

d!

d!rigenza medica

- 5 **Lavoro pubblico**
Riforma PA e i rinnovi
contrattuali: la posizione
Cosmed
- 10 **Anaaò Giovani**
Covid19. La testimonianza
di una giovane specialista
a Londra
- 12 **Dirigenza sanitaria**
Restituire dignità ai
protagonisti della ricerca

Il mensile dell'Anaaò Assomed

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Intervista al segretario nazionale
Anaaò Assomed Carlo Palermo

**SUBITO
LO SCUDO
PER I MEDICI**

**Ma non solo
per le vaccinazioni**

E quanto all'obbligo vaccinale,
un sì deciso a quello per i sanitari

Pat Carra per l'Anaa Assomed



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. 06.59.446.232

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 marzo 2021

Next Generation Eu: a che punto siamo

Da mesi sentiamo ripetere che dal Piano Next Generation EU dipende il futuro del Paese. Eppure, ad un mese dalla scadenza della presentazione del nostro Recovery Plan, siamo ancora all'ascolto, in affollatissimi stati generali o solitarie audizioni parlamentari, a titoli che non passano a progetti. Senza un luogo, ed un tempo, dove i corpi intermedi, come l' Anaa, possono discutere le scelte governative, non adattandosi al ruolo di spettatori. Anche perchè, quello che si vede, e si sente, non è del tutto soddisfacente. Dopo avere versato dosi da cavallo di retorica sulla sanità, a cominciare dalla sua assunzione come priorità, presto passata dai 68 mld del rinascimento di Speranza ai 20 attuali, l'agenda del governo per l'ospedale post covid rischia di ridursi alla conformità antisismica, alla manutenzione della tecnologia, alla formazione manageriale. Nell'illusione che rafforzare un sottosistema, come il famoso territorio, porti al miglioramento dell'intero sistema, o che si possano delineare le direttrici di cambiamento lasciando inalterate le condizioni che hanno determinato le criticità. La politica è ancora prigioniera di un luogo comune degli anni 80, quello della sanità ospedalocentrica, una rotta sbagliata che demonizza da tempo specialisti ed ospedali, che oggi ricevono solo il 44% del FSN dopo avere subito una emorragia di 70000 pl e 10000 medici. Accanto a nuove case e ospedali di comunità, in un'ottica, si spera, non solo aggiuntiva e priva di sviluppo organizzativo, si rischia la marginalizzazione dell'ospedale pubblico e del suo personale, gli eroi di ieri e di oggi. Mentre il Presidente del consiglio giustifica il mancato ricorso al MES sanitario con il fatto che non sa come spenderlo. Se vuole collaborazione non ha che da chiedere. Le "debolezze" dell'attuale assetto del servizio sanitario richiedono innovazioni radicali, a partire dal modello di governance aziendale, concepito a partecipazione professionale assente e divenuto un contenitore giuridico di catene di comando e regole di ingaggio burocratiche. Servono una prospettiva di autogoverno dei produttori di salute, che superi l'organizzazione taylorista del lavoro, e luoghi in cui le professioni del SSN abbiano voce nei confronti delle scelte

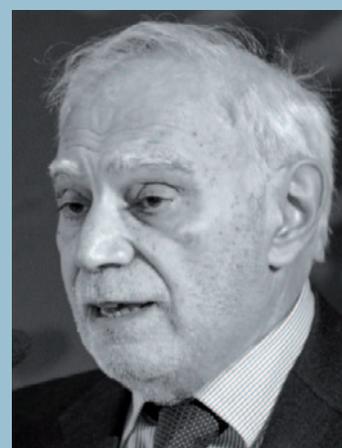
di politica sanitaria, magari quel consiglio sanitario nazionale previsto dalla L.833/78, soggetto terzo, dal punto di vista istituzionale, tra Stato e Regioni.

Nessuna infrastruttura, per quanto luccicante e a prova di terremoto, può risolvere le criticità della struttura, che nel SSN è il lavoro dei professionisti, suo valore fondante. Né si potenzia un sistema in costanza di contraddizioni, ignorando la crisi del medico pubblico perchè c'è bisogno prima di tutto del capitale umano.

E le ferite aperte della sanità meridionale, aspetto moderno di una questione antica, non si chiudono accontentandosi di non allargare il differenziale con il Nord, come promette il Governo, ma lavorando per colmarlo. Per recuperare uno storico gap infrastrutturale è necessario un finanziamento dedicato, extra-ordinario, magari utilizzando le risorse Inail o quel MES che non sapremmo come spendere, perchè nessuna Regione accetterà di perdere risorse del FSN. Un aumento della spesa, sia corrente che per investimenti, magari in tecnologia ICT. Ormai Sud e Nord sono divenuti così lontani da dubitare che ci sia una sola terapia che possa andare bene per entrambe le realtà.

La pandemia ha reso palese, con le ambiguità della legislazione concorrente, che il protagonismo delle Regioni nuoce gravemente alla salute. Insieme con l'urgenza di assicurare maggiore protezione all'unitarietà del SSN in un contesto federalista mantenendo verticali alcuni elementi fondamentali. La definizione dei LEA, lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, la individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, gli ordinamenti delle professioni, la esigibilità degli accordi contrattuali e convenzionali, la assenza di carenze organizzative e strutturali di personale medico e infermieristico.

Non è certo che andrà tutto bene. O che il governo dei migliori produca le soluzioni migliori. In un gioco a somma zero ci saranno vincitori e perdenti. Noi non vogliamo essere tra i secondi perchè, come dice Papa Francesco, "peggio di questa crisi c'è solo il rischio di sprecarla".



COSTANTINO TROISE
Presidente Nazionale
Anaa Assomed

CARLO
PALERMOSegretario
Nazionale
Anaa
Assomed

SUBITO LO SCUDO PER I MEDICI

- ▶ **“Scudo penale ma non sia solo per le vaccinazioni.**
- ▶ **Sì all’obbligo vaccinale per i sanitari, se serve, anche per la popolazione generale”**

“Scudo penale solo per le vaccinazioni? Sarebbe uno schiaffo per chi è stato esposto a ben altri rischi più concreti in un anno di emergenza”. Non ha dubbi Carlo Palermo che sottolinea come serva una norma che copra tutte le attività svolte in questo periodo con la possibilità di un procedimento giudiziario solo per dolo o colpa grave. E quanto all’obbligo vaccinale, un sì deciso a quello per i sanitari ma per Palermo **“non si può escludere l’idea di doverlo estendere a tutta la popolazione se la percentuale dei riluttanti dovesse far allontanare l’obiettivo immunità di comunità”**

Uno scudo penale che copra solo l’attività di somministrazione vaccinale sarebbe uno schiaffo in faccia a tutti quegli operatori sanitari da oltre un anno impegnati ad affrontare l’emergenza Covid in situazioni organizzative difficili. Servirebbe una norma per tutto il periodo di emergenza che preveda la possibilità di procedimento giudiziario nei loro confronti solo per dolo o colpa grave. E sull’obbligo vaccinale, non si può escludere l’idea di doverlo estendere a tutta la popolazione se la percentuale dei riluttanti dovesse far allontanare l’obiettivo immunità di comunità.

Così il segretario nazionale Anaa Assomed, Carlo Palermo, in questa intervista a *Quotidiano Sanità* fa il punto sull’attuale situazione e sull’intervento normativo che prevede uno scudo penale per gli operatori impegnati nella campagna vaccinale, che potrebbe essere inserito già nel Decreto Covid atteso in settimana a Palazzo Chigi.

Dottor Palermo, a suo giudizio era necessario un decreto legge ad hoc sull’obbligo vaccinale per gli operatori sanitari?

La situazione è abbastanza chiara sotto il profilo giuridico. Ci sono già varie leve su cui poter agire. C’è ad esempio l’obbligo per datore di lavoro di garantire la sicurezza nell’ambiente lavorativo. Si può quindi far appello sia all’articolo 2087 del Codice Civile che al Dlgs 81/2008. Già queste prevedono che il lavoratore sia tutelato sotto il profilo della sicurezza, e di fronte ad un rischio biologico deve essere offerta loro la vaccinazione se disponibile. In caso di rifiuto, il datore di lavoro può mettere in campo alcune misure, a cominciare dal cambiare loro mansione, potendone prevedere anche una di livello inferiore. Questo sia per tutelare la salute degli altri operatori sanitario che di coloro che si rivolgono alla struttura. Non mettere in campo queste disposizioni esporrebbe i dirigenti a risarcimento dei danni in caso di contagio.



Il cambiamento di mansione la norma la prevede ma, solo ove possibile.

Se non possibile si può comunque imporre loro ferie obbligate e si può arrivare fino all'aspettativa obbligatoria senza assegni. È difficile affrontare il licenziamento perché questo dovrebbe scaturire da una logica che valuti la transitorietà dell'evento - il Covid in questo caso - che ha portato alla necessità di vaccinazione. Si avrebbe un alto rischio di contenzioso. Le misure intermedie forse sono quelle più approvate dalla magistratura. Nella giurisprudenza attuale ci sono già tutta una serie di elementi che permettono interventi mirati. Anche con la legge Gelli-Bianco in qualche modo si mettono nelle mani dei dirigenti dell'azienda meccanismi di intervento. È chiaro che se però di parla di obbligatorietà del vaccino, così come prevede la stessa Costituzione, questa possa essere disposta solo in forza di una legge.

Ad ogni modo, sareste favorevoli all'introduzione di un obbligo vaccinale per gli operatori sanitari?

Assolutamente sì. Ben venga l'obbligo

a garanzia della sicurezza sul luogo di lavoro, tema che per noi è da sempre una 'bandiera'. Ci siamo sempre battuti a garanzia degli operatori sanitari prima contro la carenza di dispositivi di protezione individuale in piena prima ondata, poi contro la mancanza di quarantena, non ci tiriamo di certo indietro rispetto al maggior strumento di prevenzione a nostra disposizione, ossia vaccino. Non possiamo permettere che un medico nello svolgimento della sua funzione possa essere causa di malattia. Questo è deontologicamente inaccettabile oltre che insostenibile dal punto di vista etico. Chi non vuole vaccinarsi sia allontanato dai servizi che prevedono un contatto con gli utenti.

Tra le obiezioni poste dagli operatori contrari alla vaccinazione c'è quella secondo la quale, ad oggi, non è ancora dimostrato che il vaccino possa bloccare la trasmissione del virus.

La domanda è interessante ma le evidenze stanno iniziando ad accumularsi. Siamo in corso d'opera, l'analisi sui

“
Ben venga l'obbligo vaccinale per i sanitari a garanzia della sicurezza sul luogo di lavoro, tema che per noi è da sempre una 'bandiera'”

vaccini richiederà del tempo. I dati provenienti da Israele incominciano però a dimostrare su larga scala che i vaccini riescono a ridurre anche le forme asintomatiche di Covid e la possibilità di trasmissione dell'infezione. Di fronte a questi primi dati l'obbligo della vaccinazione deve necessariamente essere considerato per motivi di estrema precauzione nell'operare quotidianamente a fianco di colleghi e pazienti. Si tratta di evitare infatti non solo il contagio ai pazienti, ma anche di evitare di diffondere un'infezione all'interno delle strutture rischiando di far togliere operatori sanitari dal campo. Operatori ancora in questo momento da considerarsi come la risorsa più preziosa per affrontare l'epidemia. Un problema diverso da considerare è se questa indicazione di blocco della trasmissione dovesse arrivasse solo per i vaccini mRNA, e non per quelli basati su adenovirus.

Nel prossimo decreto Covid potrebbe essere inserito anche lo scudo penale per gli operatori sanitari

Segretario
Nazionale
Anaao
Assomed
**SUBITO
LO SCUDO
PER I MEDICI**

Impegnati nelle vaccinazioni. A suo parere è sufficiente limitarlo a quella sola attività?

Dal punto di vista della tutela giudiziaria, già ora un medico o un infermiere che effettuano vaccinazioni possono essere responsabili di un'anamnesi non fatta bene o di come venga effettuata un'iniezione intramuscolo. Insomma una tutela per questo tipo di attività è assolutamente inutile. Può dar fastidio l'essere iscritto in un registro degli indagati, ma i reali rischi di condanna sono inesistenti. Di certo si potrebbe evitare di iscrivere medici e infermieri nel registro degli indagati prima ancora di un'autopsia, della una valutazione chiara di un eventuale nesso di causalità. Sono scelte non dovute, come spiegato dallo stesso Procuratore generale della Cassazione. Sono interventi sopra le righe che rischiano di avere ripercussioni sulla tranquillità di chi si presta a questa attività, ma nulla di più. Una tutela giudiziaria fatta solo sui rischi del vaccino sembra un qualcosa che non coglie il problema.

E qual è a suo parere il vero problema da affrontare?

I professionisti sanitari vengono da un anno tremendo. Hanno lavorato senza linee guida su una malattia sconosciuta, subdola e diffusiva. Il tutto in condizioni organizzative inenarrabili, tra carenza di personale e di posti letto, spesso in assenza di dispositivi di protezione individuale e con un numero sproporzionato di pazienti che affollavano i pronto soccorso degli ospedali in cerca di assistenza. Si è stati costretti ad utilizzare farmaci off label senza sapere quale fosse la loro reale efficacia per questa malattia, rischiando anche possibili effetti collaterali. Per affrontare l'emergenza spesso hanno lavorato in ambiti specialistici non sempre di loro competenza. Pensiamo ad esempio all'ortopedico che per carenza di personale si è prestato a lavorare in una terapia sub intensiva Covid. A fronte di tutto questo servirebbe una norma che preveda la possibilità di procedimento giudiziario nei loro confronti solo per dolo o colpa grave. Una colpa grave che non può però essere generica, ma commisurata alle reali situazioni operative avute nell'ultimo anno. Ci vuole una tutela giudiziaria per tutto il periodo emergenziale, altrimenti stiamo tirando uno schiaffo in faccia a tutti coloro che sono ancora impegnati ad affrontare la terza ondata di Covid. Sarebbe insopportabile.

“
Ci vuole una tutela giudiziaria per tutto il periodo emergenziale, altrimenti stiamo tirando uno schiaffo in faccia a tutti coloro che sono ancora impegnati ad affrontare la terza ondata di Covid. Sarebbe insopportabile

Un'ultima domanda più politica, come giudica questo primo mese e mezzo del governo Draghi?

Mi pare ci siano posizioni chiare per quanto riguarda le decisioni sulle restrizioni. Anche la risposta data dal premier ad alcuni esponenti di maggioranza sulle riaperture ci convince. Bisogna guardare i dati, e questi non permettono assolutamente una riapertura. Sicuramente nelle prossime 2 settimane i dati, per quanto riguarda la pressione sugli ospedali, continueranno a peggiorare. Quello che poi ci preoccupa è che, con il crescere della presenza di malati Covid negli ospedali, vengono 'espulsi' quelli non Covid. Si sta preparando una seconda epidemia sotto traccia, quella dei malati non Covid, che prima o poi presenterà il conto. E i medici ospedalieri dovranno affrontare anche tutto questo. Questi operatori meritano una tutela giudiziaria che li tenga lontani da stress psicologici derivanti dal dovere di difendersi in sede penale dopo aver affrontato un anno così terribile.

E sul piano vaccini?

C'è stato un apprezzabile salto organizzativo, col tentativo di portare il numero di vaccinazioni quotidiane a 500 mila in modo da raggiungere entro giugno la copertura di tutti gli over 60. La scelta di andare per fasce d'età va nella giusta direzione. Vaccinare gli over 60 significa far calare rapidamente la pressione sugli ospedali, che poi è il problema principale da affrontare ora. A quel punto si potrà pensare ad allentare le restrizioni. Non escluderei a quel punto un giudizio sull'eventuale introduzione di un obbligo vaccinale esteso a tutti.

Pensa ad un obbligo per il vaccino Covid per tutta la popolazione?

Potrebbe essere necessario un intervento di questo tipo. Le indagini demoscopiche ci dicono che circa il 20-30% degli italiani palesano riluttanza verso questo vaccino. Un numero che rischia di non rendere efficace tutta la campagna vaccinale facendo allontanare l'immunità di comunità. Questo dato forse si dovrebbe considerare. Solo se tutti partecipiamo alla campagna vaccinale questa può raggiungere il risultato agognato.



Firmato il Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale

Il Patto si colloca nel solco di un'azione di rilancio del Paese, volta a realizzare gli obiettivi cruciali della modernizzazione del "sistema Italia" e dell'incremento della coesione sociale, a partire dalla straordinaria opportunità offerta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

LA SINTESI

Contesto e obiettivi del Patto

Innovazione e coesione sono obiettivi centrali dello storico programma Next Generation EU e saranno perseguiti simultaneamente. Un Paese più moderno, infatti, può offrire servizi migliori e maggiori opportunità di sviluppo ai propri cittadini; al contempo, un Paese più coeso assicura che ogni persona possa sentirsi parte del processo innovativo e che ciascuno possa trarre beneficio dagli sforzi comuni.

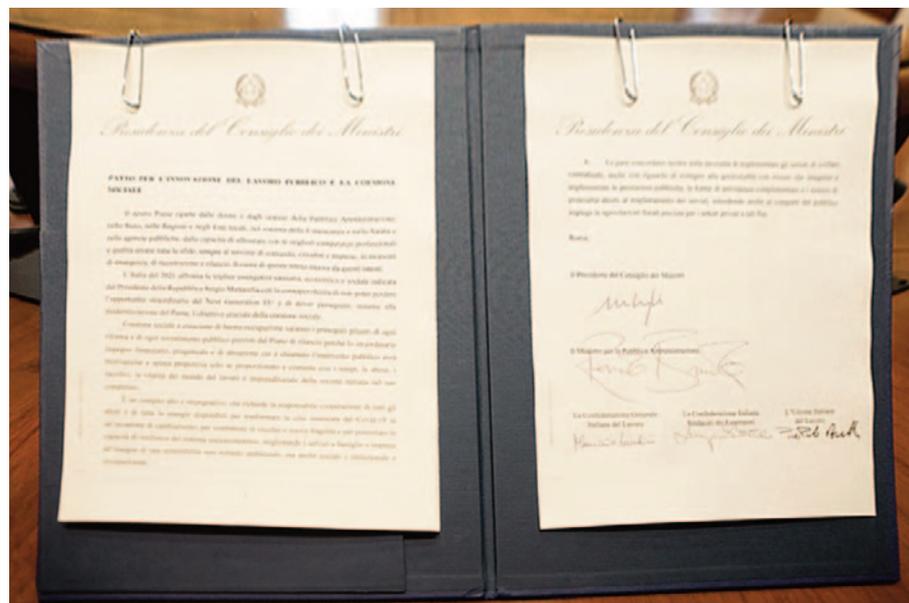
I pilastri fondamentali di ogni riforma e ogni investimento pubblico contenuti nel PNRR saranno la coesione sociale e la creazione di buona occupazione. Tali priorità – cruciali per superare l'emergenza sanitaria, economica e sociale, ricordata dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella – richiedono uno straordinario impegno finanziario, progettuale e attuativo, che verta sul ruolo propulsivo delle donne e degli uomini della Pubblica Amministrazione.

In questa prospettiva, il Patto intende potenziare la Pubblica Amministrazione attraverso la semplificazione dei processi e un massiccio investimento nel capitale umano. Tali strumenti sono fondamentali per attenuare le storiche disparità del Paese, per ridurre il dualismo fra settore pubblico e privato, nonché per fornire risposte ai nuovi e mutati bisogni dei cittadini.





Patto per l'innovazione del lavoro pubblico e la coesione sociale



Il Patto individua la flessibilità organizzativa delle Pubbliche Amministrazioni e l'incremento della loro rapidità di azione come obiettivi fondamentali di un processo di rinnovamento che le parti si impegnano a perseguire, con particolare riferimento a tre dimensioni: il lavoro, l'organizzazione e la tecnologia.

L'individuazione di una disciplina del lavoro agile (smart working) per via contrattuale è un elemento qualificante di questa strategia e va nella direzione auspicata dalle organizzazioni sindacali sin dall'inizio della crisi pandemica.

Il successo di ogni percorso di innovazione e riforma della Pubblica Amministrazione dipende non soltanto da opportuni investimenti nella digitalizzazione, ma anche da una partecipazione attiva delle lavoratrici e dei lavoratori. A tal proposito, il Patto individua la necessità di avviare una nuova stagione di relazioni sindacali, fondata sul confronto con le organizzazioni, e di portare a compimento i rinnovi contrattuali del triennio 2019-2021, ritenendoli un fondamentale investimento politico e sociale.

Inoltre, la costruzione di una nuova e moderna Pubblica Amministrazione si fonda sulla valorizzazione delle persone, attraverso percorsi di crescita e aggiornamento professionale, e sulla definizione di un piano delle competenze su cui costruire la programmazione dei fabbisogni e le assunzioni del personale.

In questa ottica, il Patto afferma che ogni pubblico dipendente dovrà essere titolare di un diritto/dovere soggettivo alla formazione continua, al fine di essere realmente protagonista del cambiamento, e che la Pubblica Amministrazione dovrà utilizzare percorsi formativi di eccellenza, adatti alle persone e certificati.

Gli elementi del Patto

“
Il successo di ogni percorso di innovazione e riforma della Pubblica Amministrazione dipende non soltanto da opportuni investimenti nella digitalizzazione ma anche da una partecipazione attiva delle lavoratrici e dei lavoratori

1) Il Governo emanerà all'Agenda per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran) gli atti di indirizzo di propria competenza per il riavvio della stagione contrattuale. I rinnovi contrattuali relativi al triennio 2019-2021 interessano oltre 3 milioni di dipendenti pubblici e vedranno confluire l'elemento perequativo delle retribuzioni all'interno della retribuzione fondamentale. Il Governo, poi, individuerà le misure legislative utili a promuovere la contrattazione decentrata e a superare il sistema dei tetti ai trattamenti economici accessori.

2) Con riferimento al lavoro agile, nei futuri contratti collettivi nazionali dovrà essere definita una disciplina normativa ed economica che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, conciliando le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni. Saranno quindi disciplinati aspetti di tutela dei diritti sindacali, delle relazioni sindacali e del rapporto di lavoro quali il diritto alla disconnessione, le fasce di reperibilità, il diritto alla formazione specifica, la protezione dei dati personali, il regime dei permessi e delle assenze.

3) Attraverso i contratti collettivi del triennio 2019-2021, si procederà alla successiva rivisitazione degli ordinamenti professionali del personale, ricorrendo a risorse

aggiuntive con la legge di bilancio per il 2022 e adeguando la disciplina contrattuale ai fabbisogni di nuove professionalità e competenze. È necessario, inoltre, valorizzare specifiche professionalità non dirigenziali dotate di competenze specialistiche ed estendere i sistemi di riconoscimento delle competenze acquisite negli anni, anche tramite opportune modifiche legislative.

4) Il Governo si impegna a definire politiche formative di ampio respiro, con particolare riferimento al miglioramento delle competenze digitali e di specifiche competenze avanzate di carattere professionale. Formazione e riqualificazione assumeranno il rango di investimento strategico e non saranno più considerati come mera voce di costo.

5) Nell'ambito dei nuovi contratti collettivi saranno adeguati i sistemi di partecipazione sindacale, valorizzando gli strumenti di partecipazione organizzativa e il ruolo della contrattazione integrativa.

6) Le parti concordano sulla necessità di implementare gli istituti di welfare contrattuale, con riferimento al sostegno alla genitorialità e all'estensione al pubblico impiego di agevolazioni fiscali già riconosciute al settore privato, relative alla previdenza complementare e ai sistemi di premialità diretti al miglioramento dei servizi.

Riforma della pubblica amministrazione
e i rinnovi contrattuali

Il pubblico impiego, tutto, è una risorsa a disposizione del paese

La Cosmed ha partecipato all'incontro promosso dal Ministro Brunetta sulla Riforma della pubblica amministrazione e i rinnovi contrattuali 2019-2021. Pubblichiamo l'intervento del Segretario Generale della Confederazione, Giorgio Cavallero



GIORGIO CAVALLERO
Segretario
Generale della
Confederazione

“Illustre Signor Ministro, grazie per la convocazione e buon lavoro, assicuriamo nelle relazioni sindacali rispetto, lealtà e aderenza alle evidenze.

Nel Paese cresce il bisogno di servizi pubblici, indispensabili per la salvaguardia dei diritti fondamentali costituzionalmente garantiti.

C'è bisogno di sanità pubblica, di scuola pubblica, di sicurezza, di servizi pubblici accessibili, per mantenere la coesione sociale, affrontare la crisi e assicurare il futuro.

Il costo del lavoro pubblico nel 2018 è stato di 165 miliardi meno di quanto si spendeva nel 2008.

La pandemia ha dimostrato che la sanità costa, ma non averla costa di più e lo stesso vale per tutti i servizi fondamentali. I tagli non sono stati risparmi ma investimenti mancati con gravi danni umani ed economici.

Si ponga fine a questa triste stagione.

La pubblica amministrazione non è la politica, ma è un insieme di servizi e di funzioni diverse: sanità, istruzione, sicurezza e amministrazione sono strutture con evidenti specificità. Ci auguriamo che si ponga fine a una legificazione indistinta che troppo spesso impone norme non adattabili alle esigenze di specifici settori pubblici.

I medici, i sanitari, i dirigenti e i dipendenti pubblici hanno dato molto. Lo fanno i cittadini.

Tuttavia possono dare ancora di più, ma occorrono stimoli e un rapporto corretto e collaborativo con la politica.

Abbiamo bisogno di fatti e non di generiche declaratorie.

Per questo elenchiamo alcune priorità.

I contratti di lavoro devono

ripartire, sono scaduti da oltre due anni. Occorre un accordo quadro, rispettoso nella composizione di quanto è già passato al vaglio nella rilevazione delle deleghe e delle determinazioni della rappresentatività sindacale. Alcune contraddittorie ed improprie ingerenze legislative (comma 687) vanno superate restituendo alla contrattazione le sue funzioni e mantenendo la specificità dei diversi status giuridici delle varie dirigenze.

Siamo ancora ostaggi del art. 23 comma 2 che ha tagliato le risorse della contrattazione decentrate privando l'intero sistema di risorse preziose, indispensabili per remunerare straordinari, flessibilità nonché per incentivare il merito e la produttività.

Doveva essere un provvedimento temporaneo “nelle more dell'armonizzazione”, almeno una parte di quelle risorse dovevano essere riallocate a tal fine. Si è trattato di un taglio e non di un accantonamento che ha tagliato le gambe ad ogni innovazione e premialità. Una penalizzazione che dura da 5 anni contro ogni logica.

L'incremento della produttività nel settore pubblico è indispensabile, la situazione nella sanità è drammatica con una mole enorme di lavoro che si è accumulato per l'ingorgo dei servizi dovuto al Covid che produrrà un ulteriore riduzione dell'aspettativa di vita già documentato. Meno evidente ma non meno drammatica la situazione negli altri settori del pubblico impiego.

Tale incremento va sostenuto con provvedimenti di detassazione del salario accessorio e legato alla produttività in analogia con quanto accade nel settore privato.

Ripristinare le dotazioni organiche,

falcidiate in questi anni, riaprendo subito i concorsi banditi per far fronte alle esigenze indifferibili.

Occorre fermare, specie in sanità, il ricorso a contratti atipici al di fuori dell'organizzazione che non consentono un'azione efficace e coordinata.

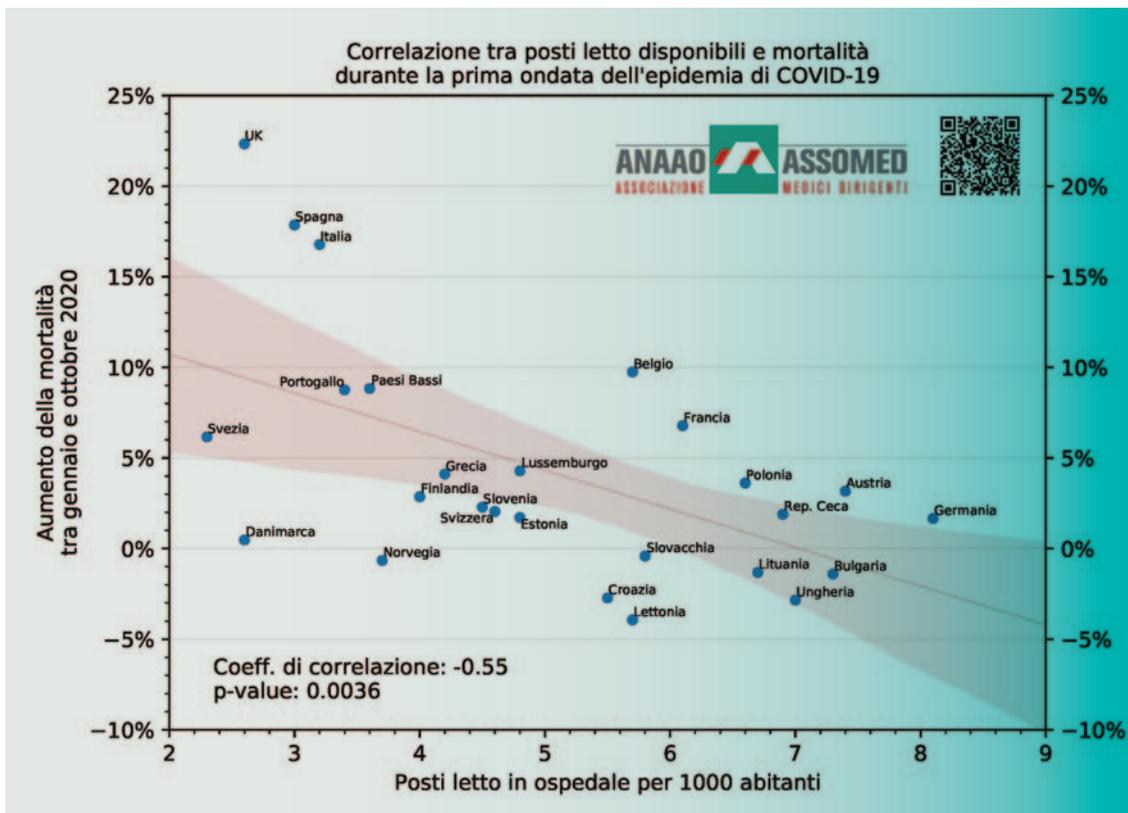
Una reale staffetta generazionale è necessaria stante l'elevata età media della P.A. Le attività di smart working vanno contrattualizzate e sottratte all'improvvisazione.

Il rilancio del Paese passa attraverso il rilancio degli Enti locali che saranno tra i principali protagonisti dell'impiego delle risorse del Recovery fund.

Occorrono provvedimenti che superino la medicina difensiva, l'amministrazione difensiva e la politica difensiva che paralizza l'intero sistema, riducendo la mole normativa con eccesso di regolamentazioni, in assenza della verifica della loro efficacia, causa della “dirigenza difensiva”.

Un richiamo alla Dirigenza pubblica troppe volte esclusa dalla consultazione delle Istituzioni. Siamo certi che senza il contributo delle professionalità e delle competenze della dirigenza non sarà possibile una riforma effettiva ed un efficientamento della pubblica amministrazione.

Riteniamo di essere una risorsa a disposizione, che nell'interesse generale deve essere utilizzata e valorizzata”.



Covid-19 in Europa: meno posti letto, più decessi

I risultati di un'indagine Anaa Assomed

Esiste una correlazione negativa tra il numero di posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti e l'aumento della mortalità nei primi otto mesi del 2020. Dalla recente indagine condotta dall'Anaa Assomed è emerso infatti che statisticamente a ogni posto letto in meno per 1.000 abitanti è associato un +2% di aumento della mortalità generale.

Questo significa che paesi come la Germania o la Bulgaria, dove i posti letto per 1.000 abitanti sono tra i 7 e gli 8, hanno avuto un aumento della mortalità quasi nullo, mentre il Portogallo o i Paesi Bassi, con circa 3 posti letto per 1.000 abitanti, hanno avuto aumenti vicini al +10%. Tra i paesi nei quali l'aumento è stato maggiore spiccano l'Italia, con circa un +17%, la Spagna, con +18%, e il Regno Unito, con +22%. La popolazione di Italia e Spagna ha un'età mediana più alta (rispettivamente 47.9 e 45.5 anni) di quella del resto della popolazione europea (42.7 anni), ma non il Regno Unito (40.8 anni). Il fattore più rilevante per l'aumento della mortalità generale che accomuna questi tre paesi è la scarsità di posti letto negli ospedali.

Se da un lato, a questi risultati particolarmente negativi ha contribuito l'età più elevata della popolazione, non si può negare che la disponibilità di posti letto (compresi quelli nei reparti di terapia intensiva) abbia giocato un ruolo significativo nel determinare l'aumento della mortalità. In Italia, i posti letto per acuti per 1.000 abitanti sono diminuiti dai 4.71 del 2010 ai 3.14 del 2018, una riduzione del 33% in 8 anni. Sul fronte della spesa sanitaria, secondo il rapporto *Health at a Glance Europe 2020* dell'OCSE, l'Italia ha una spesa sanitaria (pubblica e privata) pro capite che, a parità di potere d'acquisto, si attesta nel 2019 a 2.473 euro (a fronte di una media Ocse di 2.572 euro) con un differenze vertiginose rispetto a

Francia e Germania che, rispettivamente, segnano valori di spesa sanitaria pro capite di 3.644 euro e 4.504 euro. Da notare come di questi 2.473 euro pro capite, il 25%, sempre secondo dati OCSE, è rappresentato da spesa privata, *out of pocket*. Dal sondaggio Anaa Assomed condotto nell'ottobre del 2020, è emerso inoltre come le carenze di professionisti e lo scarso coinvolgimento dei medici nei processi decisionali abbiano contribuito in modo sostanziale al peggioramento del servizio offerto dagli ospedali pubblici, in particolare per la sospensione dell'attività ordinaria. L'aumento di mortalità registrato è infatti in larga parte attribuibile alla malattia Covid-19 ma sicuramente pesa anche l'aumento di mortalità per tutte le altre cause: la sospensione dei controlli per le malattie croniche, il rinvio degli screening e degli interventi non urgenti, la riduzione di accesso alle cure per timore del contagio hanno determinato decessi e ne determineranno ancora per molto tempo. In altre parole, molte delle morti cui abbiamo assistito durante la prima ondata della pandemia si sarebbero potute evitare se avessimo avuto un sistema sanitario adeguatamente attrezzato, organizzato e soprattutto finanziato. La pandemia del 2020 ha mostrato con dolorosa chiarezza che il prezzo del sotto-finanziamento della sanità pubblica nel decennio 2010/2019, una scelta politica motivata con la necessità del risparmio e con la ricerca di una presunta maggiore efficienza del sistema sanitario, è stato pagato con la morte di decine di migliaia di persone.

Indagine a cura di
CARLO PALERMO
Segretario Nazionale Anaa Assomed
CHIARA RIVETTI
Segretaria Anaa Piemonte
Dati elaborati da **GIULIANO ANTONICIELLO**
ricercatore dell'Università di Padova

40.000 specializzandi in campo

“La firma del protocollo con il Governo è un importante riconoscimento della professionalità dei giovani colleghi, ha commentato Pierino di Silverio, Responsabile Nazionale Anaaio Giovani. Vaccinazioni retribuite, volontarie e assicurate sono i risultati ottenuti grazie all’impegno di tutte le associazioni di categoria”



PIERINO DI SILVERIO
Responsabile Nazionale Anaaio Giovani

Il Governo, le Regioni e le Province autonome, e le Associazioni dei Medici in formazione specialistica

Sottoscrivono il presente Protocollo d’intesa che definisce la cornice nazionale e le modalità per il coinvolgimento dei medici specializzandi nella campagna di vaccinazione nazionale anti COVID-19, che dovranno essere successivamente declinate a livello regionale anche in relazione alle diverse modalità organizzative e alle caratteristiche territoriali nonché alle modalità concrete di vaccinazione della popolazione individuata.

1 **Le parti condividono** che i medici specializzandi partecipano alle attività di somministrazione dei vaccini contro il SARS-CoV-2 a partire dal primo anno di corso della scuola di specializzazione.

2 **La partecipazione avviene** su base volontaria, al di fuori dell’orario dedicato alla formazione specialistica e in deroga alle incompatibilità previste dai contratti di formazione specialistica di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Il reclutamento dei medici specializzandi avviene da parte delle Regioni e Province autonome, anche attraverso le aziende e gli enti del SSN.

La partecipazione all’attività vaccinale avviene attraverso il conferimento di incarichi a tempo determinato o di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, presso le

aziende e gli enti del SSN, di durata non superiore a 6 mesi, prorogabili in ragione delle necessità del piano vaccinale. Ai medici specializzandi, oltre al trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, sono corrisposti, altresì, gli emolumenti per l’attività lavorativa di somministrazione vaccinale contro il SARS-CoV-2. Sono a carico dell’azienda o dell’ente presso il quale il medico specializzando svolge l’attività la copertura assicurativa e per infortunio, fatta salva la copertura assicurativa per colpa grave a carico del medico specializzando.

3 **La remunerazione** delle prestazioni rese dai medici specializzandi rende necessario un finanziamento aggiuntivo ad integrazione del fondo sanitario nazionale. Il finanziamento sarà progressivamente definito sulla base dell’andamento della campagna vaccinale. A tal fine, vi è l’impegno del Governo ad adottare uno o più provvedimenti di urgenza per lo stanziamento delle risorse necessarie alla copertura degli oneri derivanti dall’esecuzione della vaccinazione da parte dei medici specializzandi quantificati sulla base di un compenso orario di 40 euro lordi omnicomprensivi di tutti gli oneri fiscali, previdenziali e di ogni altro onere eventualmente previsto a carico dell’azienda o dell’ente che ha formalizzato l’incarico ai medici specializzandi ai sensi del presente Protocollo e delle disposizioni normative vigenti in materia e di cui il protocollo è applicazione. Al con-

Il testo del protocollo d’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e le Associazioni dei medici in formazione specialistica

Considerato che il Piano vaccinale adottato con Decreto del 2 gennaio 2021 rappresenta lo strumento principale con cui contrastare il diffondersi del contagio da COVID-19, attraverso una definita strategia di vaccinazione;

Sottolineato che lo stesso piano prevede che “la governance sia assicurata dal coordinamento costante tra il Ministro della Salute, la struttura del Commissario e Regioni e Province autonome”;

Rilevato che con l’aumentare della disponibilità dei vaccini sarà possibile estendere la copertura vaccinale della popolazione e che a tal fine risulta importante il coinvolgimento attivo dei medici specializzandi, per procedere alla vaccinazione della popolazione italiana nel più breve tempo possibile;

Tenuto Conto che il coinvolgimento volontario dei medici specializzandi sin dal primo anno di corso nella campagna vaccinale avverrà al di fuori dell’orario dedicato alla formazione specialistica - al fine di salvaguardare la qualità della stessa - e in deroga alle incompatibilità previste dai contratti di formazione specialistica di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e non potrà considerarsi sostitutivo della formazione;

tempo il Governo si impegna a promuovere gli interventi normativi necessari per rimuovere, in via del tutto eccezionale e per il solo tempo strettamente connesso allo svolgimento del piano vaccinale, le incompatibilità previste dai contratti di formazione specialistica di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

Le Associazioni dei Medici in formazione specialistica aderenti al Protocollo d’intesa:

ALS
Associazione Liberi Specializzandi

ANAAIO Giovani

Chi si cura di te?

COSMEU
Coordinamento Specializzandi in Medicina e Urgenza CUI – Coordinamento Unità di Intenti

Dipartimento Medico ER
Ex Rappresentanti

FederSpecializzandi
Associazione Nazionale dei Medici in Formazione Specialistica GMI – Giovani Medici per l’Italia

MUS
Medici Uniti per la salute

SIGM
Segretariato Italiano Giovani Medici MeSlo – Medici Specializzandi Lombardia

Asup
Specializzandi Università Perugia

Covid-19. Le storie in corsia

La testimonianza di una giovane specialista a Londra

Letizia Mori è un medico specialista in malattie respiratorie che da diversi anni lavora in Inghilterra come medico ospedaliero presso Northwick Park Hospital nel nord ovest della capitale inglese. L'abbiamo intervistata per parlare di opportunità professionali oltremarina, e della sua esperienza durante la pandemia. Dalla sua testimonianza emerge una realtà sanitaria diversa dalla nostra con un

percorso formativo più completo ed un accesso alla dirigenza medica scevro dai meccanismi concorsuali del nostro Paese. Abbiamo parlato anche del diverso approccio alla gestione della pandemia dall'esordio fallimentare delle prime settimane sull'immunità di gregge, alla comparsa della famigerata "variante inglese" al successo della campagna vaccinale.

Intervista a

LETIZIA MORI, Medical Consultant
at London North West Healthcare NHS Trust

A cura di **FABRIZIO MEZZASALMA**

Componente Direttivo nazionale Anaaio Giovani



LETIZIA MORI

Come sei approdata oltremarina?

“Sono arrivata a Londra nel 2014, spinta da motivi personali ma anche e soprattutto dalla necessità di soddisfazioni professionali che non trovavano sbocco nel nostro Paese. In Italia nel 2014 i concorsi a tempo indeterminato sembravano un miraggio, al termine del percorso di scuola di specializzazione le principali possibilità lavorative erano i percorsi dell'emergenza-urgenza. Ambire ad un ruolo ospedaliero nella propria specialità con un contratto degno di tal nome era davvero difficile. Erano gli anni dei contratti atipici, dei Co.Co.Co, delle borse di studio e delle promesse degli universitari. All'inizio ho avuto difficoltà ad entrare nel sistema sanitario inglese, ho dovuto ricostruire un curriculum degno di tale nome. Le differenze tra sistema sanitario italiano e anglosassone sono molteplici, sia in ambito territoriale che ospedaliero. La struttura gerarchica è diversa e con essa l'organizzazione del lavoro che è molto meno vincolata alle decisioni di un primario. Ma la differenza principale sta nel percorso formativo. In Italia frequenti una “scuola di specializzazione” per un periodo variabile dai 4 ai 6 anni percorrendo un solco segnato dai direttori della scuola che nella maggior parte dei casi ti orien-

tano verso le loro aree di maggiore esperienza senza fornirti strumenti per una corretta e completa formazione. Conseguito il diploma di specializzazione ti accorgi di aver ricevuto una formazione parziale con pochissima esperienza al di fuori del tuo reparto e vieni immesso nel modo del lavoro mediante un concorso che spesso giudica competenze solo teoriche.

In Inghilterra la formazione non è a gestione esclusiva delle università ma è gestita prevalentemente dal sistema sanitario. Un medico in formazione frequenta per circa 8 anni diversi reparti, diversi ospedali, variando tra specializzazioni affini e acquisendo skills molto più eterogenee. Il giovane specialista italiano che giunge in Inghilterra alle prime esperienze non viene inserito in percorsi di fellowship per completare la formazione. Al termine della fellowship aspiri al posto da consultant mediante interview mirate a comprendere bene le tue capacità e conoscenze anche attraverso un'analisi approfondita del tuo curriculum. La narrazione che gli specialisti italiani sono molto graditi all'estero perché molto preparati è molto retorica; ci viene rimproverata spesso la carenza di esperienza.

Andiamo alla pandemia. È passato un anno dall'arrivo in Europa

“I primissimi giorni di marzo 2020 sono stati paradossali. Avevamo visto per due mesi ciò che accadeva in Cina, osservavo ogni giorno ciò che accadeva in Italia, ma la linea del Governo inglese appariva incomprensibile. Il discor-



so di Boris Johnson del 13 marzo “sull'inevitabile perdita dei propri cari” è stato il punto più difficile da tollerare in una campagna di attendismo volta alla ricerca della soluzione nell'immunità di gregge. Molta parte dell'opinione pubblica ha mostrato una netta posizione contraria. L'ospedale di Northwick dove lavoro è stato il primo ospedale di Londra a dichiarare lo stato di crisi. In pochi giorni sono stati chiusi tutti i servizi programmati ed è stato convertito fino all'80% dei posti letto per pazienti Covid. In due giorni sono state create tre nuovi reparti di rianimazione. E per almeno due settimane abbiamo osservato una crescita di ricoveri quasi esponenziale. Al picco della crisi si sono registrate in ospedale 126 morti per covid in una sola settimana.

Siete stati forniti di DPI adeguati?

A peggiorare la situazione molto difficile è stata la superficialità con la quale è stata gestita la questione DPI. Ci venivano fornite solamente mascherine chirurgiche anche quando visitavamo sospetti o casi accertati. Non ci venivano fornite tute protettive, copricapi, sovrascarpe e camici adeguati. Lavoravamo con i nostri vestiti addosso e solamente un camice protettivo non idoneo. Erano necessari giorni per ottenere le risposte dei tamponi per cui la maggior parte dei pazienti veniva ricoverata nei cosiddetti reparti grigi ad attendere la diagnosi definitiva. Sentivo i miei amici e colleghi in Italia e vedevo le immagini dei sanitari protetti con DPI adeguati e questo accresceva un senso di



frustrazione e paura. La risposta della dirigenza dell'Ospedale è stata netta: "ci limitiamo a seguire le direttive date dal ministero".

Del resto anche l'organizzazione mondiale della sanità aveva pubblicato un documento sul possibile utilizzo della mascherina chirurgica in caso di ingresso nella stanza di isolamento di un paziente positivo. Tantissimi medici, infermieri e assistenti sanitari si sono contagiati e molti sono morti nel mio ospedale. Io mi sono infettata e sono stata malata per quasi 30 giorni.

Quando è migliorata la situazione?

A maggio abbiamo cominciato a osservare una riduzione dei casi e d'estate la situazione era nettamente rientrata. Abbiamo osservato le morti indirette da Covid. Molti pazienti con patologie croniche, che non hanno avuto accesso alle cure programmate e ai follow-up sono decedute.

D'estate in Italia si parlava di virus clinicamente morto...

In Inghilterra non sono state raggiunte cime di assurdità tali, ma la parte di popolazione contraria al lockdown, in particolar modo i giovani e le generazioni maggiormente produttive si è accresciuta.

E poi è arrivata la variante

In autunno si è assistito a un aumento graduale dei casi, ma con una crescita controllata. Tutto però è cambiato a metà dicembre. In un weekend siamo passati da 5 a 90 ricoveri. Eravamo incre-



“*Ho fatto salutare madri e figli attraverso un vetro mentre morivano di insufficienza respiratoria. Questo ha "bruciato" parecchi di noi e non so che effetto avrà in futuro; in compenso ha creato uno spirito che ci ha uniti molto*

duli, ma avevamo capito che c'era qualcosa di diverso. I pazienti erano più giovani e molti con una età inferiore ai 40 anni. A pochi giorni dall'isolamento della variante è stato istituito un lockdown nazionale fino a marzo.

Come è stata organizzata la campagna di vaccinazione?

Dalla fine di febbraio la situazione è migliorata incredibilmente. Forse più per il lockdown che per la campagna vaccinale, ma è indubbio che la campagna vaccinale è stata pronta, efficace e massiva. Il Vaccination day è stato l'8 dicembre, e in alcune settimane sono state vaccinate decine di milioni di persone. La scelta di proporre i richiami a di-



stanza maggiore rispetto alle indicazioni delle case farmaceutiche si è basata sull'osservazione che nei primi 3 mesi non si osserva una netta caduta degli anticorpi né nei soggetti che hanno sviluppato malattia né nei vaccinati. È stato un azzardo, ma è stata preferita la strategia di vaccinare più persone nel minor tempo possibile. Il sistema di somministrazione del vaccino si è rivelato efficace con il coinvolgimento dei medici di famiglia (GP General Practitioner). I GP in Inghilterra hanno di solito studi associati con diversi medici e infermieri per cui si sono dimostrati pronti ed hanno costituito il vero motore della campagna vaccinale.

È stato un anno durissimo anche per voi...

Al momento non riesco ancora a prendere le distanze da quello che abbiamo vissuto. Facciamo molta attività ambulatoriale virtuale chiamando i pazienti Covid che sono a casa e controllandoli anche mediante l'utilizzo di una app. Li chiamiamo 2 volte al giorno. Sono pazienti giovani sotto i 65 anni senza comorbidità, ricoverati con polmonite e spesso dimessi in anticipo per permettere di liberare il posto per pazienti più gravi.

Inizieremo a giorni l'attività di ambulatori per i controlli post-covid e per le forme di long-covid.

È stato comunque un anno durissimo. Lavoro in un ospedale con un bacino di utenza enorme e con un livello sociale medio-basso. I casi sono stati tantissimi. Mi sono trovata in situazioni difficili, a dover scegliere quale paziente poteva aver maggior chance terapeutiche. Ho fatto salutare madri e figli attraverso un vetro mentre morivano di insufficienza respiratoria. Questo ha "bruciato" parecchi di noi e non so che effetto avrà in futuro; in compenso ha creato uno spirito che ci ha uniti molto. Sono fiera di essere stata in prima linea nella gestione dei pazienti vittime di questa pandemia.

Discriminati i ricercatori italiani

Restituire dignità ai protagonisti della ricerca

La “Piramide Lorenzin” li ha stabilizzati sottoinquadrando quasi a volerli punire nonostante il livello altissimo e costante dei risultati scientifici. E così i nostri ricercatori migliori vanno via dal Paese



ALBERTO SPANÒ
Responsabile
Nazionale
Dirigenza
Sanitaria

La nota procedura di “stabilizzazione” dei precari della ricerca biomedica italiana, definita con la Legge n.205 del 27 dicembre 2017, e denominata “Piramide Lorenzin”, fu in realtà un primo fondamentale momento di recupero virtuoso dei ricercatori italiani dopo molti anni di precariato ingiustificato. I nostri ricercatori medici, biologi, farmacisti, veterinari, chimici, etc., degli IRCCS e degli IZS, ovvero la struttura portante della ricerca medica nel nostro Paese, da sempre ai primi posti nel mondo, furono “censiti”, localizzati nella loro annosa precarietà, e finalmente avviati alla stabilizzazione con l’instaurazione dei rapporti di lavoro stabili e proiettati in un percorso di valorizzazione dei risultati conseguiti e progressivamente in crescita.

Le stesse categorie dirigenziali. In altre parole i ricercatori appartenenti alle stesse categorie professionali sanitarie degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, collocate da sempre nella dirigenza medica e sanitaria, furono inseriti in un percorso in fasi successive a verifica, che conducevano alle posizioni dirigenziali anche attraverso l’acquisizione facilitata del titolo di formazione specialistica.

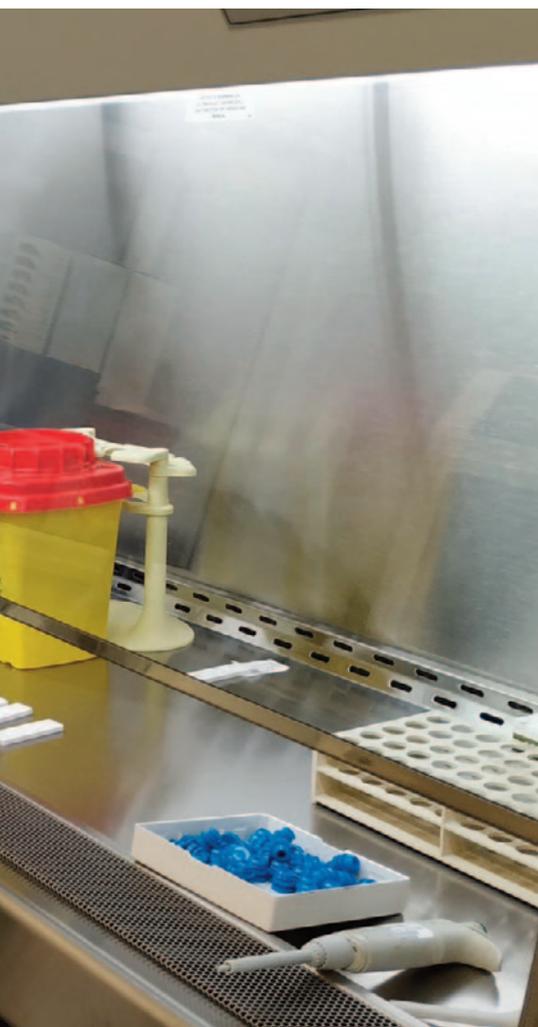
Collocati nel comparto in apposita sezione e destinatari di un contratto dedicato strutturato in modo coerente con le specifiche procedure di accesso alla stabilizzazione e propedeutico alla fase di ricollocazione contrattuale coerente con le successive fasi di verifica dei percorsi. Una soluzione di sviluppo progressivo che le parti accettarono per dare una risposta legislativamente sostenibile alla complessa articolazione



dei passaggi da forme di lavoro di diversa tipologia, eterogenee tra loro e destinate ad un contesto di lavoro complesso, dove accanto alle figure tipiche della ricerca erano presenti diverse altre figure di supporto alla ricerca, eterogenee tra loro e non compatibili nell’immediato in un solo contesto contrattuale, anche valutando gli altri contesti e settori pubblici all’interno dei quali operavano altre tipologie di ricercatori. Fu perciò non facile pervenire alla corretta stesura dei commi 432 e seguenti della Legge 205/17 che definì, dopo circa un anno e mezzo di serrate trattative la cosiddetta *Piramide Lorenzin* dei ricercatori biomedici. Fu discusso a lungo il percorso e le modalità di accesso al sistema definito, insieme ai modelli e sistemi di verifica dei passaggi alle successive fasi di sviluppo della carriera, unitamente all’acquisizione dei titoli necessari per lo sbocco finale nella dirigenza sanitaria **La stabilizzazione quale primario obiettivo ed ora una nuova fase di sviluppo.** La soluzione della *Piramide* è stata necessaria per avviare e con-

sentire il processo di stabilizzazione in modalità coerenti con le modalità di accesso al lavoro pubblico ma adeguate alla peculiarità ed unicità del settore della ricerca biomedica, e può rappresentare oggi la base di sviluppo accelerato del sistema verso soluzioni più coerenti con l’evoluzione organizzativa e scientifica, anche facendo tesoro dell’esperienza maturata dal 2017 ad oggi. Ciò rivedendo l’area contrattuale nel senso di inserirla nell’area della dirigenza sanitaria se possibile abbreviando altresì le fasi del percorso, anche considerando l’età media dei precari che hanno avuto accesso alla stabilizzazione.

La parola resta al legislatore. Ora sta maturando anche da parte del Dicastero preposto l’ipotesi di un ulteriore passaggio legislativo destinato a completare in modo armonico il complesso procedimento avviato e realizzato in questi tre anni, prevedendo la nuova sezione contrattuale nella dirigenza sanitaria e perfezionando i percorsi e le caratteristiche del modello definito. Viene riproposto al legislatore l’emenda-



La rete dei laboratori di Modena

Sars-Covid2 ed il ruolo del laboratorio: una dimostrazione di responsabilità sociale

mento più volte già presentato, auspicando che i parlamentari comprendano l'assurdità della situazione e l'urgenza di dare risposte concrete ai ricercatori biomedici. Certamente i ricercatori biomedici meritano pienamente una ulteriore attenzione da parte del legislatore per essere stati certamente protagonisti anche nella risposta al COVID, che li ha visti impegnati in prima linea nella soluzione degli aspetti più critici legati alla diagnostica, alla ricerca ed allo studio per i vaccini.

Un punto qualificante cui dare immediata realizzazione. Un punto molto qualificante che ha caratterizzato la norma contenuta nella *Piramide* è stato la previsione dell'accesso in sovrannumero alle scuole di specialità, necessario ai ricercatori per transitare a regime alla dirigenza. Questa delicata fase, correlata alle criticità verificate in questi anni nella formazione specialistica in particolare dei dirigenti sanitari, è ancora in fase di avvio ed oggetto di sostegno adeguato e costante da parte dei Ministeri interessati, ovvero Salute e MIUR.



PATRIZIA NATALI
Dipartimento Interaziendale Integrato di Medicina di Laboratorio Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL di Modena

Un virus venuto da lontano

Con il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19» tutta l'Italia cadde nello sgomento, e senza capire bene come è perché si trovò in pieno lockdown! Una polmonite letale, lontana fino a quel momento, permeò le vite di tutti fino a stravolgerne la quotidianità. Di lì a pochi giorni le scuole, i ristoranti, i cinema e tutti i luoghi di ritrovo furono chiusi, anche il lavoro si iniziò a svolgere da casa. Il laboratorio analisi però non si fermò, anzi! Di fronte a questa nuova patologia venuta dalla Cina, una zoonosi trasmessa forse dal pangolino, bisognava assolutamente fare argine, ma prima di tutto occorreva individuare l'agente eziologico.

È il laboratorio analisi dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" il primo in Italia e tra i primi in Europa ad isolare ed identificare il virus SARS-Covid2, della famiglia dei Coronavirus. Fu una scoperta che costituì una pietra miliare nella lotta con-

tro il virus, in quanto permise di allestire nuovi metodi diagnostici, testare nuovi farmaci, mettere a punto un vaccino.

Insieme ai medici in prima linea ad affrontare questa inedita situazione, ci furono anche i laboratoristi che arrancavano nel buio, ma che non arretrarono di un passo per individuare il test più idoneo in collaborazione con le Aziende produttrici di diagnostici che fecero a gara per immettere sul mercato un reattivo affidabile il più precocemente possibile con risultati da valutare.

La pressione politica e sociale fu fortissima, quella che all'inizio era un'epidemia, ora l'Organizzazione Mondiale della Sanità la "promuoveva" a pandemia! Occorreva trovare test diagnostici, occorreva fare presto e fare bene, bisognava individuare i soggetti infetti per eseguire le procedure di tracciamento e isolamento atte a contenere l'infezione che si stava allargando a macchia d'olio. I focolai infettivi avevano invaso ormai tutto il Nord Italia e progressivamente il resto del Paese.

La rete dei laboratori di Modena

Come nel resto di Italia, anche la realtà dei laboratori modenesi è stata messa a dura prova dalla pandemia. Si è partiti a marzo 2020 con un lavoro di innovazione tecnologica che sta ancora proseguendo. Il laboratorio di Virologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico (AUOP) è il primo a partire con il test molecolare su tamponi mentre, ad aprile 2020, il Laboratorio dell'Ospedale Civile di Baggiovara inizia con la determinazione degli anticorpi in chemiluminescenza (circa 200 al giorno) e con il test rapido in cromatografia, le cosiddette "saponette" (circa 800 al giorno) acquistate dalla Regione Emilia-Romagna per dare risposte ai medici che devono trattare i pazienti. Contemporaneamente anche il laboratorio di Microbiologia AUOP testa i diversi tipi di "saponette" che copiose e di diversa provenienza vengono immesse sul mercato. Biologi, medici e tecnici in laboratorio si bardano da capo a piedi: copricapo, occhiali protettivi, mascherina, camice, sovracamice, calzari e guanti e si tuffano sotto ad una cappa a flusso laminare per eseguire primi test su "saponetta" per ore ed ore di fila, dal lunedì alla domenica.

Le "saponette" si riveleranno presto un test insoddisfacente, con scarsa ripetibilità: occorre un'analisi più robusta. Le Aziende di diagnostici cominciano a immettere sul mercato reattivi in chemiluminescenza via via più affidabili, e nuova strumentazione per l'esecuzione dei tamponi molecolari. Si pone però il problema di dove collocare fisicamente tali ingombranti macchinari, anche in considerazione del fatto che il Laboratorio di Baggiovara è in piena ristrutturazione dei locali, ristrutturazione che a seguito delle ordinanze ministeriali in materia di contenimento del contagio, viene bloccata lasciando alcuni ambienti impraticabili.

In giugno 2020 si trova lo spazio per questi nuovi strumenti, quasi ad incastro tra le altre apparecchiature, come si trattasse delle tessere di un puzzle. Ora è però essenziale farli funzionare: personale dirigente e tecnici si affollano sui nuovi dispositivi con perizia e abnegazione per imparare ad usarli. Occorre dare le risposte alle richieste che sempre più pressanti arrivano dai clinici, dagli epidemiologi, dai Direttori Generali e dai politici!

La necessità di individuare i soggetti portatori o malati, non è solo di tipo clinico-diagnostico, ma anche organizzativo. Di ogni paziente che accede in

“

A febbraio 2020 i test per SARC-Covid2 venivano eseguiti in due soli Laboratori in tutta Italia: Istituto "Spallanzani" di Roma, Ospedale "Sacco" di Milano

PS prima del ricovero bisogna verificare la positività o negatività al virus, trattarlo di conseguenza per evitare di disseminare il contagio.

Per tale motivo a luglio 2020 vengono strutturati percorsi anche in tutti i laboratori della rete provinciale - Pavullo, Carpi, Mirandola - per la diagnosi molecolare H24 al fine di far fronte alla richiesta in urgenza dei PS dei rispettivi Ospedali. La scelta di decentrare gli esami si è dimostrata fin da subito vincente in quanto ha permesso di fornire una risposta rapida ed adeguata alle esigenze locali, aumentando la capacità di soddisfare i crescenti bisogni di tutta la Provincia di Modena.

Ad agosto 2020 il Dipartimento di Medicina di Laboratorio di Modena passa dai 200 tamponi molecolari eseguiti ad aprile a 1400, grazie ad uno sforzo organizzativo, logistico e tecnologico, ma soprattutto grazie alla grande professionalità messa in campo da tutto il personale, a partire dagli addetti all'accettazione che si sono trovati a smistare sacchi pieni di tamponi che quotidianamente arrivavano sui loro banconi. Se a febbraio 2020 i test per SARC-Covid2 venivano eseguiti in due soli Laboratori in tutta Italia (Istituto "Spallanzani" di Roma, Ospedale "Sacco" di Milano), si è passati ben presto ai Laboratori individuati ed autorizzati da Ministero della Salute - per Modena la Virologia dell'AOUP - all'estensione di tutta la rete territoriale dei Laboratori del Dipartimento di Medicina di Laboratorio, a cui si sono affiancati Laboratori privati accreditati e autorizzati. Infine, anche nelle Farmacie è oggi possibile eseguire il test antigenico rapido. Se queste ultime, capillarmente diffuse sul territorio, possono certamente offrire un'ampia possibilità ai cittadini di controllare il loro stato di contagiosità, rimane comunque poco chiaro come i tamponi da queste processati possano rientrare nella rete di tracciabilità così indispensabile per il contenimento della trasmissione del virus.

La seconda ondata

È fondamentale testare quante più persone possibili, non solo i degenti! Le ordinanze si susseguono, così come i rimpalli di responsabilità tra politici e Comitato tecnico scientifico. La TV trasmette 24 ore al giorno notizie sulle conseguenze economiche e sociali della pandemia, mentre le scuole continuano a rimanere chiuse mettendo in crisi la gestione di milioni di famiglie.

I medici non si fermano, così come non si fermano i laboratoristi che diventano i nuovi "eroi" nazionali. Con



fatica si arriva ad una gestione ordinaria di una situazione straordinaria.

Finalmente arriva la bella stagione e a fine maggio il mondo parrebbe (condizionale d'obbligo), tornare alla normalità, i contagi calano, così pure i ricoveri e i decessi fino a scemare quasi del tutto. A maggio 2020 le ordinanze allentano i rigori dei mesi precedenti ed il lockdown presto rimane un ricordo. L'estate passa spensierata, convinti di aver lasciato alle spalle la pandemia, ma come ogni virus influenzale anche SARS-Covid2 riappare in autunno, in tutta la sua virulenza e gravità.

In ottobre 2020 arriva la tanto temuta "seconda ondata" che appare subito altrettanto aggressiva della prima. La strumentazione acquisita in primavera ben presto si rivela inadeguata a far fronte alle richieste sempre in aumento di tutti gli stakeholder: cittadini, lavoratori, imprenditori, pazienti, forze dell'ordine, insegnanti, studenti, medici. Vengono istituiti i drive-through nei quali le persone si mettono in fila per eseguire i tamponi rimanendo sulla loro auto; l'attività per il laboratorio si moltiplica! Ora, vengono eseguiti circa 4000 i tamponi nasali ed inevitabilmente si riversano sul laboratorio. Contemporaneamente i lavori di ristrutturazione presso il Laboratorio di Baggiovara riprendono e consentono di allestire un'"Area Covid" in cui trovano spazio dispositivi di ultima generazione di biologia molecolare in grado di processare fino a 600 tamponi al giorno che si aggiungono a quelli già lavorati in Virologia e sul territorio. Segue l'istituzione di una task-force di professionisti dedicati, vengono assunti nuovi tecnici, che devono però essere addestrati, e parte del personale viene spostato dai Settori di origine che rimangono sguarniti pur mantenendo intatta la loro attività. È necessario adeguata



“

La responsabilità che grava sulle spalle dei laboratoristi nel governo della pandemia, va oltre all'attenersi delle buone prassi di laboratorio, ma incide sulle vite di tutti rappresentando di fatto, una vera e propria responsabilità sociale

re le potenzialità produttive alle attuali richieste, ma le macchine hanno i loro tempi per la messa a regime, gli approvvigionamenti dei reagenti non sempre sono adeguati, la produttività, almeno all'inizio, è per forza limitata. Si lavora 7 giorni su 7, H24, ma il laboratorio va presto in "overbooking" - si è passati da 1400 a 4000 tamponi nel giro di poche settimane - e si accumulano fino a 5 giorni di ritardo nella referenziazione a cui seguono implacabili titoli sui giornali locali e nazionali. Nonostante gli sforzi e l'impegno dei sanitari, ben presto l'opinione pubblica si dimentica di quelli che in primavera aveva considerato "eroi" e gli stessi diventano invece coloro su cui scaricare la frustrazione che i disagi della pandemia produce a tutti i livelli. La dedizione e il senso del dovere degli operatori di laboratorio del modenese, nel giro di un paio di settimane consente alla macchina organizzativa di stabilizzarsi per fare fronte al carico di lavoro, fornendo risposte in 24 ore ai cittadini ed in poche ore per le urgenze dei PS.

A gennaio 2021 vengono introdotti i test antigenici di ultima generazione che consentono di ottenere risposte più rapide del test molecolare, quindi adeguati soprattutto alle esigenze dei PS,

ai drive-through, ecc. I protocolli operativi si susseguono man mano che le diagnostiche cambiano e gli operatori altrettanto velocemente vi si adeguano. A regime la rete laboratoriale del Dipartimento di Medicina di Laboratorio di Modena è quindi in grado di eseguire 4000 tamponi, di cui 3000 molecolari e 1000 antigenici, e circa 6-800 test sierologici al giorno per monitorare un bacino di circa 700.000 abitanti.

Il vaccino e le varianti

A fine dicembre 2020 finalmente è disponibile vaccino Pfizer BioNTech, il personale sanitario è il primo ad essere vaccinato. È necessario ora verificare che vi sia un'adeguata risposta anticorpale, ma il test sierologico in uso misura gli anticorpi anti Capside del virus, mentre il vaccino induce la produzione di anticorpi anti proteina Spike. Ecco quindi che occorre allestire con sollecitudine un nuovo test per rispondere alle mutate esigenze di monitoraggio.

A febbraio 2021 viene introdotto il dosaggio in chemiluminescenza quantitativo delle immunoglobuline, fino ad allora solo qualitativo, per meglio valutare la risposta anticorpale e la copertura vaccinale. Nel frattempo la pandemia assume connotati diversi, subentrano le varianti: inglese, brasiliana, sudafricana, almeno quelle conosciute fino ad oggi. Gli esperti affermano che non siano più virulente, ma "soltanto" più contagiose; ma anche questa rappresenta una nuova incognita tutta da verificare. Ancora una volta il Laboratorio è chiamato ad adeguarsi alle mutate esigenze diagnostiche e a

farlo in fretta! Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio nelle sue articolazioni Ospedaliere, in particolare la Virologia, non manca all'appello e inizia uno studio innovativo sulle varianti partendo dalle competenze già acquisite in passato sulle mutazioni del virus dell'HIV.

Ora la nuova sfida è l'individuazione e il monitoraggio delle varianti che si stanno man mano affiancando, se non sostituendo, al ceppo di Whuan.

Responsabilità sociale

Il lavoro di questi mesi - ormai un anno - ha dimostrato come il Laboratorio sia uno degli attori protagonisti di questa inedita situazione e come la flessibilità, la resilienza, la dedizione, l'aggiornamento continuo, il potenziamento della rete territoriale dei laboratori, ma soprattutto la rapidità delle decisioni sia fondamentale nel fornire strumenti ai clinici per diagnosticare e monitorare la patologia.

Si conferma come il Laboratorio sia elemento fondamentale per la salute dei cittadini, non da ultimo, nell'idea della Medicina di prossimità a valenza territoriale, offrendo una diagnostica orientata a pazienti fragile e cronici. Dalle attività del Laboratorio però dipendono non solo gli esiti clinico-diagnostici della presa in carico del paziente, ma decisioni politiche con importanti ricadute sociali. Un tampone positivo di un soggetto può determinare la chiusura di un intero ramo d'azienda, l'apertura o la chiusura di intere classi di alunni. Dal numero di test positivi dipendono le ordinanze emanate dalla Regione piuttosto che dal Consiglio dei Ministri che in base al rating di contagio cambiano il "colore" delle Regioni con pesanti ricadute sulle attività produttive, ricreative, educative, sulla mobilità, sull'economia in generale e sulla crescita dell'Italia e dell'Europa stessa.

Le decisioni assunte in questi mesi per la gestione della diagnostica di SARS-Covid2, sono state obbligatoriamente rapide, per le quali a volte si è reso necessario aggiustare il tiro, senza modelli a cui riferirsi, senza precedenti, sperimentate direttamente sul campo, adeguate e implementate man mano che aumentavano le conoscenze su questo virus tanto sconosciuto quanto insidioso. La responsabilità che grava sulle spalle dei laboratoristi nel governo della pandemia, va oltre all'attenersi delle buone prassi di laboratorio, ma incide sulle vite di tutti rappresentando di fatto, una vera e propria responsabilità sociale!

Interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena

Il provvedimento licenziato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 12 marzo e in vigore a partire dal 13 marzo, oltre a disporre nuove e più severe restrizioni per il periodo compreso tra il 15 marzo ed il 6 aprile in ragione della maggiore diffusione del Covid-19, prevede nuovi interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena. Di seguito una breve analisi delle norme contenute nell'articolo 2 del decreto legge 13 marzo 2021, n. 30

CARLO PALERMO
Segretario
Nazionale Anaao
Assomed

SANDRA MORANO
Coordinatrice
Area Formazione
Femminile Anaao
Assomed

CHIARA RIVETTI
Segretaria Anaao
Assomed Regione
Piemonte

LAVORO IN MODALITÀ AGILE PER GENITORI LAVORATORI DIPENDENTI

Il genitore di figlio **convivente minore di anni sedici**, lavoratore dipendente, alternativamente all'altro genitore, può svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile nei seguenti casi per un periodo corrispondente in tutto o in parte alla durata della:

- sospensione dell'attività didattica in presenza del figlio;
- infezione da SARS Covid-19 del figlio,
- quarantena del figlio disposta dalla Asl a seguito di contatto ovunque avvenuto.

Il figlio per il quale si fruisce del lavoro in modalità agile **deve essere minore di anni 16**. Pertanto, si decade dal diritto al compimento del 16° anno di età. La convivenza, secondo precedenti istruzioni operative INPS sussiste quando il figlio ha la residenza anagrafica nella stessa abitazione del genitore richiedente.

Si ricorda che l'articolo 21-ter del decreto Agosto ha previsto che, fino al 30 giugno 2021, e anche in assenza di accordi individuali, i genitori lavoratori dipendenti privati con almeno un figlio con grave disabilità, hanno diritto di svolgere l'attività lavorativa in modo agile, a condizione che nel nucleo familiare non vi sia altro genitore non lavoratore e che l'attività lavorativa non richieda necessariamente la presenza.

CONGEDI GENITORI LAVORATORI DIPENDENTI

Nelle sole ipotesi in cui la prestazione lavorativa **non possa essere svolta in modalità agile**, il genitore lavoratore dipendente di figlio convivente minore di **quattordici anni**, alternativamente all'altro genitore, **può astenersi dal lavoro** per un periodo corrispondente in tutto in parte alla durata della:

- sospensione dell'attività didattica in presenza del figlio,
- dell'infezione da SARS Covid-19 del figlio,
- della quarantena del figlio.

In questo caso al lavoratore è riconosciuto, in luogo della retribuzione, un'indennità pari al 50 per cento della retribuzione stessa. Tali periodi sono comunque coperti da contribuzione figurativa.

Tale beneficio è riconosciuto anche ai genitori di figli con disabilità in situazione di gravità accertata, iscritti a scuole di ogni ordine e grado per le quali sia stata disposta la sospensione dell'attività didattica in presenza o ospitati in centri diurni a carattere assistenziale per i quali sia stata disposta la chiusura. In caso di figli di **età compresa fra quattordici e sedici anni**, uno dei genitori, alternativamente all'altro, ha diritto di astenersi dal lavoro al ricorrere delle condizioni sopramenzionate (impossibilità di svolgimento prestazione lavorativa in modalità agile, didattica a distanza, infezione da Sars Covid 19 e quarantena del figlio), ma in questo caso senza corresponsione di retribuzione o indennità né riconoscimento di contribuzione figurativa, con divieto di licenziamento e diritto alla conservazione del posto di lavoro.

CONVERSIONE DEI PERIODI DI CONGEDO PARENTALE

Gli eventuali periodi di congedo parentale fruiti ai sensi del Testo unico sui congedi (d.lgs. 151/2001), a decorrere dal 1 gennaio 2021 fino al 13 marzo 2021 (data di entrata in vigore del decreto), durante i periodi di sospensione dell'attività didattica in presenza del figlio, di durata dell'infezione da SARS Covid-19 del figlio, di durata della quarantena del figlio, **possono essere convertiti a domanda nel congedo "Covid" indennizzato al 50% e non sono computati né indennizzati a titolo di congedo parentale**. Anche queste misure si applicano fino al 30 giugno 2021.

BONUS BABY SITTER

Il comma 6 dell'articolo 2 riconosce la **corresponsione di uno o più bonus per l'acquisto di servizi di baby sitter nel limite massimo complessivo di 100 euro settimanali**. Il bonus può essere utilizzato per far fronte alle medesime situazioni per cui è ammessa la possibilità di fruire dello smart-working e del congedo (sospensione attività didattica in presenza dei figli; infezione da Sars Covid-19 dei figli; quarantena dei figli) **per i figli conviventi minori di anni quattordici**.

Destinatari della prestazione sono:

- i lavoratori iscritti alla gestione separata INPS
- i lavoratori autonomi
- il personale del comparto sicurezza, difesa soccorso pubblico, impiegato per le esigenze commesse all'emergenza epidemiologica Covid-19;
- **lavoratori dipendenti del settore sanitario, pubblico e privato accreditato, appartenenti alla categoria dei medici, degli infermieri, dei tecnici di laboratorio biomedico, dei tecnici di radiologia medica e degli operatori socio-sanitari**.

Il bonus, può essere fruito solo se l'altro genitore non accede ad altre tutele o al congedo Covid; viene erogato mediante il libretto famiglia o, in alternativa, direttamente al richiedente, per la comprovata iscrizione ai centri estivi, ai servizi integrativi per l'infanzia ai servizi socio-educativi territo-

riali, ai centri con funzione educativa e ricreativa e ai servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia. La fruizione del bonus per servizi integrativi per l'infanzia è incompatibile con la fruizione del bonus asilo nido

INCOMPATIBILITÀ

Per i giorni in cui un genitore svolge la prestazione di lavoro in modalità agile o fruisce del congedo Covid oppure non svolge alcuna attività lavorativa o è sospeso dal lavoro, l'altro genitore non può fruire dell'astensione dal lavoro sopradescritta, o del bonus citato, salvo che sia genitore anche di altri figli minori di anni quattordici avuti da altri soggetti che non stiano fruendo di alcuna delle misure illustrate.

LIMITE DI SPESA

I benefici sopra descritti sono riconosciuti nel limite di spesa di 282,8 milioni di euro per l'anno 2021. Le modalità operative per accedere ai benefici di sono stabilite dall'INPS.

QUALI NOVITÀ?

Il decreto ha come priorità la tutela delle lavoratrici e dei lavoratori, unitamente al diritto dei minori di essere "accompagnati" in questa fase di ripresa della didattica a distanza.

Il Governo ha ripreso uno schema già adottato nel corso del 2020, andando a confermare perlopiù disposizioni già contenute nei precedenti provvedimenti normativi.

Sono state tuttavia apportate delle novità. Il legislatore ha **esteso la possibilità di fruire del lavoro agile a tutte le ipotesi di quarantena del figlio per contatto ovunque avvenuto** in luogo delle specifiche causali giustificative previste dal Decreto Agosto (che limitava il contatto all'interno del plesso scolastico, nell'ambito dello svolgimento di attività sportive di base, nel corso di attività motoria in strutture quali palestre, piscine, centri sportivi, circoli sportivi, sia pubblici che privati nonché all'interno di strutture regolarmente frequentate per seguire lezioni musicali e linguistiche).

Costituisce una novità anche **il ricorso al lavoro agile per l'infezione da SARS Covid-19 del figlio minore di sedici anni ovunque questa sia stata contratta**.

Con riguardo alla disciplina dei congedi, il legislatore ammette **la possibilità di fruire dei congedi (indennizzati o no) solo a condizione "che non si possa ricorrere allo smart working"** e non anche in "alternativa" allo stesso, come invece in precedenza previsto dal Decreto Agosto.

Infine, il cosiddetto congedo "scuola", nel caso in cui non sia possibile l'accesso al lavoro agile, costituisce, sulla base della formulazione della norma, **un diritto di natura potestativa del dirigente, che non può essere negato dall'amministrazione**. Quest'ultima può regolare le modalità di esercizio del diritto (certificazione da allegare alla domanda, eventuale preavviso, ecc.), senza possibilità di negare il beneficio o "sanzionare" l'assenza. La norma, a meno di ulteriori precisazioni, non sembra prevedere eccezioni per il personale sanitario, quindi deve ritenersi applicabile anche ai dirigenti alle stesse condizioni previste per la generalità dei lavoratori.

La Sanità che vogliamo

Edito da Moretti&Vitali

Collana "Pensiero
e pratiche di trasformazione"

Le cure
orientate
dalle donne

www.lasanitachevogliamo.it



CAMPAGNA

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

A TUTTI I MEDICI
SPECIALIZZANDI

STOP
COVID-19

Proteggi il tuo futuro.
Tutelati con la nostra
polizza e mettiti
al sicuro.

A soli **€100**

**COMPRESA QUOTA
ASSOCIATIVA ANAAO**

PROMOZIONE VALIDA FINO AL 30.06.2021

La polizza comprende:

Polizza colpa grave

- RC COLPA GRAVE (OBBLIGATORIA in base alla Legge n. 24/2017)
- Inclusiva di Deeming Clause (inclusa la possibilità di aprire il sinistro già all'atto della Comunicazione formale da parte della Struttura ex art. 13 Legge 24/2017)
- Retroattività di 2 anni dalla prima sottoscrizione;
- Garanzia Postuma 10 anni GRATUITA;
- Massimale per Colpa Grave di 1.500.000€
- Nessuna franchigia;

Polizza tutela legale

AMBITI DI COPERTURA:

- PENALE
- CIVILE
- VERTENZE DI LAVORO CONTRATTUALE

PECULIARITA':

- AVVOCATO DI LIBERA SCELTA senza alcuna limitazione territoriale
 - CONSULENTE DI PARTE DI LIBERA SCELTA senza alcuna limitazione territoriale
- MASSIMALE GRATUITO: Senza alcun onere e compreso nella quota associativa Sindacale:
€ 50.000,00 per sinistro, per Assicurato e per Anno Assicurativo.

MEDICAL
INSURANCE BROKERS

www.medicalbrokers.it

T. 0341 287278 info@medicalbrokers.it

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

www.anaao.it