistema ospedaliero, tutelando per tutti i pazienti il diritto di accedere alle cure migliori e alla possibilità di superare la criticità clinica.

CARLO PALERMO

Segretario Nazionale Anaa Assomed

La trincea territoriale è saltata per l'esplosione dei contagi e l'impossibilità di seguire i traccianti quando i positivi giornalieri diventano diverse decine di migliaia; è saltata l'assistenza domiciliare per le difficoltà organizzative delle Usca e l'accesso alle visite ambulatoriali è diventato sempre più problematico. Mancano alberghi sanitari per l'isolamento o la quarantena, in particolare quando si vive in condizioni di disagio economico e sociale e il proprio domicilio è inadatto.

Per i Cittadini che non trovano risposte sul territorio, l'unico baluardo rimane l'Ospedale. L'unica struttura che garantisce in ogni caso, per 365 giorni all'anno senza interruzioni giornaliere, una risposta alle loro richieste, sia a quelle appropriate che a quelle inappropriate. Ma i reparti dei nostri Ospedali rischiano il collasso con l'attuale li-



vello di pressione sanitaria. Il PS risente in “entrata” del mancato filtro territoriale e in “uscita” sconta la difficoltà di reperire posti letto per ricoverare i pazienti che lo necessitano. I posti letto nelle aree Covid a diversa intensità di cura, con l’attuale andamento dei ricoveri, entro i primi 10 giorni di novembre saranno saturati. Arrivano al pettine i nodi dei tagli effettuati sui posti letto nell’ultimo decennio: almeno 45 mila che diventano più di 80 mila se il nostro sguardo parte dall’inizio del nuovo secolo.

Solo dopo la prima ondata epidemica, il Governo ha disposto, con il Decreto “Rilancio”, l’incremento di 3500 posti letto di Terapia intensiva, portandoli ad un tasso tra i più alti in Europa (14 per 100 mila abitanti), e un upgrade tecnologico di 4225 di Tera-

“
Assumere specialisti a tempo indeterminato. Assumere a tempo determinato aprendo anche agli specializzandi del terzo, quarto e quinto anno. Assumere anche i neo laureati e i “camici grigi”

pia sub-intensiva, di cui 2000 trasformabili in intensivi in caso di saturazione dei primi 9000 previsti, per altro non totalmente approntati. E le Regioni preparano autonome iniziative per far fronte alla crescente e massiva richiesta di ricovero per pazienti con forme di Covid-19 di media gravità, tanto che il Governatore della Campania ha dichiarato di voler attivare 22.000 posti letto in area Covid. E speriamo che si sbrighi visto le condizioni delle strutture ospedaliere della sua Regione, augurandoci che il progetto sia accompagnato dalla assunzione di migliaia di medici e infermieri, ammesso che si trovino.

La carenza di medici specialisti sconta un decennio di programmazione dei fabbisogni totalmente fallimentare. Bisogna considerare tre fattori che incidono profondamente sull’andamento

dell’occupazione nella sanità pubblica nell’attuale fase epidemiologica. Se confrontiamo i dati del Conto annuale dello Stato del 2009, punto più alto delle dotazioni organiche nel SSN, a ridosso della crisi dei debiti sovrani, con quelli del 2018, ultimo dato disponibile, all’appello mancano 6 mila medici e 2 mila dirigenti sanitari (biologi, farmacisti, etc). Inoltre, la crisi epidemica concomita con il punto più alto della curva pensionistica dei medici dipendenti del SSN, oramai arrivato a circa 6000 quiescenze ogni anno. Infine, la riorganizzazione dei servizi in area critica, in applicazione del DL “Rilancio”, avviene a risorse di personale pressoché invariate rispetto all’era pre-Covid, visto che le assunzioni effettuate a primavera, circa 7 mila medici, sono sostanzialmente da considerare sostitutive dei pensionamenti dell’ultimo anno, per giunta con tipologie di rapporto di lavoro prevalentemente precario. A meno che i posti letto in incremento non siano considerati autosufficienti, si dovrebbero assumere almeno 2 mila anestesisti rianimatori e altrettanti tra medici di emergenza-urgenza, internisti, infettivologi, pneumologi. Una carenza imponente che si riflette nel pesante e preoccupante peggioramento delle condizioni di lavoro che mette a rischio la qualità e la sicurezza delle cure erogate.

Il nostro grido in questa fase così critica è: assumere, assumere, assumere!

Assumere specialisti a tempo indeterminato sfruttando le graduatorie concorsuali ancora valide. Assumere a tempo determinato con avvisi pubblici snelli di breve durata, al massimo 2 settimane, aprendo anche agli specializzandi del terzo, quarto e quinto anno come prevede la legislazione vigente. Assumere anche i neo laureati e i “camici grigi” per garantire le visite domiciliari, il controllo negli alberghi sanitari e le attività del 118.

Un aspetto, derivante dagli attuali modelli organizzativi emergenziali, necessita di essere stigmatizzato. Stiamo parlando del blocco delle attività “ordinarie” che rischia di far emergere a distanza un’altra epidemia: quella dei malati non-Covid. Durante la prima ondata, concentrando sull’emergenza Covid tutte le risorse di personale, sono state bloccate le attività sanitarie diagnostiche e terapeutiche considerate non urgenti. Di fatto, sono state rimandate 13 milioni di visite specialistiche, 500 mila interventi chirurgici in elezione, circa 2 milioni tra esami di screening e follow-up in ambito oncologico. Il ritardo inevitabilmente avrà

assumere
assumere
assumere
assumere
assumere
assumere
assumere
assumere
assumere
assumere
assumere

ricadute negative con un peggioramento a distanza della prognosi e della mortalità.

I Medici ospedalieri e i Dirigenti sanitari sono stati in prima linea dall'esordio di un'epidemia che tra gennaio e febbraio ha eluso la barriera territoriale confondendosi nella coda di quella influenzale, affrontando, ad una età media la più alta del mondo, un nemico sconosciuto, invisibile e altamente diffusivo, con poche o senza protezioni adeguate, con la sensazione di essere abbandonati in prima linea nella "solitudine degli eroi", a rischio di trasformarsi da curanti in untori, pagando un prezzo elevato fisico, tra molti contagi e tanti morti, psicologico, economico. Per usare un linguaggio bellico, hanno rappresentato, e rappresentano di nuovo, gli stivali sul terreno necessari per vincere qualsiasi guerra, anche la più tecnologica e sofisticata, esprimendo nella abnegazione il senso della loro professione.

La dura realtà di oggi sta precipitando loro addosso trovandoli stressati, ancora in carenza numerica, demotivati, con retribuzioni inchiodate al 2009, visto che le aziende non hanno trovato tempo e modo di applicare un contratto peraltro già scaduto da due anni.

La pandemia ha cambiato le carte in tavola, tanto che niente in sanità potrà essere come prima. Investire in sanità pubblica, una formula che si ripete da mesi come un mantra, senza che sia sostenuta da scelte rapide e coerenti di adesione agli strumenti economici di supporto messi in campo dall'Europa, come la linea "Supporto alla crisi pandemica" del Meccanismo europeo di sta-

bilità, significa, in primis, investire sul suo personale, Medici e Dirigenti sanitari soprattutto, che della sanità pubblica sono la questione decisiva.

La sanità del COVID, sospesa tra il Recovery fund, da spendere domani e la margherita del Mes da sfogliare oggi, ha invece archiviato gli angeli e gli eroi, quei "medici che nell'emergenza hanno fatto un lavoro straordinario", per dirla con Mario Draghi. Il personale, medico soprattutto, del SSN, "il nostro bene più grande" secondo il Ministro Speranza, è scomparso dal radar della politica del cambiamento, insieme con il burnout che lo spinge alla fuga dall'ospedale: i giovani verso l'estero e i meno giovani verso il privato. Frustrato ed insoddisfatto, numericamente carente, mal pagato, demotivato, stressato ed oberato di attività cartacea, continua a vivere in pessime condizioni di lavoro, cui l'emergenza pandemica ha dato il colpo di grazia amplificandone oltre ogni misura il disagio. Condizioni che tutto il personale sanitario che opera negli Ospedali sarà costretto a rivivere in questa lunga stagione autunnale e invernale di ripresa dell'epidemia.

Ma il Governo non può ignorarne ruolo e malessere, anche nel cantiere di proposte con le quali prova ad andare al di là della lista della spesa. Lo scatto che oggi serve alla sanità è, soprattutto, la valorizzazione del suo "capitale umano" attraverso una profonda innovazione dell'organizzazione e della governance del sistema".

Per i dirigenti sanitari del SSN, tramontata la retorica, tutto sarà peggio di prima se la rivoluzione copernicana, di cui parla il Ministro, non parte da un Piano Marshall dedicato, una svolta in sette punti:

1. migliorare le condizioni del lavoro ospedaliero e ricostruire un sistema che privilegi, anche per la carriera, i valori professionali rispetto a quelli organizzativi e aziendali;
2. aumentare le retribuzioni, detassando gli incrementi contrattuali e il salario accessorio, compensando il rischio contagio, incrementando il valore del rapporto esclusivo;
3. attribuire un nuovo stato giuridico alla dirigenza sanitaria, nel segno della dirigenza "speciale", e riconoscere il loro ruolo peculiare attraverso forme di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi;
4. introdurre il contratto di formazione/lavoro per gli specializzandi e riformare la formazione post laurea, divenuta vera emergenza nazionale, terreno di coltura per il neocolonialismo delle Scuole di medicina nei confronti del mondo ospedaliero;

5. attuare forti politiche di assunzioni che recuperino i tagli del passato, come ci chiede la UE, escludano il precariato, eterno e non contrattualizzato riducendo la eterogeneità nei rapporti di lavoro ospedaliero;

6. completare la legge sulla responsabilità professionale con il passaggio ad un sistema "no fault" sul modello europeo;

7. assumere il contratto di lavoro come strumento di innovazione del sistema e di governo partecipato.

Una politica senza visione e senza attenzione per i professionisti sanitari, che confidi solo nei bassi salari e negli strumenti della cultura aziendalistica, è destinata ad affossare il (fu) sistema sanitario (nazionale) migliore del mondo.

Servono idee per un radicale cambiamento di paradigma sul ruolo e sullo status dei Medici e dei Dirigenti sanitari, che sono strategici nello sviluppo di un sistema complesso come quello sanitario. Dove il "capitale umano" conta quanto e più di quello economico. Lavorare in ospedale non deve essere una sofferenza perché il disagio crescente dei professionisti, sommandosi alla crisi di fiducia dei Cittadini a fronte della montagna di prestazioni negare e all'emergere dell'epidemia dei malati non-Covid, mina la sostenibilità del sistema sanitario, quali che siano le risorse investite.

Servono nuove risorse a loro dedicate, a partire dalla prossima Legge di Bilancio, ed interventi legislativi che valorizzino il loro ruolo. E serve un CCNL 2019-2021 che non sia ordinaria amministrazione, a partire dalla entità degli investimenti necessari per il lavoro, che della sanità rappresenta il segmento più costoso e complesso, ma anche il più prezioso, se si vuole andare "oltre la pandemia". Un CCNL da aprire al più presto per affrontare la seconda ondata con strumenti e segnali adeguati, da chiudere nel più breve tempo possibile per avviare il "Rinascimento della sanità". Anche così si combatte il virus e si difende la salute pubblica.

È tempo di comprendere che il lavoro dei Medici ospedalieri e dei Dirigenti sanitari reclama, oggi e non domani, un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi, che riportino i Medici e i Dirigenti sanitari e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato. Il futuro della sanità può nascere solo da un impegno collettivo, da un confronto e un dialogo con le istituzioni per condividere un progetto comune.

Noi siamo pronti.

“
È tempo di comprendere che il lavoro dei Medici ospedalieri e dei Dirigenti sanitari reclama un diverso valore, anche salariale, diverse collocazioni giuridiche e diversi modelli organizzativi

DIFFIDA

Anaao diffida le Aziende Nei reparti Covid solo personale con specializzazione idonea

L'Anaao Assomed ha diffidato le Aziende Sanitarie dall'impiegare dirigenti medici e sanitari privi delle necessarie competenze specialistiche presso reparti o servizi disciplinarmente non equipollenti o omogenei rispetto al profilo di appartenenza.

“Ci risulta – commenta il Segretario Nazionale Anaao Assomed, Carlo Palermo - che alcune Direzioni aziendali, per far fronte all'emergenza epidemiologica, abbiano deciso di assegnare ai reparti che ospitano degenti COVID, personale medico inquadrato in discipline non equipollenti od omogenee rispetto alla Medicina interna o a quella di Malattie Infettive o di Malattie dell'apparato respiratorio, come tale privo delle competenze specialistiche necessarie a gestire una patologia così complessa come l'infezione virale da Covid-19”.

“Un simile progetto organizzativo, ove concretamente attuato, oltre a violare la normativa contrattuale, metterebbe in grave pericolo l'incolumità dei pazienti ricoverati, esponendo inoltre i dirigenti coinvolti ad un ingiustificato aggravio del rischio professionale, con ricadute negative sia sul piano della responsabilità medica che delle garanzie assicurative”.

L'Anaao Assomed, se necessario, intraprenderà le opportune iniziative legali a tutela dei diritti dei propri iscritti, compresa la denuncia alle competenti Autorità giudiziarie ai fini dell'accertamento di eventuali responsabilità di natura penale.

LE MOTIVAZIONI DELLA DIFFIDA

Come noto, nell'ambito dei diversi servizi ospedalieri, la continuità assistenziale dei pazienti ricoverati e la gestione delle emergenze/urgenze devono essere garantite attraverso l'impiego di personale medico in possesso di adeguate competenze specialistiche, così come previsto dalla legge e dal contratto, in modo da rispettare il principio di appropriatezza e sicurezza delle cure, nonché di tutelare il diritto alla salute dei cittadini (art. 32, Cost., art. 1, L. n. 24/2017).

In particolare, il criterio dell'area e disciplina di appartenenza del dirigente medico e sanitario, così come definiti con l'accesso concorsuale, unitamente al contenuto dell'incarico dirigenziale, delineano il perimetro delle mansioni esigibili dal personale in relazione agli obiettivi assegnati e ai programmi da realizzare (art. 15, D.lgs. n. 502/1992, DPR n. 483/1997, art. 19, Ccnl 19.12.2019).

Per la dirigenza medica il concetto di equivalenza delle mansioni non può che misurarsi avendo riguardo al criterio di equipollenza delle discipline, come normato dal D.M. 30 gennaio 1998, per cui il medico può essere chiamato ad espletare tutte quelle funzioni sanitarie strettamente connesse o equipollenti alla disciplina specialistica oggetto dell'incarico.

Ciò vale sia per l'attività istituzionale che per altri istituti contrattuali, quali, ad esempio, l'esercizio della libera professione intramuraria, i servizi di guardia o di pronta disponibilità e, soprattutto, per la mobilità interna ordinaria o d'urgenza.

Il predetto principio è stato confermato da diverse pronunce della giurisprudenza di merito (Trib. di Catania, 11 maggio 2016, n. 2016; Trib. di Oristano, 18 ottobre 2019, n. 292), le quali hanno dichiarato illegittimo l'impiego di dirigenti medici in branche specialistiche tra loro non equipollenti.

CONTRASTO ALLA CARENZA DI MEDICI NELL'EMERGENZA COVID

Lodevole

nelle proposte delle Regioni al Governo e Parlamento

Recentemente la Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni ha inviato al Governo e al Parlamento delle proposte legislative per contrastare la grave carenza di personale sanitario durante l'emergenza Covid.

Pur plaudendo a questo ritrovato spirito di collaborazione fra Regioni, Governo e Parlamento, a cui ultimamente si era disabituati, dall'analisi delle proposte avanzate risultano delle lodevoli iniziative condivisibili, anche se a volte incomplete, associate però a proposte discutibili o addirittura errate sul piano tecnico e pericolose per quanto riguarda il bene supremo della "salute".

Di seguito si esaminano quelle più importanti di interesse per la Dirigenza del Ruolo Sanitario.

■ Lodevole la proroga almeno al 30 giugno 2021 delle disposizioni legislative relative al **reclutamento degli specializzandi dell'ultimo e penultimo anno di specializzazione** mediante contratti a tempo determinato, nonché la richiesta del **prolungamento di tali contratti** da 1 anno fino a 3 anni per permettere le attività di recupero delle liste di attesa, molto allungate dal blocco di buona parte delle attività ordinarie durante l'emergenza Covid-19. A tal proposito, sarebbe **opportuno prevedere per Legge un percorso rapido e facilitato per i bandi di selezione e per tali assunzioni.**

■ Suscita invece forte disapprovazione la proposta di reiterazione delle disposizioni legislative relative al **reclutamento di medici appena laureati, specializzandi e specialisti con contratti di collaborazione professionale.** Si ritiene errato, poco etico e scar-

samente utile assumere in ospedale medici e sanitari per coprire le carenze specialistiche e fronteggiare l'emergenza con tale tipologia di contratto che, per sua natura, prevederebbe quasi nessuna tutela per il lavoratore a carico dell'azienda sanitarie, una discontinuità della collaborazione nonché un rapporto di lavoro di tipo libero professionale e pertanto non gerarchizzato, poco adatto ad operare nei reparti ospedalieri con forte gerarchia organizzativa.

■ Si ritiene anche errato e pericoloso assumere con tale tipologia di contratto medici appena laureati, perché alle criticità sopra espresse si aggiungerebbero la mancanza di preparazione specialistica e di esperienza professionale adeguata, assolutamente necessarie per lavorare in ospedale e a maggior ragione in emergenza pandemica quale quella attuale.

La forte carenza di medici specialisti in ospedale, conseguente all'errata programmazione da parte dell'Università e alla colpevole mancata sorveglianza

da parte dei Governi e delle Regioni, malgrado le ripetute denunce su ciò da parte dell'Anaao Assomed negli ultimi 10 anni, può e deve essere risolta con il reclutamento degli specializzandi degli ultimi due anni di corso di specializzazione (una platea di circa 12.000 unità) con contratti a tempo determinato, eventualmente estendibile agli specializzandi del terz'ultimo anno per i corsi di specializzazione in cinque anni (almeno altri 4 - 5 mila unità) e non con una politica "low cost".

Non può essere un valido motivo al non reclutamento degli specializzandi l'opposizione dei Magnifici Rettori che, con motivazioni poco attendibili, la ostacolano, a maggior ragione durante l'emergenza pandemica. I Governatori delle Regioni dovrebbero essere meno timidi nei loro confronti; hanno, se vogliono, gli strumenti legislativi per imporre Loro, in merito, l'obbedienza immediata! L'Università non è al di sopra delle Leggi!

■ Lodevole la proposta di **prevedere per via legislativa una indennità di rischio biologico per la dirigenza sanitaria**, colmando così l'ingiusta e colpevole sperequazione in merito esistente da circa 30 anni fra dirigenti del ruolo sanitario e personale infermieristico, malgrado la prima sia sottoposta almeno agli stessi rischi biologici della seconda.

Si segnala però l'incompletezza di tale proposta. Proporre la **correzione di questo vulnus senza però prevedere contestualmente un adeguato finanziamento aggiuntivo** che ne permetta



GIUSEPPE MONTANTE
Responsabile Nazionale Centro Studi e Formazione Anaao Assomed

ombone

“ Non può essere un valido motivo al non reclutamento degli specializzandi l’opposizione dei Magnifici Rettori che, con motivazioni poco attendibili, la ostacolano, a maggior ragione durante l’emergenza pandemica.

“ I Governatori delle Regioni dovrebbero essere meno timidi nei loro confronti; hanno, se vogliono, gli strumenti legislativi per imporre loro, in merito, l’obbedienza immediata!
L’Università non è al di sopra delle Leggi!

l’operatività la renderebbe inattuabile. Non è assolutamente ipotizzabile poi caricarne il costo sui fondi contrattuali ad invarianza della loro consistenza. Questa ipotesi condurrebbe ad una scelta deprecabile: non retribuire altre attività essenziali per pagare in modo dignitoso (almeno tanto quanto il personale infermieristico) questa indennità ovvero retribuirli in modo indecoroso, meno di quest’ultimo personale, manifestando così la scarsa considerazione delle Istituzioni per il rischio biologico dei dirigenti del ruolo sanitario.

■ Si ritiene altrettanto errato e pericoloso la proposta di “prevedere forme di flessibilità nella possibilità di ricorrere a specializzazioni mediche in deroga a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di equipollenza ed affinità delle discipline del personale dirigenziale del SSN, maggiormente implicato nella gestione dei pazienti affetti da SARS-Covid 2”.

È molto riduttivo e superficiale pensare che i criteri di “equipollenza” e “affinità” per le specialità in medicina siano prevalentemente degli steccati burocratici-normativi che ostacolano l’operatività delle aziende sanitarie nell’emergenza pandemica. L’evoluzione scientifica e tecnologica delle diverse specialità in medicina negli ultimi anni hanno assunto una tale specificità da renderle fortemente diverse fra loro, malgrado la loro appartenenza per motivi burocratici-concorsuali alla stessa Area funzionale. Il trattamento di buona parte delle patologie richiede oggi

il possesso da parte del medico di specifiche competenze ed esperienze professionali, non presenti, non solamente in altre specialità affini, ma spesso fra i medici della stessa specialità (specialità della specialità).

L’attuazione di tale scellerata proposta esporrebbe i medici e i pazienti ad una forte elevazione di errori ed eventi avversi per insufficiente competenza!

Verrebbe da chiedersi se gli ideatori di tale proposta nelle Regioni abbiano profonde competenze sanitarie e conoscano bene l’organizzazione del lavoro negli ospedali!

■ Si ritiene accettabile, anche se con qualche riserva, la proposta avanzata dalle Regioni di **derogare temporaneamente** (fin quando vige la dichiarazione ufficiale da parte del Governo di emergenza pandemica) **ai tetti di lavoro straordinario previsti dalla normativa vigente e dai Contratti collettivi nazionali di lavoro** (attualmente è previsto un massimo di 250 ore anno).

L’esecuzione dell’orario aggiuntivo a quello contrattuale dovrà comunque restare volontario, salvo quelle per immediata urgenza e/o emergenza, e dovranno tutte essere retribuite con l’istituto delle ore straordinarie, dove la normativa vigente e la capienza dell’apposito fondo contrattuale lo permette, ovvero con l’istituto della libera professione in favore delle aziende alle tariffe previste per la pandemia per i rimanenti casi.

“ **Si ritiene invece errato, pericoloso e inaccettabile l’introduzione di deroghe alla normativa legislativa e contrattuale vigente sull’orario di lavoro e in particolare sui riposi**

Circa il **75%** degli eventi avversi causati da errori in sanità sono fortemente favoriti da organizzazioni del lavoro errate

■ Si ritiene invece errato, pericoloso e inaccettabile l’introduzione di **deroghe alla normativa legislativa e contrattuale vigente sull’orario di lavoro e in particolare sui riposi.**

La normativa vigente ha come caposaldo razionale fondante e irrinunciabile la tutela della salute e la salvaguardia delle condizioni psicofisiche del lavoratore.

Tale salvaguardia in sanità non è finalizzata solamente all’interesse soggettivo del singolo lavoratore, ma anche all’interesse oggettivo del paziente.

I recenti studi scientifici al livello mondiale affermano ormai in modo indiscusso che il 75% circa degli eventi avversi causati da errori in sanità sono fortemente favoriti da organizzazioni del lavoro errate, con turni di attività ravvicinati e carichi di lavoro pesanti e perduranti. La stessa letteratura dimostra che l’incidenza e la gravità di tali errori aumenta esponenzialmente in assenza di turni di riposo adeguati.

In conseguenza di ciò, si ritiene pericoloso e inaccettabile esporre cinicamente Dirigenti del ruolo sanitario e pazienti a tale elevato pericolo, in conseguenza della mancanza di specialisti per errata e colpevole programmazione da parte dell’Università e per colpevole non sorveglianza da parte dei Governi e delle Regioni, per salvare da responsabilità politica ed istituzionale i Responsabili delle suddette Istituzioni!

L'aspetto più preoccupante di pandemie come quella attuale è il tasso di crescita. Il tasso di crescita è la accelerazione di questa autovettura. **Noi ci siamo seduti sopra.**

A 150 all'ora contro un muro

Nessuno, a meno che non sia ubriaco o sia un aspirante suicida, si lancerebbe consapevolmente a velocità folle contro un muro di cemento armato. Usare i freni come riflesso condizionato sarebbe naturale. L'istinto di sopravvivenza è innato in ognuno di noi. Ma se la velocità continuasse ad aumentare nulla ci impedirebbe di schiantarci anche premendo il freno a tavoletta all'ultimo momento.



GABRIELE GALLONE
Esecutivo Nazionale Anaa Assomed

Quando la crescita è esponenziale (come in questi casi), il tasso di raddoppio di casi, ricoveri e decessi si riduce progressivamente e l'epidemia diviene incontrollabile. In questo post la descrizione della crescita esponenziale viene descritta in maniera più approfondita.

Una crescita lineare determina un raddoppio di eventi in un tempo fisso, ad esempio ogni 60 giorni. Una crescita esponenziale determina all'inizio un raddoppio di eventi ad es. ogni 60 giorni. Poi, con il passare del tempo, il tempo di raddoppio diminuisce: ogni 45, ogni 30, 20, 10 giorni, ogni 3 giorni. Non c'è limite ad una crescita esponenziale.

La nostra vettura pertanto non progredisce ad una velocità costante ma accelera sempre di più.

Come tutto iniziò

Valutate questa tabella riferita a marzo 2020. I numeri si riferiscono ai morti giornalieri (seconda colonna) e a quelli complessivi cumulati dall'inizio della pandemia (terza colonna).

Come tutti sanno il primo decesso ufficiale per COVID-19 fu quello di Adriano Trevisan, di anni 78, deceduto il 21 febbraio all'Ospedale di Schiavonia e residente a Vò Euganeo. I decessi per COVID da allora sono gradatamente aumentati (in realtà ve ne erano già stati prima ma erano stati attribuiti ad influenza stagionale). Da quel decesso al 4 marzo il numero totale di morti superò i 100 casi, precisamente 107.

Il 5 marzo 41 morti giornalieri si sommarono ai 107 del giorno prima arrivando al numero cumulato di 148 e così via (**Tabella 1**).

Nel periodo che va dal 4 marzo al 14 marzo (giorno del lockdown nazionale) i decessi totali passarono da 107 a 1441.

8 marzo: zone rosse e bar chiusi alle 18

L'8 marzo fu varato il DPCM che dichiarava zona rossa la Lombardia e 14 Province sul territorio nazionale. I bar e ristoranti dovevano chiudere alle 18, i centri commerciali venivano chiusi nei week end, chiuse le piscine, le palestre e tutti i centri ricreativi, i centri termali, gli impianti sciistici etc. Le scuole, chiuse dalla parentesi carnascialesca, non riaprirono più.

Differenze tra il DPCM dell'8 marzo e la

situazione attuale di fine ottobre? Pochissime, a parte l'assenza di zone rosse ed arancioni ed il fatto che le scuole per l'infanzia, elementari e medie sono ancora aperte. Il 4 marzo, giorno in cui si superarono i 100 decessi la situazione era questa (**Vedi tabella 2**).

I decessi giornalieri continuarono però a salire ininterrottamente.

Lockdown totale: 14 marzo

I "pannicelli caldi" di zone rosse ed arancioni, i bar aperti fino alle 18 e tutte le attività economiche (e gli spostamenti connessi) anche se parzialmente ridotte portano a questa situazione: alle 17 di quel sabato 14 marzo, neanche 1 settimana dopo il DPCM precedente si può apprezzare la accelerazione dell'epidemia. I decessi sono 14 volte maggiori (**vedi tabella 3**) rispetto al 4 marzo (da 107 a 1.441) e quadruplicano in soli 6 giorni rispetto all'8 marzo (da 366 a 1.441). Le terapie intensive dal 4 marzo quintuplicarono i ricoveri passando da 295 ad oltre 1.500.

Dopo il lockdown c'è stata un frenata? Ovviamente no

Anche dopo le misure più estreme scordatevi di poter vedere miglioramenti nel breve termine. Decessi e ricoveri giornalieri continueranno ad aumentare per almeno 2 settimane. I decessi giornalieri toccarono infatti il loro picco il 27 marzo (927) ovvero 14 giorni dopo il lockdown totale. Ma è fuorviante (come fanno i giornali ed i media dall'inizio della pandemia) focalizzarsi sempre

Tabella 1

	Data	Decessi giornalieri	Decessi cumulati
	4 marzo	28	107
	5 marzo	41	148
	6 marzo	49	197
	7 marzo	36	233
DPCM	8 marzo	133	366
	9 marzo	97	463
	10 marzo	168	631
	11 marzo	196	827
	12 marzo	189	1.016
	13 marzo	250	1.266
Lockdown	14 marzo	175	1.441

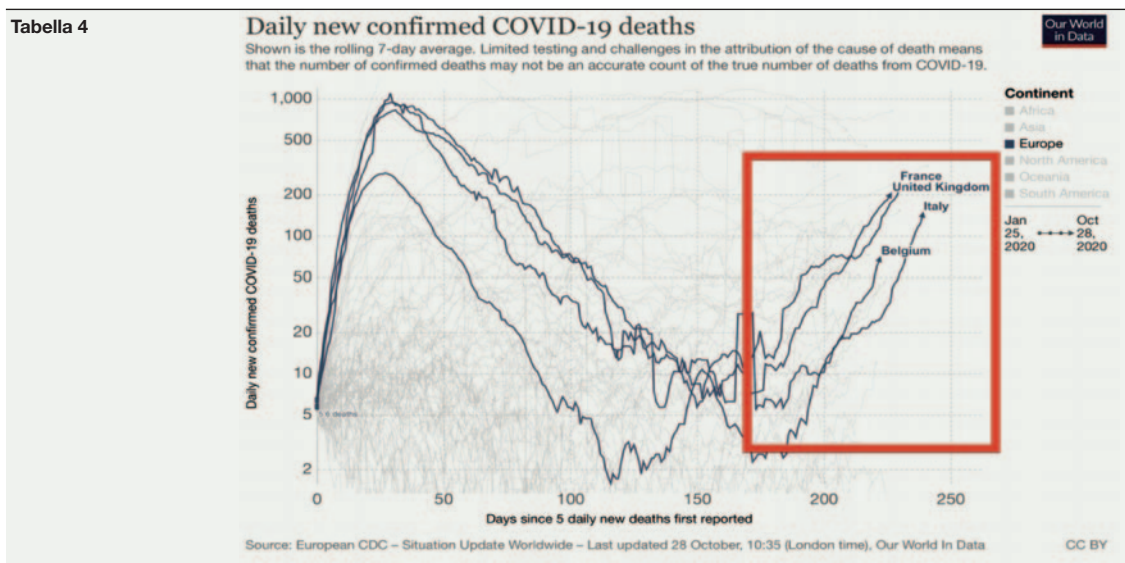
Tabella 2

	AGGIORNAMENTO DEL 04/03/2020 ORE 17.00								
	Regione	POSITIVI AL nCoV				DIMESSI GUARITI	DECEDUTI	CASI TOTALI	TAMPONI
		Ricoverati con sintomi	Terapia intensiva	Isolamento domiciliare	Totale attualmente positivi				
ATTUALMENTE POSITIVI	2706								
TOTALE GUARITI	276								
TOTALE DECEDUTI	107								
CASI TOTALI	3089								
Lombardia	877	209	411	1497	250	73	1820	12138	
Emilia Romagna	256	26	234	516	6	22	544	2500	
Veneto	76	23	246	345	9	6	360	10515	
Piemonte	26	13	43	82			82	543	
Marche	34	15	31	80		4	84	288	
Campania	11		20	31			31	429	
Liguria	10	3	8	21	4	1	26	133	
Toscana	15	2	20	37	1		38	776	
Lazio	15	3	9	27	3		30	995	
Friuli V.G.	3		15	18			18	376	
Sicilia	5		11	16	2		18	367	
Puglia	4		3	7	1	1	9	322	
Abruzzo	7			7			7	85	
Trento	1		4	5			5	122	
Molise	3			3			3	19	
Umbria	1	1	7	9			9	58	
Bolzano	1			1			1	20	
Calabria			1	1			1	46	
Sardegna	1		1	2			2	42	
Basilicata			1	1			1	48	
Valle d'Aosta				0			0	15	
TOTALE	1346	295	1065	2706	276	107	3089	29837	

Tabella 3

	AGGIORNAMENTO 14/03/2020 ORE 17.00								
	Regione	POSITIVI AL nCoV				DIMESSI GUARITI	DECEDUTI	CASI TOTALI	TAMPONI
		Ricoverati con sintomi	Terapia intensiva	Isolamento domiciliare	Totale attualmente positivi				
ATTUALMENTE POSITIVI	17750								
TOTALE GUARITI	1966								
TOTALE DECEDUTI	1441								
CASI TOTALI	21157								
Lombardia	4898	732	3429	9059	1660	966	11685	37138	
Emilia Romagna	1076	152	1121	2349	54	241	2644	10043	
Veneto	366	119	1290	1775	107	55	1937	26980	
Marche	449	93	321	863		36	899	2561	
Piemonte	538	150	126	814		59	873	3680	
Toscana	160	87	367	614	10	6	630	4595	
Liguria	213	62	109	384	52	27	463	1750	
Lazio	181	25	114	320	24	13	357	7335	
Campania	72	17	154	243	23	6	272	1936	
Friuli V.G.	67	11	193	271	17	13	301	3376	
Trento	68	12	119	199	5	2	206	1006	
Bolzano	26	7	137	170		3	173	1135	
Puglia	91	6	59	156	2	8	166	1681	
Sicilia	42	11	97	150	4	2	156	2100	
Umbria	21	11	71	103	3	1	107	748	
Abruzzo	51	14	41	106	4	2	112	1232	
Calabria	22	4	33	59	1		60	711	
Sardegna	14		33	47			47	530	
Valle d'Aosta	12		29	41		1	42	231	
Molise	5	3	9	17			17	247	
Basilicata		2	8	10			10	155	
TOTALE	8372	1518	7860	17750	1966	1441	21157	109170	

Tabella 4



e solo sui decessi giornalieri. Il bollettino giornaliero è, epidemiologicamente parlando, una vera e propria stupidagine. Il numero cumulativo di decessi ed il numero totale di letti occupati vi danno l'idea della crescita senza freni. Il numero cumulativo dal primo morto COVID accertato (21 febbraio) al 28 marzo fu pari a 10.000 decessi.

Due mesi=10.000 decessi per COVID-19

E continuarono a salire. Travolti dai dati giornalieri ci dimentichiamo che i decessi continuano ad accumularsi. Essi arrivarono, a fine lockdown, ad oltre 32.000. Quindi i decessi **triplicarono durante il lockdown.**

Quattro mesi=30.000 decessi per COVID-19

Già questo dovrebbe darvi una idea che la crescita (anche in pieno lockdown) non è stata lineare. Se due mesi stanno a 10.000 decessi, altri due mesi non significano 20.000.

Il motivo di questo andamento è ovvio: i decessi che continuano ad accumularsi anche con le chiusure totali sono la conseguenza della enorme quantità di persone contagiate e ricoverate prima della chiusura totale e che continuano ad essere ricoverate per almeno due settimane dopo il lockdown (l'incubazione massima del COVID-19 è di 14 giorni).

L'aumento progressivo dei decessi giornalieri risente anche del tempo medio che intercorre tra il contagio e la morte per i pazienti che non riescono a superare la malattia cioè circa 10 giorni. Siamo nella stessa situazione pre-lockdown di marzo? No, l'autovettura è già oltre quel limite.

Questa elaborazione (vedi tabella 4) in scala logaritmica dell'Università di Oxford evidenzia per ogni punto del grafico la media del numero di decessi giornalieri dei 7 giorni precedenti. Le curve sono riferite a 4 Paesi europei in grossa difficoltà: Francia, Regno Unito, Belgio e Italia (tra parentesi: tutti in lockdown totale eccetto l'Italia). La prima ripida salita è quella dell'ondata di marzo a cui segue la flessione della curva verso il basso che arriva ad un punto di minimo 4-5 mesi dopo l'inizio della epidemia. Poi le curve riprendono a salire. L'aspetto più evidente di una crescita esponenziale è dato dal fatto che la salita è praticamente rettilinea. Quindi i tempi di raddoppio di ricoveri e decessi si riducono sempre più velocemente. I ricoveri ospedalieri e le terapie intensive stanno seguendo lo stesso andamento. Con l'aggravante che stiamo aspettando troppo a chiudere tutto. La curva non fletterà. Non può farlo: l'unico modo per costringerla a deviare dal suo andamento a razzo è sempre lo stesso. Impedire che le persone vengano a contatto. Tutti gli indicatori, in tutti i Paesi Europei, depongono per una salita incontrollata di contagi, ricoveri e decessi.

Oltre alla Francia chiudono UK, Belgio, Olanda e Svizzera. L'Italia no. Vuole battere il record della stupidità e dei decessi.

Facciamo un confronto facile facile

Dal 3 settembre i decessi hanno superato stabilmente i 10 casi giornalieri e sono rimasti sopra questa cifra aumentando prima lentamente e poi sempre più velocemente.

Emergenza Covid-19, la seconda ondata

Tabella 5

Data	Decessi giornalieri	Decessi cumulati
23-ott	91	91
24-ott	151	242
25-ott	128	370
26-ott	141	511
27-ott	221	732
28-ott	205	937
29-ott	217	1.154
30-ott	199	1.353
31-ott	297	1.650

Tabella 6

Coronavirus deaths in Italy, Spain, the UK and US are increasing more rapidly than they did in China

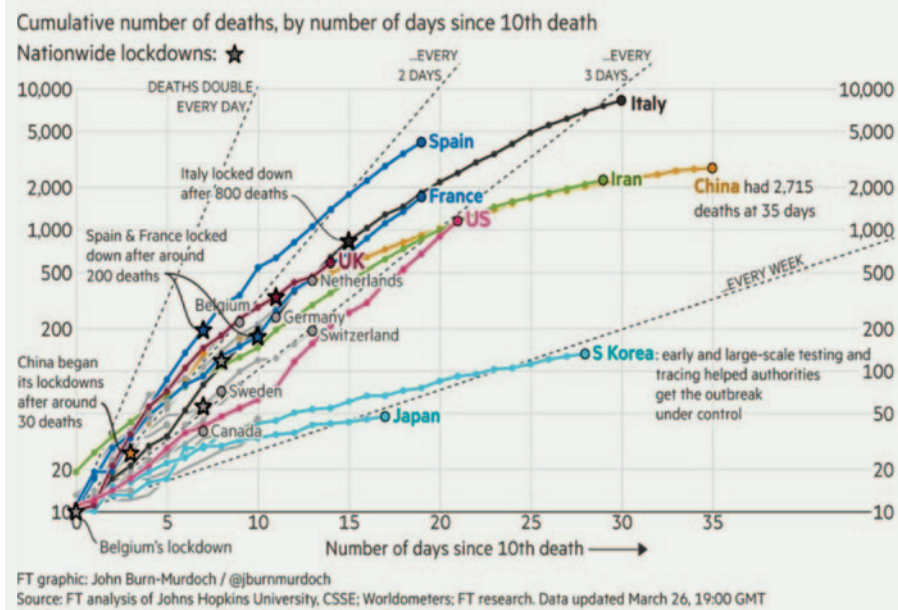
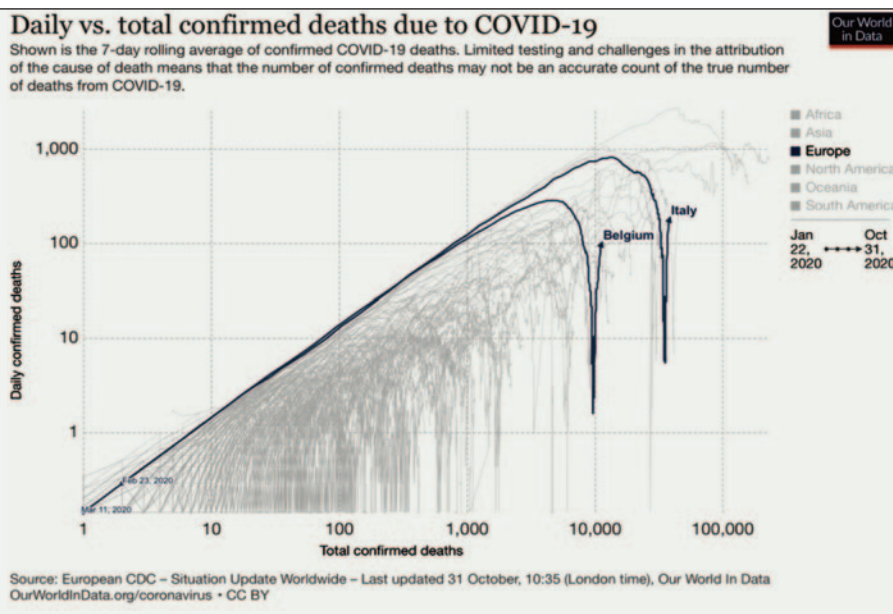


Tabella 7



Facciamo finta che l'epidemia sia re-iniziata in quella data. Quanti decessi abbiamo accumulato dal 3 settembre? 3.111 decessi. Erano 35.507 il 3 settembre. Al 31 ottobre sono 38.618. Sono passati due mesi.

Per darvi un'idea di cosa è accaduto negli ultimi 8 giorni partiamo dal dato di 91 decessi il 23 ottobre e consideriamolo come punto di partenza. Ecco cosa è avvenuto dal 23 ottobre al 31 ottobre (**vedi tabella 5**).

Insomma, la storia si ripete: la progressione è sempre quella. Abbiamo accumulato 1.650 decessi al 31 ottobre. In soli 9 giorni. **Oltre la metà dei decessi accumulati dal 3 settembre ad oggi sono avvenuti nell'ultima settimana.**

In un post del 4 aprile (**vedi tabella 6**) pubblicai questo bel grafico tratto dal *Financial Times*. La particolarità di questa rappresentazione è che essa ag-

giunge delle linee tratteggiate che indicano i tempi di raddoppio dei decessi. Prima del lockdown l'Italia si collocava in una traiettoria che indicava un tempo di raddoppio dei decessi (cumulati) tra 2 e 3 giorni.

Quindi dove siamo ora?

In questa tabella paragoniamoci con il Belgio (altri Paesi seguono una traiettoria simile ma sovrapponendosi li ho esclusi per rendere chiaro il grafico).

In ascissa il **numero totale** di decessi, in ordinata il **numero giornaliero** di decessi. Praticamente in ordinata abbiamo il dato che conta nel valutare la progressione dell'epidemia ed in ordinata quello che campeggia su tutti i media con i bollettini giornalieri. Il numero di decessi totale aumenterà sempre (ovvero la linea si sposterà sempre verso destra). Se il numero di decessi gior-

nali continui ad essere sostenuto la linea (in scala logaritmica) avrà l'aspetto di una retta.

Solo quando i decessi giornalieri scendono, la retta si "affloschia"; i morti totali aumentano sempre ma vi è una detta decelerazione. La macchina del coronavirus perde potenza, rallenta, si imballa, quasi si ferma.

Vedete come le linee ripartono violentemente da metà settembre? La macchina ha ripreso ad accelerare.

Volete sapere dove siamo ora rispetto alla prima ondata? Ecco qui:

In ascissa ora avete il numero di giorni che trascorrono. Se riusciamo a flettere la curva la crescita non ha più l'aspetto di una retta ma piega verso il basso. La "flessione" della curva dei decessi si ebbe quando raggiungemmo i 14.000 decessi.

Sono indicati con le frecce rosse i momenti di inizio e fine lockdown. La freccia nera indica dove dovremmo essere ora se ipotizzassimo l'inizio della seconda ondata a partire dal 3 settembre. Ma c'è una grande differenza: il lockdown non è ancora stato attuato. La macchina continua ad accelerare. E finirà molto peggio di questa primavera se aspettiamo ancora troppo.

Terapie intensive

Poche chiacchiere. I dati parlano da soli (elaborazione Il Sole 24 ore).

Ricoveri ospedalieri: vedi tabella 9

Terapie intensive: vedi tabella 10.

È evidente che siamo ben oltre la situazione del 14 marzo. Pertanto la seconda ondata sarà peggiore grazie ai nostri politici (regionali ed al Governo) che giocano a rimpiattino per vedere chi prenderà l'iniziativa per primo.

segue a pag 14

Carenza specialisti e posti letto

La carenza di medici specialisti sconta un decennio di programmazione dei fabbisogni totalmente fallimentare.

Bisogna considerare tre fattori che incidono profondamente sull'andamento dell'occupazione nella sanità pubblica nell'attuale fase epidemiologica

In definitiva, dopo aver colmato la carenza storica di circa 6 mila medici specialisti e 2 mila tra biologi, farmacisti e chimici, per l'incremento dei posti letto in area critica si dovrebbero ulteriormente assumere almeno 2000/2500 anestesisti rianimatori e altrettanti tra medici di emergenza-urgenza, internisti, infettivologi, pneumologi.

Una carenza imponente che si sviluppa in un contesto di programmazione fallimentare del fabbisogno di specialisti che sta alla base della carenza attuale. In sanità la carenza del personale si riflette inevitabilmente in un peggioramento delle condizioni di lavoro mettendo a rischio la qualità e la sicurezza delle cure erogate.


Assunti a termine, i 7.650 medici entrati già a primavera non hanno granché aiutato il sistema sanitario. Intanto bisogna considerare che 6 mila di quei colleghi hanno avuto contratti libero professionali «usa e getta». Del tipo: ti sfrutto durante l'emergenza e poi arvederci e grazie. Non hanno previdenza, assicurazione, devono pagarsi la tutela legale.

Non sappiamo con precisione quanti di questi 7.600 medici siano ancora in servizio. Qualcuno sicuramente ha smesso, magari si è trovato un posto migliore, cioè a tempo indeterminato, in una clinica. Comunque sia, anche se fossero tutti rimasti nel pubblico non basterebbero. Nel servizio sanitario italiano lavorano 115 mila camici bianchi (106 mila a tempo indeterminato e gli altri a tempo determinato). Già così i nuovi assunti rappresenterebbero una quota non

“
Nel 2009, in prossimità della grande crisi del debito sovrano i medici degli ospedali pubblici erano 6 mila di più. Non si può davvero dire che adesso abbiamo un sistema più forte per affrontare il Covid.”



1 Se confrontiamo i dati del Conto annuale dello Stato del 2009, punto più alto delle dotazioni organiche nel SSN, a ridosso della crisi dei debiti sovrani, con quelli del 2018, ultimo dato disponibile, all'appello mancano 6 mila medici e 2 mila dirigenti sanitari (biologi, farmacisti, chimici etc).



2 La crisi epidemica concomita con il punto più alto della curva pensionistica dei medici dipendenti del SSN, oramai arrivato a circa 6 mila quiescenze ogni anno.



3 La riorganizzazione dei servizi in area critica, in applicazione del DL “Rilancio”, avviene a risorse di personale pressoché invariate rispetto all'era pre-Covid, visto che le assunzioni effettuate dalla primavera, circa 7 mila medici, sono sostanzialmente da considerare sostitutive dei pensionamenti dell'ultimo anno, per giunta con tipologie di rapporto di lavoro prevalentemente precario.

altissima, il 6,6% del totale. Ma non si può parlare realmente di un rinforzo. Il punto è che siamo in un periodo di curva pensionistica molto alta e per l'appunto ogni anno escono 6-7 mila colleghi. Lo sforzo per le assunzioni, quindi, è servito giusto ad assicurare il turnover, per di più tirando dentro dei precari.

La capacità di assistenza ospedaliera è quindi rimasta sostanzialmente la stessa rispetto al periodo precedente all'emergenza. Ma fare riferimento agli anni prima di questo sciagurato 2020 non è una buona idea.

Nel 2009, in prossimità della grande crisi del debito sovrano i medici degli ospedali pubblici erano 6 mila di più, quindi non si può davvero dire che adesso abbiamo un sistema più forte per affrontare il Covid.

Nel Decreto Rilancio si chiede di mettere 3.500 posti di terapia intensiva in più, rispetto ai 5.200 di partenza, e 4.225 di sub intensiva, che già esistono, ma devono essere arricchiti tecnologicamente con monitor e altri apparecchi. Nel testo non sono stati previsti i medici necessari. Ci vogliono tra i 2.000 e i 2.500 anestesisti in più e altrettanti internisti, infettivologi, pneumologi per attivare quei posti. Con le disponibilità di personale attuali, anche a spremere al massimo il sistema, non si possono attivare più di 7.000 posti intensivi. Il problema non sono dunque i ventilatori che il commissario Arcuri ha messo a disposizione. Ma la mancanza di spazi e di personale per farli funzionare. Ma in generale quello dei letti è

un altro problema italiano che ovviamente rende più difficile affrontare questa nuova ondata di epidemia. Di quelli definiti «per acuti» (escluse cioè le riabilitazioni e le lungodegenze) ce ne sono 3,2 per mille abitanti, cioè circa 192 mila. Sono 90 mila in meno rispetto al 2000 e 45 mila in meno rispetto al 2010. Se si guarda ad alcuni Paesi confinanti, per non andare troppo lontano, tutti hanno una dotazione più importante. In Germania sono 8 per mille abitanti, in Austria 7 per mille, in Francia 6 per mille.



CARLO PALERMO
Segretario
Nazionale Anaa
Assomed

SANDRA MORANO
Coordinatrice
Area Formazione
Femminile Anaa
Assomed

CHIARA RIVETTI
Segretaria Anaa
Assomed Regione
Piemonte

LAVORO AGILE E CONGEDO STRAORDINARIO PER I GENITORI DURANTE IL PERIODO DI QUARANTENA OBBLIGATORIA DEL FIGLIO CONVIVENTE PER CONTATTI SCOLASTICI

Le novità del decreto Agosto, del decreto Ristori e del decreto Ristori-bis

L'articolo 21-bis del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 (cd. *Decreto Agosto*), convertito in legge dall'Aula della Camera il 12 ottobre scorso (legge n. 126), contiene norme sulla disciplina del lavoro agile e congedo straordinario per i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente per contatti scolastici, già disciplinato nel decreto scuola, poi confluito nel decreto agosto.

Tale disposizione è stata ulteriormente modificata dall'articolo 22 del decreto legge 28 ottobre 2020, n. 137 (cd. *Decreto Ristoro*, in fase di conversione in Senato – Commissioni Bilancio e Finanze – al momento in cui si scrive).

Il *Decreto Ristoro bis* è intervenuto nuovamente sulla materia in particolare disciplinando la fattispecie limitatamente alle aree del territorio nazionale caratterizzate da uno scenario di massi-

ma gravità e da un livello di rischio alto (zone rosse).

La disposizione contenuta nell'articolo 21-bis del Decreto Agosto, consente al genitore lavoratore dipendente (escludendo i lavoratori autonomi) di svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile per tutto o parte del periodo corrispondente alla durata della quarantena del figlio convivente (anche affidatario), minore di anni sedici (*novità del decreto Ristoro*), disposta dal Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competente a seguito di contatto verificatosi all'interno del plesso scolastico, nonché nell'ambito dello svolgimento di attività sportive di base, attività motoria in strutture quali palestre, piscine, centri e circoli sportivi sia pubblici che privati. La stessa possibilità di svolgere prestazioni di lavoro agile è consentita se il contatto si

è verificato all'interno di strutture regolarmente frequentate per seguire lezioni musicali e linguistiche. Il decreto Ristoro ha esteso tale possibilità al caso in cui sia stata disposta la sospensione dell'attività didattica in presenza del figlio convivente minore di anni sedici.

Nelle sole ipotesi in cui la prestazione lavorativa non possa essere svolta in modalità agile e comunque in alternativa alla misura del lavoro agile disciplinata, uno dei genitori, alternativamente all'altro, può astenersi dal lavoro per tutto o parte del periodo corrispondente alla durata della quarantena del figlio minore di anni quattordici, a seguito di contatto verificatosi all'interno del plesso scolastico, nonché nel caso in cui sia stata disposta la sospensione dell'attività didattica in presenza del figlio convivente minore di anni quattordici. Quest'ultima fattispecie è stata introdotta dal decreto Ristoro.

Fermo restando il criterio dell'alternatività, in caso di genitori separati, la fruizione dei benefici sopra descritti può essere riconosciuta esclusivamente in favore del genitore convivente con il figlio. Lo stato di convivenza è comprovato dalla residenza anagrafica nella medesima abitazione oppure è presunto sulla del provvedimento giudiziale di affido (cfr. Circolare INPS 2 ottobre 2020, n. 106; Messaggio INPS 15 aprile 2020, n. 1621).

Per i periodi di congedo fruiti, viene riconosciuta, in luogo della retribuzione, un'indennità pari al 50% della retribuzione stessa, calcolata secondo quanto

CONGEDI

previsto dalle disposizioni di legge in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità. I suddetti periodi sono coperti da contribuzione figurativa.

In caso di figli di età compresa fra 14 e 16 anni, i genitori hanno diritto di astenersi dal lavoro senza corresponsione di retribuzione o indennità né riconoscimento di contribuzione figurativa, con divieto di licenziamento e diritto alla conservazione del posto di lavoro (novità introdotta dal decreto Ristoro)

Non è possibile richiedere il beneficio del lavoro agile o del congedo indennizzato, se l'altro genitore fruisce negli stessi giorni di una delle suddette misure, ovvero svolge anche ad altro titolo l'attività di lavoro in modalità agile, oppure non svolge alcuna attività lavorativa.

Il congedo indennizzato può essere fruito fino al 31 dicembre 2020, sebbene sussista un limite di spesa innalzato dal decreto Ristoro a 93 milioni di euro per l'anno 2020. L'INPS provvederà al monitoraggio del limite di spesa. Qualora dal predetto monitoraggio emerga che è stato raggiunto anche in via prospettica il limite di spesa, l'INPS non prende in considerazione ulteriori domande.

Le Pubbliche Amministrazioni provvedono alle suddette attività con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Come chiarito dall'INPS con circolare n. 116 del 2.10.2020, le modalità di fruizione del congedo COVID-19 per quarantena scolastica dei figli per i lavoratori del settore pubblico, nonché le relative indennità, sono a cura dell'Amministrazione pubblica con la quale intercorre il rapporto di lavoro.

Di conseguenza, tale categoria di lavoratori non deve presentare la domanda di congedo COVID-19 per quarantena scolastica dei figli all'Inps, ma direttamente alla propria Amministrazione pubblica datrice di lavoro, secondo le indicazioni dalla stessa fornite.

Il "Decreto Ristoro bis" rispettivamente agli articoli 13 e 14 ha introdotto delle novità limitatamente alle aree del territorio nazionale, caratterizzate da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto individuate con ordinanza del Ministro della Salute (zone rosse).

In tali zone, nelle quali sia stata disposta la chiusura delle scuole secon-

darie di primo grado, e nelle sole ipotesi in cui la prestazione lavorativa non possa essere svolta in modalità agile, è riconosciuta alternativamente ad entrambi i genitori, lavoratori dipendenti, la facoltà di astenersi dal lavoro per l'intera durata della sospensione dell'attività didattica in presenza. Per i periodi di congedo è erogata in luogo della retribuzione un'indennità pari al 50 per cento della retribuzione stessa, calcolata secondo quanto previsto dalle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità. Tale beneficio è riconosciuto anche ai genitori di figli con disabilità in situazione di gravità accertata ai sensi della legge 104, iscritti a scuole di ogni ordine e grado o ospitati in centri diurni a carattere assistenziale, per i quali sia stata disposta la chiusura

I suddetti benefici sono riconosciuti nel limite di spesa complessivo di 52,1 milioni di euro per l'anno 2020, superato il quale l'Inps può procedere al rigetto delle domande presentate.

Sempre in queste zone a seguito della chiusura delle scuole secondarie di primo grado, i genitori lavoratori iscritti alla Gestione separata o alle gestioni speciali dell'Ago, e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie, (liberi professionisti) hanno diritto a fruire di uno o più bonus per l'acquisto di servizi di baby-sitting nel limite massimo complessivo di 1000 euro, da utilizzare per prestazioni effettuate nel periodo di sospensione dell'attività didattica in presenza. La fruizione del bonus è riconosciuta alternativamente ad entrambi i genitori, nelle sole ipotesi in cui la prestazione lavorativa non possa essere svolta in modalità agile, ed è subordinata alla condizione che nel nucleo familiare non vi sia altro genitore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa o altro genitore disoccupato o non lavoratore. Tale beneficio si applica anche ai figli con disabilità in situazione di gravità accertata dalla legge 104, e nel caso di genitori affidatari.

Il bonus non è riconosciuto per le prestazioni rese dai familiari e viene erogato mediante il libretto famiglia. Le modalità operative per accedere al bonus sono stabilite dall'INPS.

Il beneficio è riconosciuto nel limite complessivo di spesa di 7,5 milioni di euro per l'anno 2020, superato il quale l'Inps può procedere al rigetto delle domande presentate.

RIEPILOGO

TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE

Lavoratori dipendenti

Svolgimento prestazione lavorativa in modalità agile:

- per tutto o parte del periodo corrispondente alla QUARANTENA del figlio convivente anche affidatario a seguito di contagio avvenuto durante svolgimento di attività scolastiche;
- per tutto o parte del periodo corrispondente alla SOSPENSIONE dell'attività didattica in presenza del figlio convivente anche affidatario minore di anni sedici

Astensione dal lavoro con indennità pari al 50% della retribuzione in caso di impossibilità di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile o in alternativa ad essa

- per tutto o parte del periodo corrispondente alla QUARANTENA del figlio convivente anche affidatario a seguito di contagio avvenuto durante svolgimento di attività scolastiche;
- per tutto o parte del periodo corrispondente alla SOSPENSIONE dell'attività didattica in presenza del figlio convivente anche affidatario minore di anni quattordici

Astensione dal lavoro senza corresponsione di retribuzione o indennità con divieto di licenziamento e diritto alla conservazione del posto di lavoro

- In caso di figli di età compresa tra 14 e 16 anni

ZONE ROSSE: CHIUSURA SCUOLE SECONDARIE E DI PRIMO GRADO

Lavoratori dipendenti

Astensione dal lavoro con indennità pari al 50% della retribuzione in caso di impossibilità di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile o in alternativa ad essa

- per l'intera durata della sospensione dell'attività didattica in presenza

Lavoratori autonomi

diritto a fruire di uno o più bonus per l'acquisto dei servizi di baby-sitting nel limite massimo di 1.000 euro

CONGEDI

Non è un paese per giovani

Torno a scrivere e a meditare dopo aver letto con ammirazione la lettera che, con tanta forza e sentimento, è stata scritta da una giovane collega appena ventiquattrenne. Una lettera che ci parla degli atavici mali che infettano il nostro paese, in una locuzione riassuntiva come «non è un paese per giovani»; le difficoltà denunciate dalla nostra collega sono il frutto del pressapochismo e della superficialità che in maniera trasversale riguardano tutti gli schieramenti e tutte le apicalità del sistema paese.

Un paese il nostro, ove un giovane laureato non solo non ha speranza di un impiego soddisfacente nel proprio set-

tore, ma nella maggior parte dei casi neppure di un impiego, e allora cosa ci resta di queste pergamene, di questi anni passati sui libri, delle montagne di tasse universitarie finite nel nulla, vista la condizione delle aule, rimane solo la soluzione di emigrare. Emigrare in paesi più virtuosi come la Francia ove gli stipendi sono più alti e la tassazione ha numeri meno folli dei nostri.

In questi giorni doveva uscire la graduatoria dell'agognato concorso di specializzazione, esame che cambia spesso la vita a migliaia di medici, che si trovano al bivio fra una specialità amata e un'altra meno, spesso molto lontani da casa e che devono capire cosa fare e co-



FEDERICO MASSERANO ZOLI
Coordinatore
Macro-Regione
Nord - Settore
Anaaio Giovani

me in poco tempo. Questa graduatoria sembra per ora svanita a data da destinarsi, ennesimo schiaffo ai giovani medici dopo i tanti ricevuti dopo essere stati usati nelle varie regioni come tap-pabuchi a tempo pieno e manovalanza economica in tempi di covid e, ovviamente, rimasti esclusi da qualsiasi retribuzione aggiuntiva come nel caso macroscopico della Lombardia.

Un vizio atavico quella della nostra classe dirigente di non riuscire a far crescere nulla, tenersi le poltrone sino ad esalare l'ultimo respiro e sacrificando il futuro per l'opportunità di crederci immortali. Una tentazione comune per tantissimi che si scontrerà ineluttabilmente con il finis vitae e con la mancanza di giovani medici in grado di accompagnarli. Un ennesimo futuro mancato.

segue da pag10 **Emergenza Covid-19, la seconda ondata**

Le previsioni sui decessi sono di per sé deprimenti. Purtroppo però altri 40.000-50.000 decessi da settembre a dicembre incluso, fermando tutto ora, sono realistici. Morti per COVID-19. Perché ce ne saranno altri che l'ISTAT potrà contare solo dopo.

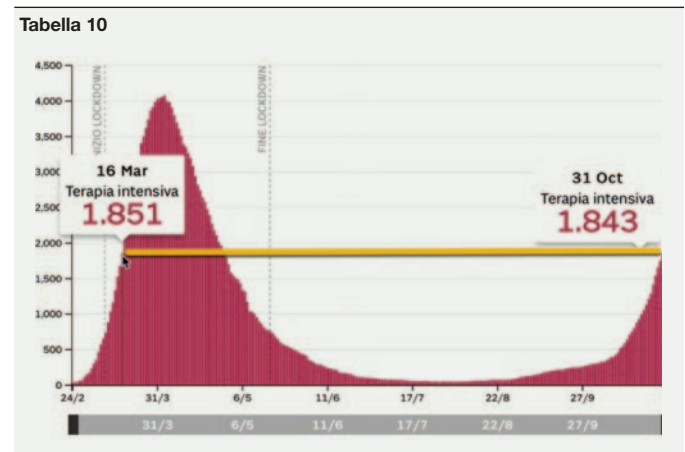
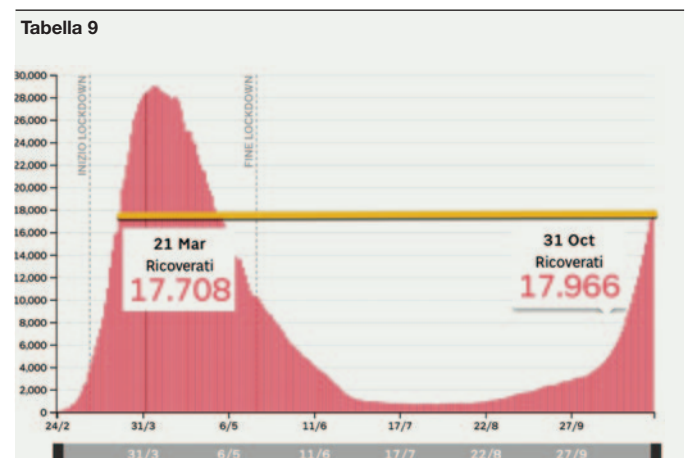
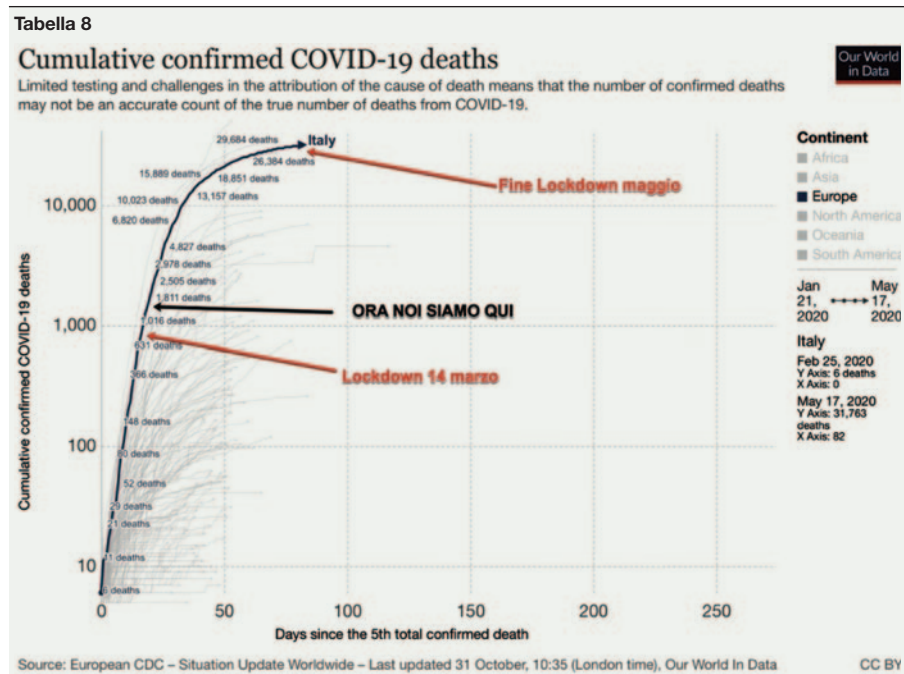
La parola assassini sarebbe forse troppo forte? Responsabili di epidemia colposa, per restare nell'alveo della giurisprudenza penale, a me appare senz'altro adeguato. Rivedere i verbali del Cts di quest'autunno sarebbe molto interessante. A meno che non facciano la fine dei tracciati radar del volo Itavia di Ustica. Aggiungerei anche il reato ru-

bricato dal codice penale come "disastro colposo". Il SSN collasserà con conseguenze enormi per le centinaia di migliaia di pazienti No-Covid, per migliaia di medici ed infermieri che lasceranno il posto di lavoro e per gli altissimi costi sociali. Aspettando ancora non si potrà che assistere ad un disastro ancora peggiore rispetto ai mesi passati. Il Prof. Ricciardi lo sapeva perfettamente quando consigliò questa via al Ministro Speranza prima dell'ultimo DPCM. Ma la politica regionale ed il Consiglio dei Ministri hanno preferito traccheggiare. I DEA in queste ore sono luoghi indescrivibili. Gli operatori sono allo stremo.

Moltissimi pazienti no-COVID resteranno privi della necessaria assistenza sanitaria e moriranno anche essi a migliaia.

Cinture di sicurezza ed airbag non serviranno.

Il muro, si avvicina.



Strategia di contrasto
alla pandemia

Test antigenici e loro applicazioni nelle strategie di controllo dell'infezione da SARS-COV-2

I test antigenici sono saggi immunologici che rilevano la presenza di uno specifico antigene virale, quindi evidenziano uno stato di infezione attiva. La formulazione più utilizzata dei test antigenici è quella in versione "test rapido" (point of care test, POCT).

Vi è unanime consenso sul fatto che la sensibilità dei test antigenici è inferiore rispetto al gold standard per la diagnosi, che è basato su test molecolare. Tuttavia la sensibilità inferiore è a carico, in maniera pressoché esclusiva, dei soggetti con carica virale bassa, mentre resta molto elevata per i soggetti con carica virale alta, cioè nelle fasi iniziali dell'infezione, quando vi è la massima capacità di diffusione.

Rispetto ai test molecolari, i test antigenici rapidi presentano numerosi vantaggi: rapidità di risposta, costo più contenuto, semplicità di esecuzione, non richiedono attrezzature sofisticate, né personale di laboratorio esperto, e quindi possono essere eseguiti direttamente al punto di prelievo, con consegna della risposta dopo 15-30 minuti.

Se quindi le azioni di screening sono mirate a identificare e isolare rapidamente i casi che contribuiscono nella misura maggiore alla diffusione del virus, la rapidità di risposta e la concreta possibilità di applicazione su grandi numeri sono i fattori determinanti per una azione tempestiva ed efficace su larga scala. Al contrario, la rilevazione molecolare delle basse cariche nei soggetti asintomatici può essere fuorviante in questi contesti, in quanto è dimostrato che nella maggior parte di questi casi la diffusione dell'infezione è del tutto trascurabile.

I test antigenici rapidi POCT sono quindi una opzione di scelta per le situazioni che presentano le esigenze sopra rappresentate. Infatti, in una condizione di bassa prevalenza quale è quella in cui si riscontra la necessità di effettuare screening rapidi e su larga scala l'accuratezza dei test antigenici attualmente disponibili è considerata adeguata, con un ottimo potere predittivo negativo. Ad esempio, un test con sensibilità di poco inferiore al 50% e specificità su-



periore all'98% in una situazione di prevalenza dell'1% ha una accuratezza superiore al 97% ed un potere predittivo negativo (vale a dire la probabilità che un negativo sia un vero negativo) è superiore al 99%. Nella stessa situazione di bassa prevalenza il potere predittivo positivo (vale a dire a probabilità che un positivo sia un vero positivo) è basso (meno del 25%), il che rende necessario un algoritmo di conferma dei risultati positivi ottenuti con il test molecolare classico. Per l'applicazione ai soggetti sintomatici, ovvero a scopo **diagnostico**, i test rapidi possono rappresentare una opzione idonea quando la rapidità di risposta sia un parametro predominante rispetto all'accuratezza, considerando che nei soggetti sintomatici o, in genere, in tutti i casi in cui la probabilità a priori di infezione sia elevata, il test antigenico positivo non fa altro che confermare un sospetto elevato; riguardo alla sensibilità inferiore rispetto al test molecolare, tutte le linee guida a livello internazionale affermano che la negatività ad un test (anche molecolare) non deve mai essere considerata come prova definitiva di assenza di infezione, e che la valutazione finale spetta al professionista che ha il compito di inquadrare il quesito diagnostico all'interno del contesto, in particolare in base ai dati clinici ed epi-

miologici. Vale la pena di sottolineare che nessun test è perfetto, e quindi il corretto utilizzo deve tener conto sia dei parametri di performance, ma anche del contesto in cui avviene l'applicazione, degli scopi, dei limiti e dei vantaggi.

In conclusione, per i test antigenici la riduzione di sensibilità, peraltro a carico delle cariche virali basse, è ampiamente bilanciata da rapidità di risultato, semplicità di esecuzione e compatibilità con screening di grandi dimensioni. È questa la base che ha portato alla scelta di adottare i test antigenici rapidi come sistema di screening rapido nella regione Lazio ed in altre regioni Italiane, scelte largamente in linea con le valutazioni di organismi internazionali di salute pubblica.

In conclusione, considerando che non esiste il test ideale per ogni occasione, le caratteristiche di sensibilità e specificità analitiche non sono l'unico parametro che si deve prendere in considerazione quando si sceglie la strategia dei test da adottare. Garantire lo svolgimento di grandi campagne di screening e sorveglianza, evitando nello stesso tempo di sovraccaricare ulteriormente i laboratori delle reti diagnostiche già impegnati nelle attività di diagnosi e conferma è una soluzione che coniuga buonsenso, efficienza ed efficacia.



**MARIA ROSARIA
CAPOBIANCHI**
Direttore UOC
Virologia INMI
Roma

MES SUBITO!

Non possiamo perdere altro tempo per mettere in sicurezza la sanità e ridurre i danni dell'epidemia

segue da pagina 1

ma dell'inizio dell'epidemia, e, quando saranno disponibili, i vaccini e gli anticorpi monoclonali per trattare i pazienti rappresenta una spesa diretta, così come la remunerazione dei ricoveri passati e futuri per Covid-19. Ugualmente rinforzare la trincea ospedaliera attraverso assunzione di personale a tempo determinato (l'assunzione a tempo indeterminato rappresenta un incremento della spesa corrente che richiede un incremento del FSN) e l'acquisto di tecnologia (dai ventilatori ai monitor e ai letti per le Terapie intensive e sub-intensive, dalle TAC alle Risonanze magnetiche per la diagnostica radiologica) possono rientrare tra la spese dirette. Le indicazioni per le spese indirette nel modulo di rendicontazione sono piuttosto generiche e questo potrebbe far comprendere nel finanziamento, comunque dopo adeguata verifica tecnica e valutazione in sede europea, anche la ristrutturazione degli ospedali per renderli flessibili e capaci di modulare la loro attività rispetto alle esigenze derivanti dall'evoluzione dell'epidemia e del suo impatto sulla popolazione, in particolare strutturando la separazione dei percorsi "sporco-pulito" per rendere sicuro l'accesso ai luoghi di cura per la popolazione. La stessa considerazione può essere avanzata per la ristrutturazione delle RSA, tragico punto debole emerso nella fase primaverile dell'epidemia. La mancata separazione dei percorsi, è bene ricordarlo, è stata alla base della sospensione delle attività ordinarie negli ospedali e negli ambulatori territoriali causando quella vera e propria epidemia sommersa di malati non-Covid in attesa di una prestazione sanitaria in ambiti clinici a forte impatto sociale e prognostico, come le malattie neoplastiche o cardiovascolari. Potrebbero rientrare, altresì, gli investimenti in ricerca biomedica rivolti allo studio del Sars-CoV-2 e al suo trattamento, quelli nello sviluppo digitale della sanità (cartella clinica elettronica, teleconsulto, fascicolo sanitario personale, etc.) e gli investimenti in formazione, anche finalizzati ad aumentare i contratti di formazio-

ne post-laurea per quelle specialità, spesso carenti, direttamente impegnate nel contrasto dell'epidemia: Anestesiologia e Rianimazione, Medicina di Emergenza/Urgenza, Malattie infettive, Malattie respiratorie, Medicina interna, Geriatria.

Si tratta di un finanziamento eccezionale a condizioni e meccanismi totalmente diversi rispetto al passato. Il "Supporto alla crisi pandemica" fa parte di una strategia politica diversa dell'Europa che, insieme alla previsione di sovvenzioni e prestiti con il Recovery Fund e alla sospensione del Patto di stabilità, punta ad accrescere la resilienza dei sistemi sanitari nei confronti dell'emergenza epidemica e ad invertire la tendenza della crisi economica ad essa collegata. Non necessariamente bisogna accedere all'intero finanziamento di 36 mld e non è detto che questo contribuisca sempre ad incrementare il debito pubblico, potendo sostituirsi a spese già previste con linee di credito a tassi più elevati. "La Troika non esiste" ha affermato il Governatore Visco. Gli strumenti di controllo rafforzato sulle finanze pubbliche nazionali non sono previsti, hanno dichiarato il Vice-presidente Dombrovskis e il Commissario Gentiloni, escludendo in una lettera inviata ai Governi europei interventi correttivi. Non possiamo perdere altro tempo per mettere in sicurezza la sanità e ridurre i danni dell'epidemia.

Qualcuno parla di stigma dei mercati finanziari nei confronti dell'Italia in caso di accesso al "Supporto alla crisi pandemica", ma lo stigma di avere rifiutato il più grande finanziamento per il nostro servizio sanitario dal momento della sua nascita, siamo sicuri che non esista? Una recentissima indagine di Demopolis pone la sanità al secondo posto, dopo il lavoro, tra le priorità degli italiani, in netto incremento percentuale rispetto alla rilevazione effettuata 15 mesi addietro. Il coronavirus ha cambiato molto la sensibilità degli italiani. Speriamo che cambi anche l'approccio della politica nella soluzione dei problemi legati all'epidemia da Sars-CoV-2.

CARLO PALERMO

Segretario Nazionale
Anaa Assomed

L'Anaa Assomed è a fianco dei suoi iscritti per tutelarli nell'emergenza sanitaria da Covid-19.
Scopri i vantaggi delle polizze

E DI TE CHI SI PRENDE CURA?

MEDICI E DIRIGENTI SANITARI



IL MEDICO E IL DIRIGENTE SANITARIO assicurato con polizza RC Colpa Grave in convenzione con Anaa è **tutelato anche se, a causa dell'emergenza COVID-19, fosse trasferito in un reparto differente o in Aziende Ospedaliere pubbliche diverse da quelle indicate in polizza.** Qualsiasi attività svolta a supporto di altri dipartimenti e/o Aziende Sanitarie non modifica l'operatività di polizza.

SPECIALIZZANDI



LO SPECIALIZZANDO al 4° o 5° anno, al quale viene dato un incarico da lavoratore autonomo (DL 14/2020), potrà sottoscrivere la polizza di RC Colpa Grave in convenzione con Anaa dove verrà inquadrato come **MEDICO NON DIRIGENTE** e comprenderà un periodo di retroattività di 5 anni. Per attivare la copertura scrivere a: convenzioni@medicalbrokers.it Nel caso lo specializzando avesse già stipulato il contratto assicurativo con la Medical Brokers, verrà emessa apposita appendice di variazione relativa all'inquadramento professionale, sempre da richiedere a: convenzioni@medicalbrokers.it

PENSIONATI



IL PENSIONATO che viene richiamato in servizio a causa dell'emergenza COVID-19, potrà assicurarsi in convenzione Anaa stipulando apposita polizza Rc Colpa Grave che lo inquadrerà come **MEDICO O SANITARIO NON DIRIGENTE** e verrà previsto un periodo di retroattività di 0 anni.

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE  **MEDICI DIRIGENTI**



E DITE, CHI SI PRENDE CURA?

Affidati all'Anaao Assomed

Servizi di tutela e assistenza legale
per sentirti sempre al sicuro.

Ci sono priorità
che non possono
più attendere: le tue.
Hai dedicato massimo
impegno e professionalità
a curare gli altri,
ora è arrivato il momento
di prenderti cura di te.

La fase più critica per la
comunità potrebbe essere
passata, ma **non è
il momento di abbassare
la guardia.**
Serve **guardare oltre
l'emergenza**, per
disinnescare i rischi
di un percorso che da eroi
ci porta ad essere raccontati
come colpevoli.

**Anaao Assomed è il punto
di riferimento per medici
e dirigenti sanitari,
oggi più che mai.**
Affidati a noi e ai nostri
servizi di tutela e assistenza
legale per sentirti
sempre al sicuro.

ANAAO  **ASSOMED**
ASSOCIAZIONE **MEDICI DIRIGENTI**



www.anaao.it

