

## **INPS - GUIDA IN 7 PASSI PER PENSIONATI TITOLARI DI TRATTAMENTI PREVIDENZIALI O ASSISTENZIALI DI IMPORTO BASSO**

Naviga nel portale INPS con questa Guida per controllare la tua pensione e scoprire se hai diritto a trattamenti integrativi, o se hai diritto alla Pensione di cittadinanza.

Nel testo trovi i collegamenti alle schede informative delle Prestazioni e dei Servizi online a te dedicati.

**ALLEGATI A PARTE - INPS Guida in 7 passi per pensionati... (documento 263)**

## **LAVORATORI DIPENDENTI e CONGEDO COVID PER QUARANTENA SCOLASTICA DEI FIGLI**

Il decreto-legge 8 settembre 2020, n. 111 ha introdotto, in favore dei genitori lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato, il congedo Covid-19 per quarantena scolastica dei figli. Si tratta di un congedo indennizzato da utilizzare per astenersi dal lavoro, in tutto o in parte, durante il periodo di quarantena del figlio convivente e minore di 14 anni, disposta dalla ASL competente al verificarsi di casi all'interno del plesso scolastico.

Il congedo può essere fruito nei casi in cui i genitori non possano svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile e comunque in alternativa a questa tipologia di svolgimento dell'attività lavorativa. A usufruirne, inoltre, può essere uno solo dei genitori conviventi con il figlio, oppure entrambi ma alternativamente, per periodi di quarantena ricompresi tra il 9 settembre e il 31 dicembre 2020.

### **DECRETO LEGGE n.111 dell'8 settembre 2020**

con disposizioni per far fronte a indifferibili esigenze di sostegno per l'avvio dell'anno scolastico

Art. 5 – Lavoro agile e congedo straordinario per i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente per contatti scolastici

1. Un genitore lavoratore dipendente può svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile per tutto o parte del periodo corrispondente alla durata della quarantena del figlio convivente, minore di anni quattordici, disposta dal Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competente a seguito di contatto verificatosi all'interno del plesso scolastico.

2. Nelle sole ipotesi in cui la prestazione lavorativa non possa essere svolta in modalità agile e comunque in alternativa alla misura di cui al comma 1, 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, disposta dal Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competente a seguito di contatto verificatosi all'interno del plesso scolastico.

3. Per i periodi di congedo fruiti ai sensi del comma 2 e' riconosciuta, in luogo della retribuzione e ai sensi del comma 6, un'indennità pari al 50 per cento della retribuzione stessa, calcolata secondo quanto previsto dall'articolo 23 del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, a eccezione del comma 2 del medesimo articolo. I suddetti periodi sono coperti da contribuzione figurativa.

4. Per i giorni in cui un genitore fruito di una delle misure di cui ai commi 1 o 2, ovvero svolge anche ad altro titolo l'attività di lavoro in modalità agile o comunque non svolge alcuna attività lavorativa, l'altro genitore non può chiedere di fruire di alcuna delle predette misure.

5. Il beneficio di cui al presente articolo può essere riconosciuto, ai sensi del comma 6, per periodi in ogni caso compresi entro il 31 dicembre 2020.

6. Il beneficio di cui ai commi da 2 a 5 e' riconosciuto nel limite di spesa di 50 milioni di euro per l'anno 2020. L'INPS provvede al monitoraggio del limite di spesa di cui al presente comma.

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.

7. Al fine di garantire la sostituzione del personale docente, educativo, amministrativo, tecnico ed ausiliario delle istituzioni scolastiche che usufruisce dei benefici di cui ai commi da 2 a 5, è autorizzata la spesa di 1,5 milioni di euro per l'anno 2020.

8. Agli oneri derivanti dai commi 6 e 7 pari a 51,5 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 22-ter, comma 1, primo periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e successive modificazioni.

9. Le Amministrazioni pubbliche provvedono alle attività di cui al presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Con la circolare 116 del 2 ottobre 2020 l'INPS prevede dunque per i genitori del settore privato la possibilità di usufruire del congedo COVID-19 per la quarantena scolastica dei figli di età inferiore ai 14 anni. Può essere fruito da uno solo dei genitori conviventi con il figlio oppure da entrambi, ma non negli stessi giorni, per periodi di quarantena scolastica dei figli ricompresi tra il 9 settembre 2020 (data di entrata in vigore del decreto legge n. 111 dell'8 settembre 2020) e il 31 dicembre 2020. I lavoratori dipendenti del settore pubblico debbono invece presentare la domanda alla propria amministrazione di competenza la quale dovrà provvedere anche alle modalità di fruizione del congedo stesso.

**ALLEGATI A PARTE - INPS Circolare n. 116 del 2.10.2020 (documento 264)**

**AGENZIA DELLE ENTRATE - DETRAZIONE SPESE SANITARIE** da la Posta di Nuovo Fisco Oggi

### **Domanda**

Posso portare in detrazione la spesa per una visita medica specialistica effettuata presso una struttura privata non convenzionata con il Servizio sanitario nazionale che però è stata pagata da mio marito con il suo bancomat?

### **Risponde Paolo Calderone**

Come è ormai noto, dal 2020 le detrazioni del 19% degli oneri indicati nell'art. 15 del Tuir LINK: <https://def.finanze.it/DocTribFrontend/getAttoNormativoDetail.do?ACTION=getArticolo&id=%7b31D694E8-4398-4030-873B-FEAF5A6647F9%7d&codiceOrdinamento=200001500000000&articolo=Articolo%2015> tra i quali rientrano le spese sanitarie, possono essere richieste solo se il pagamento è effettuato con versamento bancario o postale o altri sistemi tracciabili (carte di debito, di credito e prepagate, assegni bancari e circolari). Fanno eccezione a tale regola e possono essere pagati in contanti, senza perdere il diritto alla detrazione, l'acquisto di medicinali e di dispositivi medici e le prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o dalle strutture private accreditate al Servizio sanitario nazionale.

Sulla possibilità di pagare la spesa con la carta di un familiare, come nel caso del quesito, l'Agenzia delle entrate ha chiarito in una recente risposta a un interpello (risposta n. 484/2020) LINK:

[https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/documents/20143/2707899/Risposta+n.+484\\_2020.pdf/4078ec17-a031-8c8c-4669-94343e9bc183](https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/documents/20143/2707899/Risposta+n.+484_2020.pdf/4078ec17-a031-8c8c-4669-94343e9bc183) che tale soluzione rispetta comunque il requisito della tracciabilità e che, pertanto, l'intestatario del documento di spesa può portare in detrazione la stessa. È indispensabile, comunque, che l'onere sia stato sostenuto ed effettivamente rimasto a carico del contribuente e la prova di tale presupposto è dato dalla fattura (ricevuta o documento commerciale) intestata al contribuente che detrae la spesa (vedi articolo "Spesa medica pagata dal figlio? Il diritto alla detrazione non è perso" LINK: <https://www.fiscooggi.it/rubrica/normativa-e-prassi/articolo/spesa-medica-pagata-dal-figlio-diritto-alla-detrazione-non-e> ). Riguardo all'obbligo della produzione documentale al Caf o al professionista abilitato, l'Agenzia precisa che il contribuente dimostra la tracciabilità del pagamento "mediante prova cartacea della

*transazione/pagamento con ricevuta bancomat, estratto conto, copia bollettino postale o del MAV e dei pagamenti con PagoPA. In mancanza, l'utilizzo del mezzo di pagamento tracciabile può essere documentato mediante l'annotazione in fattura, ricevuta fiscale o documento commerciale, da parte del percettore delle somme che cede il bene o effettua la prestazione di servizio”.*

## **SCELTE TERAPEUTICHE IN CONDIZIONI STRAORDINARIE: APPROVATO IL DOCUMENTO CONGIUNTO FNOMCEO-SIAARTI. FRUTTO DI UN LAVORO CONDIVISO, SUPPORTERÀ IL MEDICO DI FRONTE A DECISIONI DRAMMATICHE** dal sito FNOMCeO

ROMA, 30 OTTOBRE – È accaduto durante la prima fase della pandemia di Covid-19: nelle zone più colpite, nonostante tutte le misure messe in atto e all'aumento dei posti disponibili, i medici, si sono trovati a dover scegliere quali pazienti ammettere in Terapia Intensiva. Rischia di succedere di nuovo. Né il medico né la persona malata devono essere lasciati soli. Il medico con il peso delle sue scelte, la persona malata con la sua sofferenza.

Occorre stabilire dei criteri, coerenti con i principi etici e con quelli professionali, che possano supportare il medico, qualora si trovi di fronte a scelte tragiche, dovute allo squilibrio tra necessità e risorse disponibili. E che possano garantire comunque al paziente i suoi diritti: dargli la certezza che non sarà abbandonato, ma sarà preso in carico con gli strumenti possibili, appropriati e proporzionati.

È proprio questo il senso del Documento congiunto, elaborato dalla FNOMCeO, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, e dalla SIAARTI, la Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva. Un Documento frutto di un lungo lavoro condiviso, che è stato recepito ieri dal Comitato Centrale – l'organo di governo – della FNOMCeO.

Il lavoro nasce da un grido d'allarme, lanciato lo scorso 6 marzo dalla SIAARTI, con la pubblicazione delle Raccomandazioni di Etica Clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. Un appello in seguito raccolto dalla FNOMCeO, che, su iniziativa del Presidente Filippo Anelli, ha istituito, in accordo con i vertici della SIAARTI, una Commissione di lavoro paritetica, per avviare insieme una riflessione all'interno dell'alveo deontologico. A parteciparvi, per la FNOMCeO, Claudio Buccelli, Gianfranco Iadecola, Marco Ioppi (Componenti CDN), Guido Marinoni (Componente Comitato Centrale), Roberto Monaco (Segretario FNOMCeO), Pierantonio Muzzetto (Coordinatore Consulta Deontologica Nazionale); per la SIAARTI, Alberto Giannini (componente Comitato Etico SIAARTI), Giuseppe Gristina (componente Comitato Etico SIAARTI), Davide Mazzon (componente Comitato Etico SIAARTI), Luigi Riccioni (Responsabile Comitato Etico SIAARTI), Marco Vergano (Coordinatore Gruppo di Studio di Bioetica SIAARTI).

“La pandemia da SARS-COV-2 ha portato a un costante aumento del numero di pazienti con necessità di un supporto vitale respiratorio prolungato per insufficienza respiratoria acuta da polmonite interstiziale – scrivono FNOMCeO e SIAARTI nel Documento congiunto oggi approvato -. Infatti, nonostante le misure adottate per garantire a chiunque un trattamento adeguato (aumento massimale di tutte le risorse intensive e creazione di reti per il trasferimento inter-ospedaliero di pazienti), nelle aree più colpite si è reso necessario procedere a una allocazione delle risorse attraverso criteri di triage basati sul principio etico di giustizia distributiva”.

“I criteri d'accesso ai trattamenti intensivi e sub-intensivi che si basano prioritariamente su principi di appropriatezza clinica e proporzionalità delle cure verso il singolo paziente, devono rispondere anche ad esigenze di giustizia distributiva e di equa allocazione delle risorse sanitarie disponibili – premettono ancora i medici -.L'accesso alle cure, indipendentemente dalle risorse e dalla garanzia dell'appropriatezza clinica, deve fondarsi sul ragionamento che è alla base del giudizio clinico, sulla proporzionalità e sulla adeguatezza delle cure secondo il Codice deontologico, in

relazione al bilancio fra costi/benefici di ogni pratica clinica, commisurata agli esiti prevedibili di salute”.

Dopo aver ribadito i principi fondamentali dell’uguaglianza tra le persone e dell’equità dell’accesso alle cure, oltre che della coerenza di ogni decisione con i principi etici e le regole deontologiche della Professione medica, FNOMCeO e SIAARTI analizzano gli aspetti specifici in caso di carenza di risorse.

“Nelle situazioni emergenziali il medico finalizza l’uso ottimale delle risorse alla salvaguardia della sicurezza, dell’efficacia e dell’umanizzazione delle cure evitando ogni discriminazione. Il medico deve altresì espletare ogni azione possibile per ottenere le necessarie risorse aggiuntive soprattutto in relazione ai trattamenti intensivi e sub intensivi – puntualizzano – Nel caso in cui lo squilibrio tra necessità e risorse disponibili persista, è data precedenza per l’accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà ottenere grazie ad essi un concreto, accettabile e duraturo beneficio. A tale fine si applicano criteri rigorosi, espliciti, concorrenti e integrati, valutati sempre caso per caso, quali: la gravità del quadro clinico, le comorbidità, lo stato funzionale pregresso, l’impatto sulla persona dei potenziali effetti collaterali delle cure intensive, la conoscenza di espressioni di volontà precedenti nonché la stessa età biologica, la quale non può mai assumere carattere prevalente”.

“Coloro che non sono trattabili in modo intensivo, ovvero non sono eleggibili ad un trattamento intensivo a causa dell’improbabilità d’ottenere concreti, accettabili e duraturi benefici clinici, sono comunque presi in carico prestando loro le cure appropriate e proporzionate di cui vi sia disponibilità – affermano – Il diritto individuale all’eguale accesso alle cure sanitarie deve rimanere il cardine della protezione che lo Stato è tenuto a fornire e che i Medici hanno il dovere di garantire quale principio deontologico indissolubile. Il ricorso selettivo a criteri che valgano a legittimare differenziate modalità di cura è da considerarsi esclusivamente in stato di assoluta necessità (emergenza/urgenza indifferibile in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili). Il ricorso a tali criteri non può essere inteso come il diniego del principio non negoziabile dell’uguaglianza di valori di ogni essere umano. Sono garantiti quali criteri di scelta sotto il profilo deontologico e professionale: il rispetto, la tutela della dignità e della salute della persona, la proporzionalità e l’adeguatezza delle cure, l’equità d’accesso, il criterio di beneficiabilità, l’età e/o le altre situazioni di vulnerabilità. Tali criteri di scelta non possono essere utilizzati separatamente”.

“L’impossibilità di erogare un determinato trattamento sanitario in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, non può seguire l’abbandono terapeutico – raccomandano in conclusione FNOMCeO e SIAARTI – dovendo il medico sempre provvedere, in considerazione della sua posizione di garanzia, a porre in atto le valutazioni e l’assistenza necessaria affinché l’eventuale progressione della patologia risulti il meno dolorosa possibile e soprattutto sia salvaguardata la dignità della persona, mediante un sostegno idoneo ad alleviarne le sofferenze fisiche, psichiche e spirituali”.

“Quello che vorrei che uscisse con chiarezza è che noi medici ci siamo fatti carico di problemi che sono in realtà legati a un contesto organizzativo – spiega il segretario della FNOMCeO, Roberto Monaco –. Noi medici non abbiamo paura della crisi, perché siamo abituati a lavorare in emergenza. E non temiamo la responsabilità, perché è nostro compito fare scelte condivise col paziente, nel rispetto delle nostre competenze, dei suoi diritti e dei principi del Codice deontologico. Abbiamo paura di tutte quelle falle nell’organizzazione e nella programmazione che possono esplodere durante una crisi”.

“Prima di ogni altra considerazione, dunque, dobbiamo fare di tutto perché il medico non sia costretto a queste scelte – conclude -. Dobbiamo aumentare i posti letto, i respiratori; dobbiamo aumentare il personale per gestirli, partendo dalla formazione. Se poi scelta deve esserci, abbiamo fatto in modo che non sia una scelta dettata dal momento ma condivisa, supportata dai principi del Codice deontologico, della Costituzione, e rispettosa del malato e della Professione medica. Il

Codice Deontologico, infatti, è il faro che i professionisti seguono sempre, nel mare calmo come nella tempesta. E non è statico, ma dinamico, materia viva, così da poter accendere la sua luce laddove ce ne sia bisogno”.

“Lo scenario in cui ci siamo trovati a marzo sta purtroppo tornando attuale – puntualizzano la presidente SIAARTI Flavia Petrini, e gli anestesisti-rianimatori componenti della Commissione paritetica che ha messo a punto il documento – con un’intensità e una durata ancora non quantificabili. La pressione sul sistema sanitario è già alta e potrebbe generare presto nuove situazioni di squilibrio. I medici anestesisti-rianimatori sono tra i sanitari maggiormente impegnati, in Italia come negli altri Paesi, nelle cure per i pazienti colpiti dal virus Sars-Cov-2. È un lavoro complesso e impegnativo. La scarsità di risorse prodotta dalla pandemia ci coinvolge in modo particolare anche nelle difficili scelte per individuare le persone che possono realmente beneficiare delle cure intensive. Abbiamo fatto e stiamo facendo ogni sforzo per garantire le migliori possibilità di cura in circostanze spesso drammatiche. Allo stesso tempo ci siamo impegnati per rendere espliciti e trasparenti i nostri processi decisionali, ancorando le nostre decisioni a solidi criteri di appropriatezza clinica e a principi etici ampiamente condivisi (come il principio di proporzionalità delle cure e quello di giustizia). Come peraltro affermato congiuntamente nel documento FNOMCeO-SIAARTI, auspichiamo, che attraverso una adeguata e rapida modifica del Codice di Deontologia, che riteniamo ormai inderogabile, si realizzi quanto prima quel concreto e utile supporto necessario ad affrontare, con le adeguate garanzie, il difficile compito che siamo chiamati di nuovo ad affrontare”.

In allegato il Documento.

Ufficio Stampa e Informazione FNOMCeO

[informazione@fnomceo.it](mailto:informazione@fnomceo.it)

Ufficio Stampa e comunicazione SIAARTI

[ufficiostampa@siaarti.it](mailto:ufficiostampa@siaarti.it)

Autore: Ufficio Stampa FNOMCeO

**ALLEGATI A PARTE - Documento FNOMCeO - SIAARTI (documento 265)**



## **IL DOCUMENTO CONGIUNTO FNOMCEO-SIAARTI SULLE SCELTE TERAPEUTICHE IN TEMPI DI COVID**

*a cura di*

*Stefano Biasioli - Medico in pensione*

*Presidente FEDERSPeV Provincia di Vicenza*

*Già Presidente CIMO (1999-2009)*

*Past President CONFEDIR (2008-2020)*

*Consigliere CNEL (2010-2023)*

Solo ora siamo venuti in possesso del Documento SIAARTI (Soc Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva) del 6/03/20, in cui questa Società (che non rappresenta tutti gli anestesisti... e tanto meno tutti i medici intensivisti...) formulava una serie di RACCOMANDAZIONI per supportare i clinici coinvolti nella cura dei pazienti con COVID.

Sulla base di queste è stata istituita una **Commissione FNOMCeO (Ordine medici) e SIAARTI volta a scrivere un testo di possibile modifica del codice deontologico medico in tema di scelte "tragiche" in occasione di patologie sanitarie straordinarie, come il COVID.**

Detto documento (scrivono) "verrà utilizzato dalla Consulta Deontologica Nazionale (CDN) della FNOM da un punto di vista codicistico".

**Sono 3 facciate di una gravità unica.**

Nei fatti, ci si ammanta di un presupposto etico (punto a) del documento, pag.1) "allocazione delle risorse attraverso criteri di triage basati sul principio etico di giustizia distributiva", per negare le cure estreme ai pazienti più gravi, identificati dal "trriage".

Capite?? In questo modo si nega il principio di cure a tutti, senza selezione.

Ancora, se mancano strutture/personale, non si attua le regola "primo arrivato, primo servito", ma si selezionano i pazienti.

Ancora.

**punto b)** del documento: *"I criteri di accesso ai trattamenti intensivi e sub-intensivi...DEVONO RISPONDERE ANCHE A ESIGENZE di GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA e di EQUA COLLOCAZIONE delle RISORSE SANITARIE DISPONIBILI...L'accesso alle cure deve fondarsi su un giudizio clinico...che tenga conto anche del bilancio tra costi/benefici di ogni pratica clinica, commisurata agli esiti prevedibili di salute..."*.

Insomma, la logica bocconiana entra in rianimazione! Ancora, chi può prevedere che un intervento medico abbia successo o no, su quel paziente? L'algoritmo bocconiano e una qualunque App?

Ci si sciacqua la bocca (**punti c) e d)** del documento) dicendo che *"... ogni decisione, è formulabile, caso per caso, con criteri rispettosi dei diritti e della dignità delle persone..."*

Ma (**punto d)** si ribadisce che *"... nelle situazioni emergenziali il medico finalizza l'uso ottimale delle risorse...evitando ogni discriminazione..."* salvo poi aggiungere 3 righe dopo che *"...in caso di persistente squilibrio tra necessità e risorse... È DATA LA PRECEDENZA PER L'ACCESSO AI TRATTAMENTI INTENSIVI A CHI POTRA' DA ESSI OTTENERE un CONCRETO, ACCETTABILI e DURATURO BENEFICIO (sic!). A tal fine SI APPLICANO CRITERI RIGOROSI, ESPLICITI, CONCORRENTI e INTEGRATI, VALUTATI CASO PER CASO quali: gravità clinica, comorbilità, stato funzionale pregresso, potenziali effetti collaterali, espressioni precedenti di volontà personale, età biologica..."*

Follia pura.

**SIAMO ALL'EUGENETICA. Io, medico intensivista, decido chi trattare.**

**Io, intensivista, abbandono al loro destino i VECCHI, quelli con PLURIPATOLOGIA, e scelgo di trattare i più giovani, quelli con il solo COVID (senza altre patologie precedenti), quelli che so (!) non avranno effetti collaterali.**

Quando mai è successo, nella medicina italiana?

Ma non finisce qui (**punto d)**. Infatti *"... i pazienti non trattabili in modo intensivo a causa dell'improbabilità d'ottenere risultati concreti, accettabili e duraturi (!!!!!???) sono comunque presi a carico..."*.

Si, ma come ? Con **cure palliative (punto f)** del documento.

**QUINDI, SELEZIONE dei PAZIENTI**, spesso senza alcun consenso sia del paziente stesso (in coma o quasi) e dei famigliari (esclusi dall'accesso all'ospedale e dalla visione del paziente stesso).

Ma, secondo la FNOMCeO, i medici sono anche INDOVINI e DEI IN TERRA? Quante volte - per fortuna- pazienti dati per "morti o moribondi" sono guariti?

**COMUNQUE, NON FINISCE QUI.**

Ancora una affermazione ipocrita (**punto d)** del documento *"...il ricorso selettivo a criteri che valgano a legittimare differenziate modalità di cura è da considerarsi esclusivamente in stato di assoluta necessità (emergenza/urgenza indifferibile in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili..."*.

**Sotto si specifica che va tutelata comunque la persona....si, ma con cure palliative e ammesso** (diciamo Noi) che ci sia almeno un letto o che il malato - dato come inutile e irrecuperabile- non sia abbandonato in un letto di uno scantinato....

Comunque, si ribadisce (punto g) ci si deve astenere dall'accanimento terapeutico....

### **COMMENTO BASATO sulla STORIA CLINICA**

Noi, che medici siamo da decenni, in questi anni di vita professionale ne abbiamo visto di tutti i colori.

Un ricordo, per tutti.

Il Dr. Stefano Biasioli (nefrologo-dializzatore) ricorda bene con quale tristezza, all'inizio degli anni settanta, la carenza di posti dialisi abbia costretto i nefrologi di allora a fare scelte dolorose tra chi trattare con la dialisi e chi no.

Il criterio, allora, era comunque: **“Primo arrivato, primo servito...”**.

Non si facevano selezioni basate sull'età, sul censo, sulle comorbilità, sulle previsioni di successo terapeutico. Non eravamo indovini nè SS tedeschi, ma medici.

Lo stesso Dr. Biasioli ricorda che poi, con la diffusione della dialisi in Italia e nel mondo, TUTTI potevano e possono essere dializzati, con la dialisi extracorporea o con la dialisi peritoneale, qualunque fosse la loro età e qualunque fossero le teoriche aspettative di vita.

Biasioli ricorda anche di aver finito la carriera ospedaliera mettendo in dialisi persone di 93-95 anni, in condizioni cliniche accettabili, nonostante l'uremia.

***In Italia la tutela della salute non è di destra o di sinistra, non è rossa o nera o gialla o verde, del ricco o del povero, è di tutti ... è un diritto costituzionale – mpe***

### **ANCHE LA FEDERSPEV ECCEPISCE**

Prot. 12918

Caro Presidente Anelli, cari tutti, in qualità di Presidente Nazionale FEDER.S.P.eV. e di medico ospedaliero che ha tante volte preso decisioni cliniche difficili durante i decenni passati in ospedale, non posso fare a meno di inviarVi questa lettera aperta.

**Ho letto con attenzione il documento in oggetto e debbo amaramente dire che non lo condivido personalmente ma, soprattutto, non lo condividono i miei iscritti medici, farmacisti e veterinari pensionati e loro superstiti.**

L'emergenza Covid ha sequestrato in casa i “vecchietti” in primavera e tornerà a farlo nei prossimi giorni.

La popolazione italiana è per quasi un terzo costituita da over 65enni e da soggetti con pluripatologie (DM2, ipertensione, cardiopatie, obesità, aterosclerosi, riduzione della funzione renale, malattie oncologiche, etc.) anziani che, peraltro, qualche pseudo tecnico e qualche pseudo politico depensante vorrebbero ghettizzare completamente ignorando che ancora non esistono gli arresti domiciliari per “vecchiaia”.

**Almeno il 50% degli italiani ha qualche problema più o meno grave di salute e la FNOMCeO e la Siaarti cosa fanno? Decidono di costituire una commissione e di stilare un documento (con quale valore legale?) che, dopo una serie di affermazioni ovvie (che paiono tutelare i malati) nella sostanza avalla la “selezione dei pazienti da curare” in presenza di risorse (tecniche e di personale) carenti/insufficienti.**

Mi limito a ricordarvi i punti b) e d) dello stesso documento.

In sintesi:

punto b) “ ...i criteri di accesso al trattamento intensivi e sub intensivi ...devono rispondere anche a esigenze di giustizia distributiva e di equa collocazione delle risorse sanitarie disponibili... L'accesso alle cure deve fondarsi su un giudizio clinico...che tenga anche conto del bilancio costi/benefici di ogni pratica clinica commisurata agli esiti prevedibili di salute...”;

punto d) “ ... è data la precedenza per l'accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà ottenere da essi un concreto, duraturo, accettabile (!) beneficio. A tal fine si applicano criteri rigorosi...”. E' già qualcosa di più rispetto al 1° documento Siaarti dello scorso marzo in cui la scriminante era rappresentata dall'età!!!

**Ma Vi chiedo: che garanzie ci sono in medicina di un successo terapeutico duraturo e che significa accettabile?**

Ancora a chi spetterà la decisione paziente per paziente? Al comitato etico di ASL, al

Primario, al singolo medico?

Siamo sicuri che al di là degli iscritti alla Siaarti, infettivologi, pneumologi e clinici vari, siano disposti ad accettare queste regole?

**Noi della FEDER.S.P.eV. ci auguriamo di no e non vorremmo che a noi, ai nostri parenti e agli italiani “vecchietti e/o con pluripatologie” venissero applicate queste regole.**

**Cure palliative? Selezione naturale? Eugenetica mascherata? Medicina difensiva mascherata?**

**Mi chiedo e Vi chiedo se tutto ciò sia deontologicamente corretto e se, scelte basate su siffatti criteri (carenza di risorse e caratteristiche del paziente) non pongano seri problemi etici, morali e penali.**

Vi rammento che fin dal CCNL 2002/2005 gli ospedalieri denunciavano la futura carenza di medici e personale sanitario e che FEDER.S.P.eV., CONFEDIR, CIMO ed altri sindacati denunciavano i pesanti tagli alla sanità avvenuti negli ultimi anni (- 35 mld). Si da il caso però che i 37 mld circa del Mes che non si vogliono utilizzare potrebbero sanare tutti i problemi che affliggono la sanità compresi quelli individuati nel documento!!!

E che ne è stato di tutti gli altri malati non Covid trascurati da febbraio ad oggi (e domani) e morti o peggiorati perché non trattati in modo adeguato alla patologia principale in atto?

Una virosi nuova? Già, ma chi ha smantellato la struttura nazionale dedicata alla profilassi e cura delle virosi?

Noi FEDER.S.P.eV., noi vecchi medici non condividiamo questo documento e fin da ora invitiamo i colleghi attivi ed **i pensionati richiamati in servizio** a non rispettarlo, **salvo le inevitabili implicazioni giudiziarie.**

E a tal proposito aggiungo che, qualora si verificasse l'ipotesi prevista dal documento se non per scelta libera del paziente o di chi lo rappresenta, molti colleghi non esiterebbero a rivolgersi alla magistratura.

Cordiali saluti ed in attesa di un gradito riscontro.

Michele Poerio

Roma, 3 novembre 2020

**PANDEMIA PASSEPARTOUT** a cura di Giuseppe Pennisi

Nel Sahel, prima che arrivassero i colonizzatori francesi con il codice napoleonico nelle loro valige, durante la transumanza, i vari gruppi nomadi lasciavano donne e bambini in un'oasi, di solito vicino al Niger od ad uno dei suoi affluenti, ed andavano alla ricerca di pascoli. Erano quasi

sempre animisti, a volte spolverati da un po' di monoteismo appreso da qualche missionario mussulmano giunto dal Nord Africa per andare a Timbuctù (grande centro di cultura di cui ancora restano magnifici resti). La transumanza era dura e non tutti ce la facevano: di solito su indicazione del capo carovana, si decideva chi lasciare indietro alla fine di un pasto serale (a cui partecipava anche il malcapitato, il quale sapeva che questa era la legge del deserto). La scelta veniva fatta collegialmente sulla base delle indicazioni del capo carovana. Era consensuale, anche di chi veniva lasciato con un po' d'acqua e di cibo a raggiungere l'Aldilà.

In Italia, non ci sono animisti con un po' di tintura mussulmana. I credenti (delle tre grandi religioni monoteiste) ed i non-credenti hanno metabolizzato una etica ben differente. Soprattutto i medici che prima di entrare nella professione hanno solennemente pronunciato il giuramento di Ippocrate.

Indubbiamente, il fine vita comporta affrontare problemi legali. La stessa Corte Costituzionale, con la sentenza n. 242 depositata il 22 novembre 2019, ha posto l'accento sulla necessità da parte del Parlamento di legiferare in materia per non lasciare che sia sempre la magistratura a fare questa funzione in assenza di leggi chiare. Il Parlamento non ha legiferato per la complessità della materia.

Ora, la pandemia pare venga strumentalizzata come grimaldello per fare quanto il Parlamento non ha fatto: decidere sul fine vita di questo o quello. Sarebbe una decisione quasi monocratica, non collegiale di un gruppo di nomadi o semi-nomadi nel deserto.

Questo è quanto deduco – ma spero di essere smentito- dal documento congiunto FNOMCeO-SIAARTI sulle scelte terapeutiche in tempi di Covid. Ha avuto diffusione sulla stampa nazionale pochi giorni fa, ma pare che una prima bozza sia stata diffusa in marzo.

La complicata sigla indica una commissione della SIAARTI (Soc Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva), in cui questa Società (che non rappresenta tutti gli anestesisti e tanto meno tutti i medici intensivisti (quando ero consigliere del Cnel, nominato dal Presidente della Repubblica, veniva considerata un piccolo sindacato.) formulava una serie di raccomandazioni per supportare i clinici coinvolti nella cura dei pazienti con Covid: a) allocazione delle risorse attraverso criteri di triage basati sul principio di giustizia distributiva, per negare le cure estreme ai pazienti più gravi, identificati dal triage ; b) l'accesso alle cure deve fondarsi su un giudizio clinico....che tenga conto anche del bilancio tra costi/benefici di ogni pratica clinica, commisurata agli esiti prevedibili di salute..; c) nelle situazioni emergenziali il medico finalizza l'uso ottimale delle risorse...evitando ogni discriminazione. In caso di persistente squilibrio tra necessità e risorse viene data la precedenza per l'accesso ai trattamenti intensivi a chi potrà da essi ottenere un concreto, accettabile e duraturo beneficio e che a tal fine si applicano criteri rigorosi espliciti, ed integrati caso per caso quali: gravità clinica, comorbilità, stato funzionale pregresso, potenziali effetti collaterali, espressioni precedenti di volontà personale, età biologica.

Da semplice economista spero di aver capito male e che la signora ignota SIAARTI faccia una precisazione. In caso di silenzio, parli il Governo della Repubblica tramite il Presidente del Consiglio Prof. Avv. Giuseppe Conte in un intervento televisivo per smentire la SIAARTI, assurta all'onore delle cronache. Queste raccomandazioni lo offendono e come cattolico e come giurista. Come offendono il 99% degli italiani. Credenti e non credenti.

## **COVID - SECONDA ONDATA DI CONTAGI e CINA**

Mentre la pandemia di coronavirus imperversa, la Cina è riuscita ad abbattere la curva dei contagi e ha così evitato la seconda ondata. Ma come ha fatto?

Si leggono in un articolo pubblicato su The Lancet – Infectious Diseases (Newsletter n.30/2020: La rivista inglese "The Lancet") le ragioni per cui la Cina è riuscita a tenere sotto controllo la

pandemia nonostante fosse stata l'epicentro del virus e il Paese inizialmente con più malati e morti. Questo sarebbe stato possibile soprattutto grazie a:

- un sistema centralizzato di risposta alle epidemie
- restrizioni molto severe (durante il lockdown solo un membro della famiglia era autorizzato a uscire di casa per comprare beni di prima necessità, per esempio)
- un efficace sistema nazionale di contact tracing (tracciamento dei contagi)
- la capacità di aumentare la produzione di mascherine e camici clinici
- l'accettazione dell'uso obbligatorio della mascherina da parte della popolazione senza polemiche o esitazioni
- un controllo della trasmissione locale che ha lasciato poi il posto alla prevenzione della diffusione del virus dai casi importati.

Inoltre la maggior parte degli adulti cinesi ha vissuto la SARS e ciò ha fatto sì che la società fosse molta attenta e consapevole di ciò che può causare un'epidemia di coronavirus. “

Un'altra differenza con l'Europa è che solo il 3% della popolazione anziana cinese vive in case di riposo, luoghi ad alto rischio.

**LEGGI IN:** [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30800-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30800-8/fulltext)

### **ANZIANI, NO ALLA GHETTIZZAZIONE ANAGRAFICA**

Leggo sulla stampa questa affermazione «**gli anziani non sono indispensabili**». Noi anziani che tanto abbiamo in passato lavorato per il bene del nostro Paese, noi che continuiamo a contribuire per oltre un terzo nel gettito fiscale, noi che da nonni curiamo i nipoti per permettere ai loro genitori di lavorare, noi che siamo il miglior sostegno economico, i migliori ammortizzatori sociali dei bisogni familiari in carenza dell'ombrello pubblico, noi che siamo spesso impegnati nelle opere di solidarietà ebbene siamo molto, moltissimo indignati di questa affermazione irreverente.

Inoltre nel caos di provvedimenti per un supposto freno alla pandemia si ventilano provvedimenti restrittivi per gli over 70: evviva, siamo allo screening anagrafico...moderna rupe Tarpea. Ma gli over 70 non sono gli untori, piuttosto le vittime, quali soggetti più fragili, di grosse carenze direttive e organizzative.

Vorrei inoltre dire a coloro che hanno fatto queste affermazioni e ventilato certi provvedimenti di aver un maggior rispetto verso gli anziani, che non sono stati e non sono degli improduttivi, dei parassiti della società, ricordando loro anche che «**noi siamo ora, quello che cogli anni presto sarete anche voi...**»

Marco Perelli Ercolini - Presidente Regionale Feder.S.P.eV.

### **DIRETTIVA UE - VIRUS SARS-COV-2 AGENTE BIOLOGICO RISCHIO 3**

In base alla Direttiva Ue 2020/739 il virus Sars-Co-V è stato compreso nell'elenco degli agenti biologici di rischio 3 (agenti che possono causare malattie infettive nell'uomo).

All'articolo 2 della Direttiva è previsto che:

*1. Gli Stati membri mettono in vigore le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alla presente direttiva entro e non oltre il 20 novembre 2021. Tuttavia, gli Stati membri mettono in vigore le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative necessarie per conformarsi alle modifiche degli allegati V e VI della direttiva 2000/54/CE, nella misura in cui riguardano l'agente biologico SARS-CoV-2, entro il 24 novembre 2020.*

Gli agenti biologici di rischio 3 sono espressamente indicati nell'allegato A del Dlgs 151/2001 e danno diritto alla interdizione dal lavoro. Il provvedimento di interdizione viene disposto dalla Direzione Territoriale del Lavoro a domanda della lavoratrice interessata o d'ufficio.

**ALLEGATI A PARTE - Direttiva Ue 2020/739 (documento 267)**

## **INPS - CESSIONE DEL QUINTO DELLE PENSIONI, AGGIORNAMENTO TASSI PER IL IV TRIMESTRE 2020** - fonte: Inps

L'INPS, con il messaggio n. 4078 del 3 novembre 2020, informa che, in base al decreto n. 72905 del 26 settembre 2020 del Ministero dell'Economia e delle finanze, sono stati indicati i tassi effettivi globali medi (TEGM) praticati dalle banche e dagli intermediari finanziari e in vigore per il periodo 1° ottobre 2020 – 31 dicembre 2020.

Per i prestiti da estinguersi dietro cessione del quinto dello stipendio e della pensione, il valore dei tassi da applicarsi nel suddetto periodo (1° ottobre 2020 – 31 dicembre 2020) sono i seguenti:

<b>Classi d'importo in euro</b>	<b>Tassi medi</b>	<b>Tassi soglia usura</b>
Fino a 15.000	11,23	18,0375
Oltre i 15.000	7,77	13,7125

Ne consegue che i tassi soglia TAEG da utilizzare per i prestiti estinguibili con cessione del quinto della pensione, concessi da banche e intermediari finanziari in regime di convenzionamento ai pensionati, variano come segue:

<b>TASSI SOGLIA PER CLASSI DI ETÀ DEL PENSIONATO E CLASSE D'IMPORTO DEL PRESTITO (TAEG)</b>		
	<b>Classe di importo del prestito</b>	
<b>Classi di età</b>	<b>Fino a 15.000 euro</b>	<b>Oltre 15.000 euro</b>
Fino a 59 anni	8,37	6,58
60-64	9,17	7,38
65-69	9,97	8,18
70-74	10,67	8,88
75-79	11,47	9,68

(\*) Le classi di età comprendono il compleanno dell'età minima della classe; l'età deve intendersi quella maturata a fine piano di ammortamento.

Le suddette modifiche sono operative con decorrenza 1° ottobre 2020.

**ALLEGATI A PARTE - INPS Messaggio n. 4078 del 3.11.2020 (documento 268)**

## **DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA - COVID-19: MISURE PER IL LAVORO AGILE NELLA PA NEL PERIODO EMERGENZIALE** fonte: Ministero per la Pubblica Amministrazione

E' stato pubblicato, sulla Gazzetta Ufficiale n. 268 del 28 ottobre 2020 il Decreto 19 ottobre 2020 del Dipartimento della Funzione Pubblica con le misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale.

**ALLEGATI A PARTE - DIP.FUNZ.PUBBLICA Decreto 19.10.2020 (documento 269)**

## **VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE** (mpe - Milano)

Grande campagna per una vaccinazione antinfluenzale di massa. A tutti il vaccino!!!

Ma tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare.

Il tuo medico di medicina generale cui a suo tempo avevi richiesto la vaccinazione come dalle indicazioni ASL ti dice che gli sono arrivate solo poche dosi per i pazienti infra sessantenni "fragili" e che ti chiamerà

quando arriveranno (se arriveranno) altre dosi...telefoni alla Asl per la prenotazione al servizio vaccinale Asl...dopo aver aspettato più di un'ora al telefono, risposta: non abbiamo più posto...vai alla Asl, ma se non hai prenotato niente da fare, specialmente ora colla chiusura anti Covid di molti servizi e uffici...vai in farmacia...a Milano, ma il vaccino non è mai arrivato...prendi il telefono e vieni a sapere che alcune strutture private hanno il vaccino e lo fanno subito a pagamento...morale andare nel privato e pagare...varrebbe la pena anche di chiedere il rimborso alla Asl per un servizio non erogato dalle strutture preposte...

Forse meno chiacchiere alla televisione e meno parole sulla stampa, ma un migliore e più funzionale servizio sarebbe auspicabile. Una domanda però: dove sono andate le grandi dosi che dicono aver ordinato per questo servizio tanto magnificato?

## **GOVERNO - DPCM DEL 3 NOVEMBRE, LE MISURE SUDDIVISE PER AREE DI CRITICITÀ**

In data **6 novembre 2020** entrano in vigore le **nuove misure per il contrasto e il contenimento dell'emergenza da Covid-19** contenute nel **DPCM del 3 novembre 2020** LINK: <http://www.dottrinalavoro.it/wp-content/uploads/2020/11/DPCM-03-11-2020.pdf> .

Il nuovo Dpcm individua tre aree: gialla, arancione e rossa corrispondenti ai differenti livelli di criticità nelle Regioni del Paese.

Nello specifico nell'**area gialla** sono attualmente ricomprese: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Province di Trento e Bolzano, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto.

Nell'**area arancione**: Puglia, Sicilia.

Nell'**area rossa**: Calabria, Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta.

## **CONTINUA LEGGI IN**

<http://www.dottrinalavoro.it/notizie-c/pubblicato-il-cd-decreto-ristori-2>

## **COVID/19 - CONGEDO E SMART WORKING PER I GENITORI LAVORATORI DIPENDENTI**

### **Decreto legge 137/2020 (c.d. Ristori)**

#### **Articolo 22 (modifica articolo 21-bis del DI 104/2020 convertito in legge 126/2020) – Scuole e misure per la famiglia**

1. All'articolo 21 bis, del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, le parole: ", minore di anni quattordici," sono sostituite dalle seguenti: ", minore di anni sedici" e dopo le parole: "sia pubblici che privati" sono aggiunte le seguenti: ",nonche' nel caso in cui sia stata disposta la sospensione dell'attivita' didattica in presenza del figlio convivente minore di anni sedici";

b) al comma 3, dopo le parole: "plesso scolastico" sono aggiunte le seguenti: ", nonche' nel caso in cui sia stata disposta la sospensione dell'attivita' didattica in presenza del figlio

convivente minore di anni quattordici. In caso di figli di eta' compresa fra 14 e 16 anni, i genitori hanno diritto di astenersi dal lavoro senza corresponsione di retribuzione o indennita' ne' riconoscimento di contribuzione figurativa, con divieto di licenziamento e diritto alla conservazione del posto di lavoro."

c) al comma 7, le parole: "50 milioni di euro" sono sostituite dalle seguenti: "93 milioni di euro".

d) al comma 8, le parole: "1,5 milioni di euro" sono sostituite dalle seguenti: "4 milioni di euro".

2. Agli oneri derivanti dal presente articolo pari a 45,5 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui l'articolo 85, comma 5, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

Viene ampliato il diritto dei genitori lavoratori dipendenti a fruire dello smart working o, in alternativa, di un congedo per assistere i figli. Le misure potranno essere concesse anche nel caso di sospensione dell'attività didattica in presenza e per i figli con età inferiore a 16 anni (non più quattordici). I genitori lavoratori dipendenti a partire dal 29 ottobre 2020 e sino al 31 dicembre 2020 possono fruire del lavoro agile (qualora compatibile con la prestazione lavorativa) nelle seguenti ipotesi:

- 1) per il periodo di quarantena del figlio convivente con meno di sedici anni (non più quattordici), disposta dal dipartimento di prevenzione della Azienda sanitaria locale (ASL) territorialmente competente a seguito di contatto che sia avvenuto: a) all'interno del plesso scolastico; b) nell'ambito dello svolgimento di attività sportive di base o motoria in strutture come palestre, piscine, centri sportivi, circoli sportivi, sia pubblici che privati; c) all'interno di strutture regolarmente frequentate per seguire lezioni musicali e linguistiche;
- 2) nel caso in cui sia stata disposta la sospensione dell'attività didattica in presenza (es. attivazione della DAD) nel caso del figlio convivente con meno di 16 anni (ipotesi non contemplata secondo la precedente norma).

In alternativa allo smart working è riconosciuto il diritto alla fruizione di un congedo covid-19 retribuito al 50% (peraltro già disciplinato dall'Inps nella Circolare Inps n. 116/2020) sino al 31 dicembre 2020 nelle seguenti ipotesi:

- 1) per il periodo corrispondente alla durata della quarantena del figlio convivente, minore di anni quattordici, disposta dal Dipartimento di prevenzione della ASL territorialmente competente, ma solo per il contagio avvenuto nel plesso scolastico;
- 2) per il periodo corrispondente alla sospensione dell'attività didattica in presenza del figlio convivente, minore di anni quattordici (ipotesi non prevista dalla precedente norma). Attenzione: che nei giorni in cui un genitore fruisce di una delle nuove misure (smart working o congedo) o svolge ad altro titolo attività di lavoro in modalità agile o non svolge alcuna attività, l'altro genitore non può chiedere alcuna delle nuove misure.

Nel caso di figlio con età pari a 14 anni, ma inferiore a 16 anni, il congedo consisterà in una aspettativa non retribuita, con divieto di licenziamento volto alla conservazione del posto, e senza riconoscimento di contribuzione figurativa (anche questa ipotesi non era prevista dalla precedente normativa).

La circolare n. 116/2020 chiarisce quali assenze possono essere compatibili con la richiesta di congedo o aspettativa per genitori di figli di età inferiore a 16 in quarantena o in didattica a distanza.

In particolare, se l'altro genitore è assente per ferie, malattia, aspettativa non retribuita, per riduzione parziale dell'orario di lavoro con integrazione salariale, per permessi per disabili o congedo straordinario. La compatibilità non sussisterà nel caso di altro genitore inoccupato, disoccupato o in congedo di maternità o parentale goduto nelle stesse giornate da parte dell'altro genitore per il medesimo figlio o nel caso di integrazioni salariali con sospensione della prestazione lavorativa.

## **LEGGI IN**

<https://www.pensionioggi.it/notizie/lavoro/covid-19-rafforzato-il-congedo-e-lo-smart-working-per-i-genitori-lavoratori-dipendenti-2342343>

**PER CIRCOLARE INPS 116 VEDI IL DOCUMENTO allegato 264**