

il nuovo Anestesista Rianimatore

GENNAIO - FEBBRAIO - MARZO
2016
1
Anno XXXVII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

Direzione: Via XX Settembre n° 98/E - 00187 Roma - Redazione: Via Ferrante Imparato n° 140 - 80146 Napoli - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli

Punti Nascita sicuri

Mai senza Guardia AR H24

Una lettera aperta al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che ha attirato l'attenzione dei media, ma anche di Istituzioni, esperti, Sindacati.

Il documento è stato diffuso dall'AAROIEMAC in seguito ai casi di morte di parto per ricordare agli Enti preposti, ed in primis, al Ministro della Salute, la necessità indispensabile della Guardia Anestesiologica (non solo Rianimatoria) H24 in tutti gli Ospedali dotati di Punto Nascita.



a pagina 4

Fondo Perseo

Proroga al 2020

Il 15 Gennaio, l'Aran e le Confederazioni Sindacali - tra cui la COSMED di cui l'AAROIEMAC fa parte - hanno sottoscritto l'ipotesi d'accordo di proroga per esercitare l'opzione di passaggio dal TFS al TFR (art. 2, comma 3, accordo quadro nazionale 29 luglio 1999) e di usufruire del contributo aggiuntivo a carico dello Stato.

Il termine è stato spostato al 2020 con efficacia dal 1° Gennaio 2016. Tale proroga si ripercuote positivamente anche sulla possibilità di accedere al Fondo Perseo per il quale è appunto necessario il passaggio da TFS a TFR.

a pagina 13

CONGRESSO SIARED 2016

AAROIEMAC **INTESA PROVIDER ECM** **SIARED**

12° Congresso Nazionale **SIARED**

L'Anestesista Rianimatore di fronte alle sfide di una medicina che cambia

Acquisire nuove competenze, allargare gli orizzonti, valorizzare il ruolo di medico interdisciplinare

10-12 giugno 2016 - Roma

Partecipare per crescere

Roma ospita quest'anno il 12° Congresso SIARED. Programma e Informazioni nelle pagine centrali del giornale e sui siti web AAROIEMAC e SIARED.

Inserto estraibile alle pagine 7 - 8 - 9 - 10

La Mobilitazione prosegue: 17 e 18 Marzo Sciopero

Grande successo della Manifestazione del 20 Febbraio a Napoli

L'Intersindacale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria prosegue nella mobilitazione generale attraverso una serie di appuntamenti per coinvolgere non solo i Medici, ma anche i Cittadini. La Vertenza Salute ha preso il via dal SUD con il grande successo della manifestazione di Napoli che lo scorso 20 Febbraio ha riunito oltre 1000 Medici. È solo l'inizio, in vista dello Sciopero Nazionale di 48 ore del 17 e del 18 Marzo. Le motivazioni della mobilitazione generale nel documento intersindacale pubblicato a pagina 3. In ultima pagina le informazioni sulle modalità di protesta: Sciopero e Assemblee.



Editoriale

Perché non mollare...

I Medici Italiani non si fermano!

Dopo lo sciopero del 16 Dicembre non dobbiamo, né vogliamo smettere di far sentire la nostra voce. Anzi continueremo a farlo in maniera sempre più amplificata e capillare con l'obiettivo di coinvolgere anche i cittadini. Il nostro sogno è, infatti, di manifestare insieme a loro! Non sarà facile far comprendere le nostre ragioni sebbene per molti aspetti combacino esattamente con le loro. Un esempio per tutti: il nostro diritto di lavorare in condizioni adeguate corrisponde con il loro diritto di essere curati in sicurezza. Non ci stancheremo mai di ripeterlo, un Medico riposato è una garanzia per il paziente! Purtroppo la campagna denigratoria portata avanti nei confronti della nostra professione, spesso considerata una casta, ha seriamente compromesso il rapporto Medico-Paziente. Non ci diamo per vinti! Crediamo ancora in un Servizio Sanitario Nazionale universale, uguale per tutti i cittadini da nord a sud, e vogliamo difenderlo!

continua a pagina 2



Nella Foto alcuni partecipanti dell'AAROIEMAC insieme a (da destra): Antonio Amendola - Presidente Sez. Puglia, Teresa Matarazzo - Vice Presidente Area Nord, Emanuele Scarpuzza - Vice Presidente Area Sud, Francesco Allegrini - Presidente Sez. Basilicata, Alessandro Vergallo - Presidente Nazionale, Giuseppe Galano - Presidente Sez. Campania, Fabio Cricelli - Vice Presidente Area Centro e, in primo piano, Vito Cianni - Presidente Sez. Calabria.

a pagina 2 e 3

Dalle Regioni Delibera Orario di Lavoro

Il Governo Italiano ha deciso - su segnalazione delle Segreterie Nazionali di ANAIO ASSOMED - AAROIEMAC - ANPO-NUOVA ASCOTI-FIALS MEDICI e SNR - di impugnare la Legge con la quale la Regione Basilicata ha deciso sostanzialmente di disattendere gli obblighi dettati dalla Europa in merito all'orario di lavoro dei Medici.

"L'applicazione di siffatta norma - si legge nella segnalazione delle OO.SS inviata in Dicembre - determinerebbe un'assunzione di rischio organizzativo elettivo e cosciente da parte dei singoli responsabili delle strutture sanitarie una responsabilità civile, penale e contabile degli stessi".

a pagina 12

Responsabilità Professionale Il DDL approvato alla Camera

Novità in tema di Responsabilità Professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Il DDL Gelli è stato approvato in prima lettura alla Camera con alcuni emendamenti dell'ultimo minuto e ha iniziato l'iter in Commissione al Senato. Tra le modifiche approvate: l'inserimento delle Linee Guida nel sistema nazionale e pub-



blicate sul sito dell'Istituto superiore di sanità.

L'azione di rivalsa nei confronti del medico potrà avvenire soltanto per dolo o colpa grave.

I verbali e gli atti relativi all'attività di gestione del rischio clinico non potranno essere utilizzati o acquisiti nei procedimenti giudiziari.

a pagina 6

Online la FAD 2016! L'offerta formativa a distanza

È disponibile online sul sito internet dell'Associazione, il Corso FAD 2016 "Dall'emergenza all'alta specialità: percorsi di cura centrati sul paziente", accessibile fino al 31 Dicembre 2016.

Il percorso formativo, riservato e offerto gratuitamente agli Iscritti all'AAROIEMAC in regola con il pagamento della quota associativa, per-

mette un approfondimento di temi dibattuti dai relatori durante le sessioni del Congresso SIARED di Riva del Garda (2015), selezionati dal Comitato Scientifico e realizzati attraverso tre percorsi di Anestesia, Rianimazione e Dolore, accompagnati da letture bibliografiche.

Informazioni su:
www.aaroiemac.it

a pagina 16

Sciopero: si raddoppia! Lo stop da 24 a 48 ore

Giovedì 17 e Venerdì 18 Marzo due giorni di astensione dal lavoro

[Continua da pagina 1]

Il primo appuntamento, al quale è dedicato il box di fianco, è stato Sabato 20 Febbraio a Napoli. Eventi simili, ancora da calendarizzare, verranno organizzati al Centro e al Nord Italia. Per giovedì 17 e venerdì 18 Marzo è stato proclamato lo Sciopero generale di 48 ore. Uno stop di due giorni che si è reso necessario dopo quello del 16 Dicembre scorso - decisamente riuscito da un punto di vista dell'adesione e del risalto mediatico - ma che, ancora una volta, non ha suscitato l'interesse del Governo ad eccezione del Ministro Lorenzin che recentemente si è reso disponibile ad un incontro di cui si parla nella pagina successiva. Permangono, comunque, le gravi criticità più volte, e a vari livelli, sottoposte a Istituzioni e Enti competenti:

- il defianziamento progressivo della sanità pubblica, con un rapporto spesa/PIL ai livelli più bassi tra i paesi OCSE;
- il taglio di servizi e personale e la conseguente riduzione dell'accesso alle cure dei cittadini;
- l'attacco al ruolo professionale, dirigenziale e formativo dei medici;
- un federalismo inappropriato che lascia la sanità a pezzi;
- una gestione dei servizi sanitari che non rispetta l'autonomia, la responsabilità e le competenze, insieme con i valori etici e deontologici, dei professionisti;
- la proroga di fatto del blocco dei contratti di lavoro e delle convenzioni, prevista dalla legge di stabilità 2016 insieme con la sottrazione di risorse certe;
- il blocco del turnover, che lascia al palo le speranze dei giovani e dei precari, in attesa di una stabilizzazione solo annunciata;
- l'uso intensivo del lavoro professionale e l'abuso dei contratti atipici, che eludono gli obblighi previdenziali e riducono la sicurezza delle cure;
- l'assenza di programmazione nell'accesso alla formazione



pre e post laurea;

- la mancanza di una riforma delle cure primarie che favorisca l'integrazione del territorio con l'ospedale e un concreto rilancio della prevenzione;
- la varietà di leggi e norme che impediscono al medico il libero esercizio delle sue funzioni lasciandolo alle prese di una burocrazia sempre più invadente ed oppressiva che sottrae spazio all'attività clinica.

Regna quindi ancora una grande incertezza che ci ha spinto a rilanciare, appunto, raddoppiando le ore di sciopero. Una decisione difficile perché porterà enormi disagi, ne siamo consapevoli e lo diciamo con amarezza, ma che potrebbe aprire un varco verso la "ricostruzione". La Sanità è a pezzi, noi lo sappiamo, molti evidentemente ancora no, oppure fanno finta di non saperlo chiudendo gli occhi! Non ci fermeremo fino a quando non li avranno aperti! Nella mobilitazione autunnale, gli Anestesisti Rianimatori hanno dimostrato di essere uniti nella protesta con un'adesione allo sciopero che, in alcune strutture, è stata del 100%. Purtroppo, in altre, le percentuali sono state ben più basse, ma crediamo che questo nuovo appuntamento possa coinvolgere anche chi - per indecisione o per mancanza di adeguata informazione - non ha aderito allo sciopero di Dicembre. Riteniamo di aver diffuso - utilizzando tutti gli strumenti a nostra disposizione (mail, sms, sito internet, giornale, media) - il maggior numero di informazioni possibile, ma l'impegno dei vertici dell'Associazione sarà quello di incrementare ancora di più tale attività, sia a livello nazionale, sia locale. Come nel mese di Dicembre, inoltre, porteremo avanti un controllo a tappeto affinché le Direzioni Generali non escogitino sistemi di pre-cettazione non leciti.

La nostra volontà di vigilare, tuttavia, potrebbe non bastare. Chiediamo, pertanto, ad ogni Iscritto di segnalare ai rispettivi Rappresentanti Aziendali o, in alternativa, ai Presidenti Regionali AARO-EMAC, situazioni non chiare che siano contrarie alla libertà di sciopero, un diritto riconosciuto a tutti i lavoratori! È stato un Autunno caldo, come era stato previsto. La Primavera lo sarà ancora di più, soprattutto se la partecipazione alle manifestazioni, come nel caso di Napoli, e l'adesione allo sciopero saranno ancora più ampie rispetto ai dati autunnali. Ancora una volta, vogliamo ricordarlo: la forza dell'AARO-EMAC sono gli Iscritti, siete voi che leggete queste pagine e a cui chiediamo di unirvi alla protesta per salvare il Servizio Sanitario Nazionale, tutelare la salute dei Cittadini, salvaguardare la professionalità dei Medici e in particolare della nostra categoria!

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AARO-EMAC



A Napoli, un successo!

Oltre 1000 Medici riuniti

Grande successo per la Manifestazione di Sabato 20 Febbraio a Napoli a cui hanno partecipato moltissimi Iscritti AARO-EMAC, oltre ai Presidenti AARO-EMAC della Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia, ai quali non è mancato il supporto centrale dell'Associazione con la presenza del Presidente Nazionale Alessandro Vergallo e dei Vice Presidenti Nazionali Fabio Cricelli, Teresa Matarazzo ed Emanuele Scarpuzza (anche Presidente AARO-EMAC Sicilia). Di seguito la nota diffusa dall'Intersindacale Nazionale immediatamente dopo l'incontro.

"Le Organizzazioni Sindacali dei Medici e dei Dirigenti Sanitari esprimono grande soddisfazione per il successo della manifestazione che si è svolta a Napoli e che ha visto la presenza di oltre 1000 Medici.

La partecipazione delle rappresentanze dei Cittadini, insieme con la straordinaria affluenza di Medici e Dirigenti Sanitari, testimoniano capacità di aggregazione e forza di motivazione a salvaguardia di un bene comune quale il Servizio Sanitario pubblico e Nazionale, che non si innova senza un patto con le competenze e conoscenze dei Medici e dei professionisti e che coinvolga anche i pazienti che si rivolgono al Servizio Sanitario Nazionale. Partire dal Sud ha avuto anche il valore di un simbolo, perché il Sud anticipa, nelle condizioni del suo sistema sanitario e nei livelli di salute dei suoi abitanti, il destino cui è avviata la sanità di tutto il paese. Ma la risposta dei professionisti del Sud testimonia anche la grande volontà di riscatto e di ricostruzione del sistema sanitario.

La manifestazione di Napoli rappresenta un buon viatico per il proseguimento della Vertenza Salute che procederà, anche attraverso l'organizzazione di assemblee in tutti gli ospedali, fino alle 48 ore consecutive di Sciopero Nazionale proclamate per il 17 e 18 Marzo, in attesa che Ministro e Governo battano un colpo per dire ai cittadini italiani se la tutela della loro salute è ancora un diritto costituzionale, l'unico che la Costituzione definisce fondamentale".

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AARO-EMAC

L'AARO-EMAC, dal 1952 una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, a tutela dei Medici Anestesisti Rianimatori, dell'Emergenza e dell'Area Critica, offre a titolo completamente gratuito e soltanto per i propri Iscritti, i seguenti servizi:

PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI

Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti

CONSULENZE MANAGERIALI

Sul controllo di gestione dei servizi sanitari

PARERI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ETC.

A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia

CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL'AARO-EMAC E DALLA SIARED, PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE AVANZATA, CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM

INVIO DEL PERIODICO UFFICIALE

"Il Nuovo Anestesista Rianimatore", rinnovato e aggiornato

CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:

- Responsabilità Civile e Professionale
- Tutela Legale
- Responsabilità Amministrativa
- Altri Settori (in corso di attivazione)

GLI ISCRITTI SONO LA VERA FORZA DELL'AARO-EMAC SE ANCORA NON SEI ISCRITTO, RENDILA PIÙ FORTE, ISCRIVITI ANCHE TU!

Per richiedere l'iscrizione all'AARO-EMAC occorre compilare e firmare la domanda (il modulo è disponibile in formato pdf anche sul sito web www.aaroemac.it) ed inviarla come specificato:

in allegato email a: iscrizioni@aaroemac.it
in alternativa via fax al n°: 06 92912888

L'AARO-EMAC su INTERNET: www.aaroemac.it

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETARIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroemac@aaroemac.it
SEGRETARIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@aaroemac.it
PRESIDENTE SIAARTI • Dr ANTONIO CORCIONE • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • ufficiosteri@aaroemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

ABRUZZO • Dr MICHELE FAVALE • abruzzo@aaroemac.it
BASILICATA • Dr FRANCESCO ALLEGRI • basilicata@aaroemac.it
CALABRIA • Dr VITO CIANNI • calabria@aaroemac.it
CAMPANIA • Dr GIUSEPPE GALANO • campania@aaroemac.it
EMILIA ROMAGNA • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroemac.it
FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dr SERGIO CERCELLETTA • friuli@aaroemac.it
LAZIO • Dr QUIRINO PIACEVOLI • lazio@aaroemac.it
LIGURIA • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • liguria@aaroemac.it
LOMBARDIA • Dr ALESSANDRO VERGALLO • lombardia@aaroemac.it
MARCHE • Dr MARCO CHIARELLO • marche@aaroemac.it
MOLISE • Dr DAVID DI LELLO • molise@aaroemac.it
PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dr GILBERTO FIORE • piemonte-aosta@aaroemac.it
PUGLIA • Dr ANTONIO AMENDOLA • puglia@aaroemac.it
SARDEGNA • Dr CESARE IESU • sardegna@aaroemac.it
SICILIA • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroemac.it
TOSCANA • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroemac.it
UMBRIA • Dr ALVARO CHIANELLA • umbria@aaroemac.it
VENETO • Dr ATTILIO TERREVOLI • veneto@aaroemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO • Dr MASSIMO BERTELLI • bolzano@aaroemac.it
PROVINCIA DI TRENTO • Dr ALBERTO MATTEDI • trento@aaroemac.it

il nuovo Anestesista Rianimatore

Periodico Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - E.M.A.C.

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
FABIO CRICELLI
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

Direzione e Amministrazione
VIA XX Settembre, 98/E
00187 - Roma
Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733
email: ilnuovoar@aaroemac.it

Redazione, progetto grafico, realizzazione e stampa
INK PRINT SERVICE s.r.l.
Via Ferrante Imparato, 190
80046 Napoli (Na)

Il giornale è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'AARO-EMAC

Chiuso in Redazione il
24 Febbraio 2016
Tiratura: 10.600 copie
Spedito il
26 Febbraio 2016

VERTENZA SALUTE

LA SANITÀ È A PEZZI.

RICOSTRUIAMO INSIEME LA SANITÀ.

**SCIOPERO DI 48 ORE
17 E 18 MARZO 2016**

ANAAO ASSOMED - CIMO - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN - FVM - FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFI-SNR) - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL MEDICI - UGL MEDICI - FIMMG - SUMAI - SNAMI - SMI - INTESA SINDACALE (CISL MEDICI-FP CGIL MEDICI-SIMET-SUMAI) - FESPA - FIMP - CIPE - SIMPEF - ANDI - ASSOMED SIVEMP - SBV

SCIOPERO GENERALE 17 E 18 MARZO 2016

MANIFESTO PER #LABUONASANITA'

PREMESSA

Dopo lo sciopero unitario del 16 dicembre 2015, il Governo non ha ancora ritenuto di avviare un confronto con i professionisti per il rilancio della sanità pubblica e la valorizzazione del lavoro di chi quotidianamente garantisce la tutela della salute a milioni di cittadini. Latitano convenzioni e contratti di lavoro, bloccati da oltre sei anni, irrinunciabili strumenti di governo, anche della spesa, e di innovazione dei modelli organizzativi, delle forme retributive, dei contenuti e delle tipologie di lavoro.

Le Organizzazioni sindacali, che non intendono essere spettatrici passive del declino inesorabile della sanità pubblica, sottoposta a continui e pesanti tagli che già peggiorano i dati di salute, tornano a chiedere al Governo di investire sul sistema sanitario pubblico, volano di una filiera produttiva che oggi vale 11 punti di PIL, a partire dalla valorizzazione del suo capitale umano. E di riportare le questioni della sua sostenibilità, della distribuzione non omogenea dei LEA, della specificità di ruolo, status, identità, dei Medici e dei dirigenti sanitari, del futuro dei giovani, della organizzazione del lavoro nell'agenda della politica italiana, dentro una idea ed una azione progettuale. È tempo che la politica decida se è ancora un diritto costituzionale la tutela della salute dei cittadini. Ai quali, destinatari del nostro lavoro quotidiano, denunciando il pericolo che sia vanificato il dettato costituzionale, lasciando le persone più fragili e indifese a subire le malattie come eventi catastrofici. Essere curati secondo i bisogni costituisce un limite etico, civile e sociale oggi fortemente minacciato e, da qualche parte del nostro Paese, già pericolosamente travalicato. I tagli ai servizi che limitano l'accesso alle cure per fasce crescenti di cittadini, salvo pagarli a caro prezzo, lasciano soli coloro che, tutti i giorni e tutte le notti, garantiscono la esigibilità di un diritto costituzionalmente tutelato, a reggere il fronte di una domanda crescente e complessa con risorse decrescenti, esposti alla delegittimazione sociale ed a rischi sempre meno sostenibili a fronte di retribuzioni bloccate da 6 anni.

Il futuro del SSN, che perde pezzi di equità ed universalismo, non dipende solo dal finanziamento, che vede crescere il gap con gli altri paesi europei, ma anche dalla capacità di superare un modello di sanità a pezzi per garantire una omogenea esigibilità del diritto alla salute in tutto il Paese. E dalla inversione della scala delle priorità, che oggi pone la salute agli ultimi posti nelle strategie politiche, dal valore che si attribuisce al lavoro dei professionisti, dal ruolo e dalle responsabilità da assegnare ai Medici, la cui crisi di identità professionale rischia di portarli lontano da ciò che interessa la società e da ciò di cui hanno bisogno i cittadini mettendo a rischio quel valore sociale che è nell'esercizio quotidiano di prossimità alle persone, negli ospedali, negli ambulatori, negli studi, nelle case dove vivono, nei luoghi dove lavorano.

UNA NUOVA GOVERNANCE DELLE ATTIVITÀ SANITARIE

Il disagio professionale è figlio di un processo che vede i medici, e le professioni, marginalizzati e costretti in matrici organizzative che, il più delle volte, trascurano le competenze e mortificano il merito. L'idea del governo clinico e di un management diffuso mantiene, perciò, le sue buone ragioni, nel prospettare un nuovo modello di organizzazione e gestione delle attività di

tutela della salute. Riconoscendo più spazio e più peso alle associazioni di tutela dei cittadini, ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni), ai Medici ed alle professioni nell'orientare e supportare le scelte tecniche nella programmazione e valutazione degli obiettivi e dei risultati di salute, partendo dal riconoscimento di una sfera decisionale fondata sulla autonomia e responsabilità professionale. La natura monocratica del management aziendale, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica, la discrezionalità connessa al rapporto fiduciario, le procedure di selezione, progressione e verifica delle carriere discrezionali ed autoritarie, non possono più essere il paradigma unico e immutabile. I bisogni dei malati ed i valori professionali, e non la struttura finanziaria, devono essere i motori delle scelte strategiche.

La appropriatezza clinica è un valore intrinseco alla professione al quale non intendiamo rinunciare, ma nemmeno subire attraverso atti calati dall'alto. Oggi, Regioni ed Aziende invadono la autonomia e la responsabilità professionale dei medici, per amministrare i loro atti clinici ed imporre ai cittadini prestazioni standardizzate con un generalizzato aumento del ticket. Obbligandoli anche ad usare presidi sanitari decisi da altri, magari al costo più basso a scapito della qualità. Questo comporterà un danno al malato, curato con mezzi inadeguati, e toglierà al medico il controllo sui mezzi che impiega, facendo ricadere su di lui ogni scadimento dell'assistenza. Solo se le competenze dei Medici definiscono il giusto equilibrio nel binomio qualità/prezzo, si eviteranno bisturi che non tagliano, guanti che non proteggono e siringhe che si bloccano. Una politica di efficienza ed ottimizzazione dei costi, per non ridurre la qualità, richiede la applicazione di conoscenze e valori professionali di derivazione clinica.

Il blocco del turnover produce ritmi e turni di lavoro spesso insostenibili, mancato rispetto delle pause e dei riposi, a danno di qualità e sicurezza delle cure, milioni di ore lavorative non retribuite e non recuperabili, ferie non godute, impossibilità per i medici più esperti di trasmettere le loro competenze a quelli più giovani, ed una generalizzata riduzione dei servizi. E crescita del numero di medici e dirigenti sanitari disoccupati e precari, una intera generazione di giovani relegata dopo 11-12 anni di formazione in contratti di lavoro atipici che negano i diritti fondamentali del lavoro. Le assunzioni promesse non saranno sufficienti a riportare a regime il sistema, specie se allocate in maniera non rispettosa dei bisogni organizzativi o, peggio ancora, se avvenissero con un aumento dei contratti atipici. E ora di aumentare l'occupazione dei giovani e di mettere fine ad un precariato che li priva di futuro e li condanna allo sfruttamento.

COINVOLGERE IL SSN NELLA FORMAZIONE

La crisi del sistema della formazione è finita in un imbuto che produce disoccupazione, lasciando troppi giovani in una sorta di riserva indiana a bassa qualificazione professionale, nella quale pescano soggetti interessati a sviluppare attività sanitarie concorrenziali con il pubblico a costi più bassi, fino a moderne forme di caporalato. O spingendoli a cambiare Paese. Occorre garantire coerenza tra la programmazione della formazione pre e post laurea e le esigenze del sistema sanitario nazionale. E an-

ticipare al periodo formativo l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro, anche per assicurare loro un futuro previdenziale. Il regime monopolistico della formazione è il chiavistello con il quale l'Università sta occupando la direzione delle UUOO del SSN, in aziende integrate dilatate da improvvisi provvedimenti legislativi, pur dedicando solo il 30% del tempo di lavoro all'attività clinica. La direzione di tutte le Unità Operative deve essere affidata per pubblico concorso e la attività formativa deve vedere un ruolo attivo dei professionisti operanti nel e per il SSN.

OSPEDALE E TERRITORIO

La riduzione dei posti letto, oggi al di sotto della media europea, avvenuta nel vuoto di politiche attive per le cure primarie, provoca aumento delle liste di attesa e sovrappollamento dei Pronto Soccorso, luoghi simbolo della negazione di diritti costituzionali, che famiglie e medici vivono costretti su fronti opposti. Occorre delineare chiaramente il percorso politico, organizzativo e culturale capace di realizzare il necessario equilibrio ospedale-territorio, non più universi paralleli e separati, attraverso una efficace messa a sistema di diverse modalità assistenziali. Ripensando il ruolo, il modello e la organizzazione del lavoro delle strutture per acuti, in una ottica di sistema, insieme, non prima né dopo, con lo sviluppo di modelli consolidati di cure primarie, in una logica di rete aperta a processi di misurazione e valutazione delle attività e dei loro risultati, in una nuova forma di unità professionale. I nuovi modelli organizzativi ospedalieri derivati dalla industria automobilistica, legittimano, invece, un uso opportunistico delle competenze, in una prospettiva di sanità low cost, una illusione elevata a paradigma di governo.

Le Organizzazioni sindacali mettono al centro delle loro proposte il diritto alla salute dei cittadini ed il lavoro, che del SSN è un valore fondante. Il lavoro arricchito dall'autonomia e dalla responsabilità derivanti da un percorso formativo di lunghezza e complessità senza pari, e dal valore intrinseco del sapere e del saper fare, potente leva di cambiamento e strumento di governo della sanità. Un pensiero riformatore del sistema sanitario deve essere capace di coniugare soluzioni innovative per il rilancio della sanità pubblica con la declaratoria dei nostri ruoli e delle nostre funzioni, per contare nei processi decisionali ed essere rispettati nelle nostre competenze. La ricerca di compatibilità tra scienza, politica ed economia deve ricontestualizzare la professione, anche ridiscutendone essere e modo di essere, per favorire un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e organizzativo al quale possiamo assicurare, in una logica di cambiamenti reciproci, appropriatezza clinica e qualità professionale.

Un Paese che cambia ha bisogno di un SSN nuovo, centrato sul suo capitale umano, e di nuovi modelli di sviluppo sanitario e sociale. Non intendiamo lasciare il progetto del futuro della nostra salute a interessati liquidatori fallimentari, ma riconquistare uno spazio politico come interlocutori e come soggetto negoziale, parte della soluzione per garantire una assistenza efficace ad un costo minore, e non del problema, rifiutando il ruolo di controparte del cambiamento.



E intanto la Lorenzin convoca le OO.SS.

Apprezzamento per la disponibilità, ma lo sciopero è confermato

A seguito della grande mobilitazione dei Medici e delle numerose iniziative in programma un piccolo timido segnale da parte del Governo c'è stato. Il 18 Febbraio scorso le OO.SS. sono state finalmente convocate dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per approfondire le motivazioni dello sciopero di marzo. È ancora troppo poco per poter "deporre le armi". Occorre un confronto a diversi livelli che è stato prontamente richiesto durante l'incontro. Di seguito la nota di sintesi diffusa dall'Intersindacale.

"Le Organizzazioni Sindacali esprimono apprezzamento per la convocazione da parte del Ministro della Salute e per la disponibilità all'ascolto dimostrata. Le Organizzazioni Sindacali hanno rappresentato al Ministro della Salute la gravità per le ripercussioni sulla tutela della salute dei cittadini, del defianziamento della sanità pubblica che ha portato la spesa sanitaria dell'Italia, in rapporto al PIL, al terzultimo posto tra i paesi OCSE a 15, preceduta financo dalla Grecia, facendola precipitare al 21esimo posto nell'indice europeo di gradimento dei consumatori.

Organizzazioni Sindacali e Ministro hanno concordato sulla necessità di aprire un processo che porti al riconoscimento da parte del Governo del ruolo e del valore del lavoro dei Medici, e degli altri professionisti del SSN, insieme con quello della sanità pubblica, come grande patrimonio civile e sociale del Paese, riportandoli all'interno della agenda della Politica Nazionale.

Il Ministro ha altresì dato la propria disponibilità alla attivazione di tavoli tecnici, anche interministeriali, che affrontino le ragioni che oggi rendono insostenibile la situazione dei Medici, e dei Dirigenti Sanitari, per un confronto che porti a scelte strutturali che arrestino il declino del Servizio sanitario nazionale ed il progressivo peggioramento delle condizioni di lavoro dei Professionisti che operano al suo interno. Contratto e convenzioni, sono da attivare subito, costituendo irrinunciabili strumenti di governo, anche della spesa, e di innovazione organizzativa".

Morire di parto: le task force devono intervenire a monte

L'AAROI-EMAC ribadisce le criticità organizzative del Percorso Nascita in Italia



Alessandro Vergallo
 Ass. Anestesisti

In molti ospedali non viene garantita la guardia 24 ore su 24 degli anestesisti rianimatori, nonostante sia prevista dal contratto di lavoro, troppi tagli al personale

Estratto da QN - Quotidiano Nazionale

seguito - hanno ricordato agli Enti preposti, ed in primis, al Ministro della Salute, il ruolo fondamentale della Guardia Anestesiologica H24 in tutti i Punti Nascita italiani.

Le dichiarazioni diffuse hanno richiamato non solo l'attenzione dei media, ma anche quella degli amministratori a diversi livelli: comunale con interrogazioni da parte di consiglieri per verificare la situazione dei relativi Punti Nascita, parlamentare con l'Interpellanza del Deputato SEL, Marisa Nicchi, al Ministro della Salute su quanto affermato dall'AAROI-EMAC. Interpellanza che a breve dovrà avere una risposta.

Non solo, successivamente alla diffusione della Lettera aperta, l'importanza della presenza degli Anestesisti Rianimatori nei Punti Nascita è tornata in mente anche alla Lorenzin, che in diverse sue dichiarazioni a mezzo stampa ha citato la Guardia Anestesiologica H24 come uno dei requisiti fondamentali di sicurezza. Diverse sono state, infine, le voci che hanno pubblicamente dichiarato di concordare con quanto scritto dall'AAROI-EMAC: dal Deputato Benedetto Fucci - Membro della Commissione Affari Sociali della Camera - ai Segretari ANAAO ASSOMED e CISL Medici solo per fare alcuni nomi.

Di seguito il testo della lettera diffusa lo scorso 5 Gennaio:

«Gli Anestesisti Rianimatori sono impegnati professionalmente in modo inconfutabilmente diretto e precipuo in tutte le fasi cliniche di assistenza sanitaria resa ai Cittadini nei momenti di particolare fragilità, tra cui senza alcun dubbio quello del parto in generale, e soprattutto nei casi in cui esso si presenti complicato o patologico. Non è la prima volta che interveniamo sulla necessità di garantire un'adeguata qualità e sicurezza delle cure nei punti nascita dove anche noi prestiamo quotidianamente la nostra opera, e probabilmente non sarà l'ultima, anche se ci piacerebbe, all'alba di una nuova era, se mai si avvererà, non dover intervenire di nuovo.

Questa "lettera aperta" riassume anche la viva voce di molti Anestesisti Rianimatori italiani che hanno seguito il dibattito mediatico sugli eventi in questione non senza lo sconforto di aver riscontrato ancora una volta un deliberato accantonamento, o nella migliore delle ipotesi una diffusa ignoranza, su numerosi aspetti del percorso nascita, non ultimo quello relativo al ruolo professionale che essi svolgono quotidianamente "nell'ombra".

Va subito premesso senza mezzi termini che quattro dei cinque ospedali ove si sono verificate le morti in questione sono ubicati nel "profondo nord" del nostro Paese, e che almeno due di questi (S. Anna di Torino e Spedali Civili di Brescia) sono centri di assoluta eccellenza e con elevati volumi di attività, mentre gli altri due (Bassano del Grappa e San Bonifacio-Verona), pur di non altrettanto rilievo sotto il profilo della quantità di prestazioni erogate, sono di altrettanto riconosciuta qualità organizzativa e professionale.

A favore dell'eccellenza organizzativa e professionale dell'Ospedale di Foggia, dove peraltro il decesso della donna è avvenuto al suo domicilio, può bastare il fatto che si è riusciti a salvare la nascita con un taglio cesareo post-mortem. A tal proposito va appena ricordato che l'equipe medico-infermieristica del 118 è riuscita, per tutto il tragitto dal domicilio della donna all'Ospedale, con una prolungata rianimazione cardio-polmonare eseguita senza sosta sulla madre ormai morta, a garantire l'apporto di sangue e di ossigeno, cioè di vita, alla neonata, mentre gli Anestesisti Rianimatori, in Ospedale, nelle fasi più concitate dell'emergenza in questione, hanno svolto un ruolo altrettanto fondamentale, dato che la probabilità di sopravvivenza in utero, in casi simili, diminuiscono esponenzialmente ad ogni secondo che passa. Perciò tutta l'equipe sanitaria che è intervenuta in quel caso, sebbene nella tragedia di una morte, ha ottenuto l'eccezionale risultato di portare alla luce una neonata viva. Tutto questo è stato reso possibile anche perché l'Ospedale di Foggia può contare h24 su due Anestesisti Rianimatori di guardia, di cui uno dedicato esclusivamente al punto nascita, oltre che su un Reparto di Terapia Intensiva Neonatale con un Neonatologo (cioè un Pediatra esperto specificatamente in neonatologia).

Quello che ci sta a cuore, pertanto, è riportare il dibattito nel merito di questioni che sono state trascurate a tutti i livelli di esposizione mediatica, a prescindere dalle cinque tragedie avvenute nei giorni scorsi.

Un percorso nascita sicuro esige condizioni strutturali e organizzative minime indispensabili, solo rispettando le quali, pur senza potersi illudere di azzerare completamente i rischi legati alla gestazione e al parto, può esserci la massima garanzia possibile di una reale sicurezza della gestante/partoriente e del nascituro/neonato.

Tra tali condizioni, è di basilare importanza l'immediata disponibilità di un Anestesista Rianimatore pronto ad intervenire in tempo reale nel percorso nascita in ogni momento in cui se ne possa ravvisare la necessità. Tale immediata disponibilità è indispensabile per poter affrontare con la massima professionalità e competenza specialistica che soltanto un Anestesista Rianimatore può avere, situazioni critiche che in una gravidanza, soprattutto nelle fasi finali, sono sempre possibili in ogni istante, e garantire la sicurezza della madre a cui è dedicato.

Solo per fare un esempio, la necessità di un taglio cesareo in urgenza, e ancor di più in emergenza, richiede tempi strettissimi e non compatibili con la mancanza della guardia h24 di un Anestesista Rianimatore specificatamente dedicato alle Sale Operatorie, o, almeno negli Ospedali con punti nascita con elevati volumi di attività, con la mancanza della guardia h24 di un Anestesista Rianimatore specificatamente dedicato alla Sala Parto.

Non ci stancheremo mai, finché i decisori politici che in modo diretto o indiretto gestiscono e amministrano le Strutture Sanitarie del nostro Paese non si decideranno ad ascoltarci, di ricordare a tutti quello che invece avviene nella stragrande maggioranza dei nostri Ospedali. Anzi, abbiamo tutte le intenzioni di dirlo a voce sempre più alta.

Non ci stancheremo mai di ricordare a tutti che in moltissimi Ospedali avviene che non è garantita la guardia anestesiologica h24, nonostante sia prevista dal contratto di lavoro al quale tutti gli ospedali pubblici dovrebbero attenersi. In questi moltissimi Ospedali avviene che laddove esiste un Reparto di Rianimazione il Collega di guardia debba abbandonare i pazienti che ha in cura in questo Reparto per correre in sala parto o in sala operatoria per eseguire un Taglio Cesareo in emergenza. Avviene che laddove non esiste un Reparto di Rianimazione un Collega "reperibile" deve catapultarsi da casa, nel cuore della notte, per fare quanto sopra. Avviene, laddove non vi sia un Pediatra, e tantomeno un Neonatologo, né di guardia né reperibile, che il malcapitato Anestesista Rianimatore debba improvvisarsi anche Neonatologo (il che, laddove anche ci fosse un Pediatra, talvolta è il male minore). Avviene che comunque, per poter fare tutto quanto sopra ricorrendo suo malgrado all'arte italica dell'arrangiarsi, il malcapitato Anestesista Rianimatore non sia, come invece spesso accade, impegnato in un'altra urgenza in Ospedale, o che magari non sia addirittura fuori dall'Ospedale, in un'ambulanza, occupato in un trasferimento di un paziente critico verso un Ospedale più attrezzato, o che non debba tentare di ricorrere al dono divino dell'ubiquità, perché "reperibile" per più Ospedali distanti tra loro decine di chilometri, in tal caso spesso senza nessun altro Santo a cui votarsi se non un unico Primario che a sua volta ha la altrettanto italica responsabilità di tali ospedali. E avviene che tutto quanto sopra, e molto altro, che solo per sintesi non elenchiamo, succede sempre più spesso, per gli arcinoti e crescenti tagli del personale che nessuno dei politici al governo del nostro Paese e del nostro SSN apparso sui media ha avuto l'onestà intellettuale di accennare.

"Bisogna partorire in strutture sicure che abbiano l'h24 della pediatria, che abbiano accesso ad una rete neonatale, che abbiano la terapia subintensiva per la partoriente" ha dichiarato il Ministro Lorenzin. Le va riconosciuto il merito, con quest'ultima precisazione, di aver metabolizzato il necessario superamento di una visione esclusivamente "neonato-centrica" del percorso nascita in Italia, che finora ha albergato in diverse sedi istituzionali, comprese alcune commissioni parlamentari dedicate a quest'ambito del nostro SSN.

Peccato si sia dimenticata della necessità di una guardia anestesiologica, anch'essa h24. Può darsi che una comprensibile difficoltà a tenere in debito conto tutta la complessità organizzativa e professionale che occorre ad un punto nascita sicuro le abbia fatto perdere di vista questo dettaglio... se così è stato, nessun problema, siamo qui a ricordarglielo.

Il Ministro ha parlato anche di nuove linee guida sulle cosiddette "gravidezze a rischio" su cui sta lavorando Agenas insieme alle Società Scientifiche: ebbene, è il caso di ricordare che nessuna Società Scientifica di Anestesia e Rianimazione ci risulta essere stata invitata, a meno che per rappresentare gli Anestesisti Rianimatori Italiani non vi sia stato un coinvolgimento ad personam, "a chiamata diretta", di qualche Collega "esperto", di cui non siamo edotti. In tal caso, nulla di male, ma preferiremmo che Società Scientifiche come la SIA-ARTI, la SIARED, la SARNePI, la SIAATIP, ne fossero quantomeno a conoscenza come tali.

In buona sostanza, finché saremo costretti ad essere noi Anestesisti Rianimatori a reclamare come essenziale, anche in quest'ambito, la nostra professionalità, la sicurezza delle cure materno-infantili stenterà ad affermarsi. Le specializzazioni mediche di primo piano nel percorso nascita sono l'Ostetricia-Ginecologia, la Pediatria-Neonatologia, e, last but not least, l'Anestesia e Rianimazione. Senza dimenticare l'importanza del ruolo del personale ostetrico non medico. La "multidisciplinarietà" e la "multiprofessionalità" del percorso nascita non possono essere utilizzate a spezzoni, a discrezione del decisore di turno.

Non va sottaciuta, al proposito della qualità e della sicurezza delle cure nel percorso nascita, una crescente spinta alla "demedicalizzazione" del parto, oltre che dell'intera gravidanza, talvolta presentata alle donne, financo da personale sanitario, come una sorta di ritorno al passato, quando partorire in Ospedale era quasi ritenuto un vezzo di cui oggi le cosiddette "gravidezze fisiologiche" possano tornare tranquillamente a far a meno. Non è così, e purtroppo la realtà dei fatti di cui si parla in questi giorni lo dimostra tragicamente.

Gli argomenti fin qui esposti rappresentano solo alcuni degli aspetti che riguardano i livelli strutturali e organizzativi indispensabili per assicurare un soddisfacente livello di sicurezza dei punti nascita italiani, ma che oggi mancano in un numero sempre più elevato di Ospedali. Il rispetto di tali elementi potrebbe evitare alcuni eventi avversi, fermo restando che la gravidanza, anche quelle più "fisiologica" che possa immaginarsi, e soprattutto il parto, sono situazioni che di per sé implicano la possibilità di complicazioni e di rischi, una esigenza minoranza dei quali è purtroppo inevitabile, e deve essere valutata in rapporto ai dati statistici internazionali.

Il rispetto di tali livelli organizzativi andrebbe quindi accertato prima e non dopo "l'incidente". A tal fine sarebbe realmente utile e - a questo punto decisamente auspicabile - che le ispezioni del Ministero fossero attivate non ex-post alla ricerca degli eventuali colpevoli, sia che si tratti di ipotesi di carenze strutturali e organizzative, sia che vi siano ipotesi di carenze professionali, ma in via preventiva, allo scopo di accertare le condizioni di rischio esistenti nelle diverse realtà e le soluzioni da adottare per gestirle al meglio.

Per quanto ci riguarda, restiamo disponibili ad un confronto".

INTERROGAZIONE A RISPOSTA IN COMMISSIONE, FORTE CAMERA

Categoria dei Deputati: **Legittimata 17 ATTO CAMERA** Sindacato (ipotesi)

INTERROGAZIONE A RISPOSTA IN COMMISSIONE: 5/07321
 presentata da NICCHI MARISA il 12/01/2016 nella seduta numero 545

Stato (ref. 15/07/16)

Assegnato alla commissione:
 XII COMMISSIONE (AFFARI SOCIALI)

Ministero destinatario:
 MINISTERO DELLA SALUTE

Attuale Delegato a rispondere:
 MINISTERO DELLA SALUTE, data delega 12/01/2016

Fasi dell'iter e data di svolgimento:
 MODIFICATO PER COMMISSIONE ASSEGNATARIA IL 12/01/2016

TESTO ATTO

Atto Camera

Interrogazione a risposta in commissione 5-07321

presentato da **NICCHI Marisa**

testo di: **Martedì 12 gennaio 2016, seduta n. 545**

NICCHI — *Al Ministro della Salute*. — Per sapere — premesso che:

Italia è uno dei Paesi con i più bassi tassi di mortalità materna: 10 decessi ogni 100 mila nati. In linea con i tassi registrati nel Regno Unito e in Francia e al di sotto della media occidentale che è di 20 decessi ogni 100 mila nascite. Considerando 500 mila nati annui, i casi di donne che muoiono sono intorno ai 50 ogni anno.

In pochi giorni fra fine dicembre 2015 e inizio gennaio 2016, in Italia si sono verificate cinque morti materne, al Sant'Anna di Torino, allo Spedali Civili di Brescia, a Bassano del Grappa, al San Bonifacio di Verona, a Foggia; fra questi alcuni centri di eccellenza per qualità e quantità di volumi di attività:

a seguito degli eventi gli anestesisti rianimatori dell'Aaroi Emac, hanno scritto una lettera aperta alla Ministra Lorenzin nella quale hanno affermato che «in moltissimi ospedali succede sempre più spesso che non è garantita la guardia anestesiologica h24, anche a causa dei crescenti tagli del personale, nonostante sia prevista dal contratto di lavoro al quale tutti gli ospedali pubblici dovrebbero attenersi», dato che «un percorso nascita sicuro esige condizioni strutturali e organizzative minime indispensabili, solo rispettando le quali, pur senza potersi illudere di azzerare completamente i rischi legati alla gestazione e al parto, può esserci la massima garanzia possibile di una reale sicurezza della gestante/partoriente e del nascituro/neonato. Tra tali condizioni, è di basilare importanza l'immediata disponibilità di un anestesista rianimatore pronto ad intervenire in tempo reale nel percorso nascita in ogni momento in cui se ne possa ravvisare la necessità»;

Donatella Albini, ginecologa e responsabile della Commissione salute del comune di Brescia, ha dichiarato che le morti materne sono spesso eventi imprevedibili, ma che è indispensabile l'assistenza durante tutta la gravidanza e non solo durante il travaglio in modo da poter capire i rischi prima del parto così da potersi confrontare e condividere le infrazioni fra gli operatori e con la partorienti al momento dell'evento;

indispensabile è anche una maggiore presenza dei consultori sul territorio;

la stessa Federazione nazionale dei collegi degli ostetrici (Fnco), ha ricordato come nel nostro Paese, il percorso nascita risulta ancora caratterizzato dalla discontinuità per disomogeneità dei comportamenti, eccessiva parcellizzazione dell'assistenza, carenze a livello di organizzazione dei servizi e di dotazione di ostetriche che, con dell'applicazione dei nuovi orari di lavoro, diverrà sempre più insufficiente —

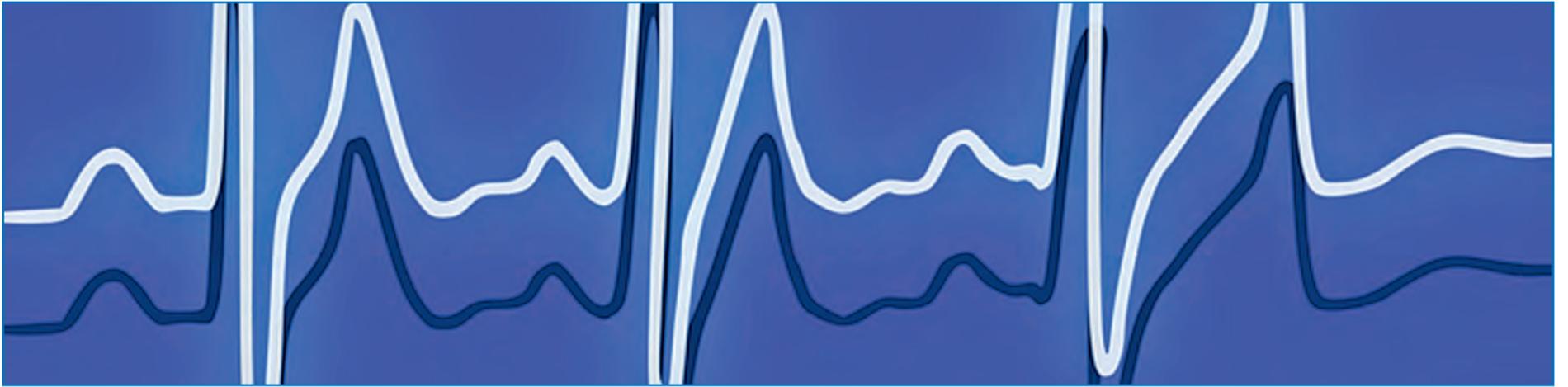
se non si intendano rendere pubblici i risultati completi della relazione che sarà prodotta dagli ispettori ministeriali inviati presso gli ospedali interessati dai decessi;

se non si ritenga indispensabile, al di là delle risultanze delle ispezioni ministeriali suddette, interrompere la perdurante diminuzione del rapporto tra risorse per la sanità pubblica e prodotto interno lordo, che finisce inevitabilmente per incidere profondamente e negativamente sulla qualità dei servizi sanitari resi;

quali iniziative si intendano adottare al fine di garantire livelli strutturali e organizzativi indispensabili per la sicurezza dei punti nascita, a partire dalla guardia anestesiologica h24;

se non si reputi necessario attivarsi al fine di superare le forti disparità esistenti a livello regionale, e in particolare, tra il sud e il nord del Paese, riguardo alle cure ostetrico-neonatali e ai livelli di assistenza dei punti nascita (5-07321)

Il testo dell'interrogazione successiva alla Lettera aperta dell'AAROI-EMAC



A chi giova la “guerra” tra medici e infermieri?

L'intervento dell'Intersindacale dopo il “botta e risposta” tra FNOMCeO e IPASVI

Il 2015 si è concluso con il riaccendersi del dibattito sulle competenze infermieristiche, ed in particolare, sull'ormai noto Comma 566, introdotto a sorpresa lo scorso anno nella Legge di Stabilità 2015.

Poco prima di Natale, Roberta Chersevani, Presidente FNOMCeO, è intervenuta con una nota ufficiale per denunciare il fatto che la richiesta di modificare l'incipit del Comma in questione sia rimasta inascoltata: «Onorevole Ministro Lorenzin - si legge nella lettera scritta dalla Presidente al Ministro della Salute -, un paziente lavoro di contatti e mediazione per eliminare dal comma 566 della Legge di stabilità 2015 l'incipit “Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia...” non sembra intraprendere il percorso legislativo sperato. Questo sta a significare che la Professione medica viene messa in secondo ordine rispetto alle sue legittime aspettative e competenze. Non posso che esprimere il mio legittimo disappunto».

Immediata le risposte dell'Ipasvi e della sua ex Presidente, Annalisa Silvestro, che hanno “surriscaldato” il confronto con affermazioni al limite dell'offensivo ed una Interrogazione al Ministro Lorenzin per chiarire “quali siano le motivazioni, a 12 mesi dall'approvazione della legge n. 190 del 2014, dell'inattuata concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali indicata nel comma 566”.

Tra il “Botta e risposta” FNOMCeO vs IPASVI, è intervenuta l'Intersindacale della Dirigenza medica con una Lettera a Quotidiano Sanità. Il testo parte proprio dal commento del Direttore del quotidiano online, Cesare Fassari, sul tema.

Di seguito il testo:

“Gentile Direttore,

la Sua analisi nel merito della ripresa delle ostilità di fine anno tra la professione medica e quella infermieristica si conclude riprendendo la convinzione “... che tutti siano parimenti concordi che in una gerarchia reale (e non burocratica) di competenze e responsabilità sia giusto che sia il medico, nel bene e nel male, ad avere l'ultima parola”.

Tale convinzione è talmente logica nella sua sintetica linearità, che ha già ricevuto e continua a ricevere, in tutte le

realità del nostro SSN, ampie conferme di condivisione da parte della stragrande maggioranza di tutti i professionisti che mettono al servizio dei cittadini le loro competenze assistenziali.

Proprio per questo motivo spiace constatare ancora una volta che questo semplice concetto sia nuovamente ostacolato da una ripresa di attacchi virulenti alla professione medica, plurimi ma coordinati da un'unica regia di palazzo che oggi tenta persino di delegittimare il ruolo istituzionalmente rappresentativo della professione medica esercitato dall'attuale Presidenza FNOMCeO.

Tale tentativo di delegittimazione tenta di reggersi su argomentazioni surrettizie, che si spingono financo a parlare di “imbarazzi” su cui invece gli stessi argomentatori farebbero bene a riflettere in modo autocritico, dato che da sempre proprio loro ne fanno vessilli “di pura rivendicazione”.

Deve essere perciò rispettato a chi rappresenta professioni anch'esse importanti l'augurio del Presidente Nazionale CONAPS “che un Ordine così importante (la FNOMCeO - NaR), torni a svolgere il suo vero ruolo di garante soprattutto verso i Cittadini della qualità professionale di chi rappresenta e abbandoni logiche rivendicative di puri “diritti” di supremazia, questo non è un ruolo che compete ad un Ordine”.

Rimarchiamo senza mezzi termini che ancor maggiore imbarazzo dovrebbe essere vissuto da chi continua a tessere le fila di proclami rivendicativi basati sostanzialmente su una sempre sbandierata preponderanza numerica (e quindi strumentalizzata in un malcelato significato politico), mascherata sotto una autoreferenzialmente conquistata “dominanza culturale”, secondo i quali proclami “i medici devono ridimensionarsi dentro una logica di squadra, dove la parte del leone ce l'ha chi detiene la continuità dell'assistenza”. Come se la continuità dell'assistenza fosse un esercizio di potere e non un servizio reso al cittadino, senza sottacere la protervia che trasuda da quest'assurda pretesa di escludere i medici da tale continuità.

Ribadiamo che siamo tutt'altro che contrari ad una crescita professionale degli infermieri (e più estesamente di tutti gli altri professionisti sanitari), purché tale crescita non sia strumentale, come invece si è dimostrata sin dalla sua con-

cezione, ad una intollerabile prevaricazione politico-amministrativa che mira ad esautorare i medici dalle proprie competenze, e che si rivela sempre più finalizzata ad un esclusivo vantaggio dei soli vertici gestionali di categorie che nel mondo reale delle loro professionalità appaiono essere del tutto estranee ad un tale “progetto messianico”.

Sottoscriviamo in pieno, pertanto, la replica della nostra Presidente FNOMCeO agli strali lanciati contro all'indomani del suo disappunto per la mancanza di modifiche al comma 566, introdotto con la Legge di Stabilità 2015, disappunto che condividiamo anch'esso in pieno, ricordando che “Nella realtà quotidiana delle nostre sale operatorie, dei nostri reparti d'ospedale, dei nostri ambulatori, i medici, gli infermieri, le altre professioni sanitarie continuano a lavorare in squadra, mettendo al servizio del paziente ognuno le proprie competenze, e a fare riferimento al medico come decisore ultimo e come primo responsabile della sicurezza delle cure e della riuscita del percorso assistenziale”, come ha affermato la Presidente Chersevani.

La “manina che ha fatto fallire la mediazione”, Gentile Direttore, va quindi cercata nella precisa direzione di coloro i quali, anche attraverso pre-condivisioni e commistioni di interessi di parte, a livello sia politico che “tecnico”, continuano a condizionare pesantemente strategie IPASVI che sopravanzano la sua attuale Presidenza, oltre che le reali aspettative delle professioni sanitarie che tentano di rappresentare impedendo un confronto e continuando invece a fomentare unilateralmente ostilità senza alcun senso.

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

L'Abominevole Richieditore di Consulenze Inutili

Quella notte di guardia lo squillo del cordless non prometteva nulla di buono. Non era la suoneria di Profondo Rosso, regalo a tema di qualche buontempone, neanche i tuoni che scuotevano le finestre e i lampi che si abbattavano e rimanevano tristi, no. A farmi raggelare fu l'identificativo comparso sul display, ARCI, l'Abominevole Richieditore di Consulenze Inutili.

Costui, che notoriamente si occupava soprattutto di geloni (anche d'estate), agglutinine a frigore e aria condizionata, mi convocò nel suo reparto, e una volta che giunsi al suo cospetto mi accolse con parole accomodanti: “Scusa se ti ho fatto venire qui, così a freddo, ma sono rimasto di ghiaccio di fronte a questo caso clinico, la sindrome di Findus. La situazione è gravissima...”.

Il quadro che mi presentò era sconsolante: estremità tiepide, coperte da una croccante panatura dorata; un piccolo sofficino al cuore; quattro salti in patella; cordon bleu di metilene. C'era tutto il catalogo.

Resistetti alla tentazione di far polemiche, e invece abbozzai un sorriso; a quel punto, l'Abominevole Richieditore di Consulenze Inutili non poté fare a meno di ricambiare il gesto, in un silenzio glaciale che all'istante entrambi sciogliemmo in una risata a denti stretti, e come per incanto la temibile sindrome prospettata si rivelò una bufala, anzi, una mozzarella in carrozza.

L'Abominevole Richieditore di Consulenze Inutili, visto il miracolo appena avvenuto, mi congedò cordialmente, non prima di chiedermi “Ma come hai capito che dovevamo ridere per fare correttamente diagnosi?”

“Era un chiaro caso di febbre mista...” risposi, e lo mandai affettuosamente a farsi friggere.

RAPPORTI

Medici e retribuzioni in calo

I dati del Rapporto della Ragioneria di Stato

Oltre 1000 Medici ospedalieri in meno nel 2014, passati da 113.803 del 2013 ai 112.746 del 2014. Lo rivela il Conto Annuale della Ragioneria di Stato che descrive la situazione dei lavoratori del Pubblico Impiego.

A diminuire, stando ai dati, anche il costo complessivo delle retribuzioni. Lo stipendio medio dei medici all'anno è diminuito di 229 euro, passando da 73.248 del 2013 a 73.019 del 2014. Di segno + è, invece, il lavoro precario che ha riguardato 7.905 medici nel 2014 invece dei 7.409 del 2013.

In crescita anche l'età media che passa a 52,83 anni rispetto ai 52,2 nel 2013.

Il fenomeno è generalizzato in tutto l'ambito sanitario: sono, infatti, 6447 i dipendenti in meno rispetto all'anno precedente. E la tendenza non è cambiata nel 2015, anzi, sembra che il calo complessivo sia stato anche più evidente. I numeri dei primi nove mesi parlano di una contrazio-

ne dello 0,92% ossia di altri 6.500 dipendenti in meno.

Il trend è ormai in atto da diversi anni. I Dipendenti del SSN nel 2007 erano 682.197 nel 2007, vale a dire 18.404 in più rispetto al 2014. Il calo complessivo registrato in questo arco di tempo è del 2,7%.

“Per gli enti del SSN - si legge nel Rapporto - il calo avvenuto nel 2013 è stato il più basso da quando il comparto ha cominciato a contrarsi. I valori del 2014 segnano invece una nuova considerevole riduzione (-6.500 unità, -1%) che è doppia rispetto a quella dell'anno precedente. In confronto con il proprio anno di massimo, il 2009, nella sanità pubblica a fine 2014 risultavano impiegate 30.000 persone in meno, mentre se consideriamo

quelle presenti a inizio periodo la riduzione è di circa 18.500. I numeri assoluti e percentuali di questi comparti rendono evidente la diversa incidenza delle norme relative al turn over; che nel SSN hanno trovato applicazione differenziata per le regioni in piano di rientro”.

	Variazioni %								
	2008 / 2007	2009 / 2008	2010 / 2009	2011 / 2010	2012 / 2011	2013 / 2012	2014 / 2013	2014 / 2007	2014 / 2007
SOCIOIA	10,4%	4,4%	-1,2%	0,5%	-2,6%	-0,3%	-1,1%	9,8%	
ST. FORMAZ. ART. ED MUSILE	1,3%	-0,3%	9,0%	2,1%	1,8%	0,4%	-1,5%	13,2%	
MINISTERI	2,3%	0,7%	-1,3%	3,7%	0,4%	1,1%	-2,0%	5,0%	
PRESIDENZA CONSIGLIO MINISTR	-	-	-	-	-0,2%	-2,0%	-0,8%	-	
AUTOREG. REGIONALI	-4,1%	9,6%	-1,6%	2,1%	1,0%	0,1%	1,3%	8,1%	
AGENZIE AUTONOME	-	-	-	-	-	-	-	-	
VIGILI DEL FUOCO	7,7%	6,1%	-0,9%	1,2%	-2,2%	0,6%	0,3%	13,1%	
CORPI DI POLIZIA	2,2%	3,1%	0,8%	3,1%	-0,8%	-0,3%	-0,4%	7,9%	
FORZE ARMATE	1,2%	2,4%	1,0%	2,5%	-1,7%	-0,5%	-1,5%	3,3%	
MANIFATTURA	5,1%	3,4%	1,5%	-1,0%	7,9%	0,7%	0,0%	18,6%	
CARRIERA SUP. COMATICA	14,6%	1,0%	0,0%	-1,1%	-0,5%	-4,0%	-0,6%	8,6%	
CARRIERA PREFETTORIA	6,4%	3,8%	-1,3%	4,4%	3,9%	-1,5%	0,8%	16,4%	
CARRIERA PENTENZIARIA	6,8%	0,5%	2,1%	-1,2%	2,5%	-0,1%	-1,9%	8,8%	
ENTI PUBBLICI NON ECONOMICI	2,7%	7,1%	2,3%	-1,5%	-2,5%	-0,3%	-1,2%	6,2%	
ENTI DI RICERCA	0,9%	5,5%	0,0%	-0,4%	-1,0%	-1,6%	-2,0%	1,3%	
UNIVERSITA'	3,9%	1,7%	2,3%	-2,3%	-1,9%	-2,2%	-0,7%	1,7%	
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	4,8%	2,0%	1,3%	0,3%	-0,1%	-0,5%	-0,3%	7,7%	
REGIONI ED AUTONOMIE LOCALI	6,2%	2,6%	0,6%	0,1%	-0,7%	0,0%	-1,5%	7,4%	
REGIONI A STATUTO SPECIALE	4,3%	3,7%	0,2%	0,2%	3,7%	-0,3%	0,3%	12,5%	
AUTORITA' INDEPENDENTI	-2,9%	6,2%	0,2%	4,1%	7,6%	0,3%	1,5%	17,8%	
ENTI ART. 26 COMMA 4 - D. 365/01	1,2%	6,0%	5,0%	16,6%	-1,1%	0,5%	-0,5%	27,3%	
ENTI ART. 26 COMMA 5 - D. 365/01	11,2%	1,6%	0,0%	-18,4%	-2,0%	0,7%	1,7%	-7,3%	
ENTI LISTA 513 STAT.	-	-	-	-	-	-	-	-	
VALORE MEDIO COMPLESSIVO	5,6%	3,2%	0,5%	0,7%	-0,9%	-0,3%	-0,5%	8,4%	

DDL Responsabilità Professionale, Sì alla Camera

Il provvedimento pronto per l'approvazione in Senato



Il DDL "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" ha cominciato l'iter parlamentare, ed è stato approvato alla Camera il 28 Gennaio. È ora pronto per l'approvazione in Senato, dove sarà relatore il Senatore Amedeo Bianco. "Sono molto soddisfatto del testo approvato e del lavoro svolto dall'Aula. Con gli emendamenti approvati siamo riusciti a migliorare un testo già molto buono nel suo impianto", ha commentato Federico Gelli, relatore del provvedimento alla Camera, immediatamente dopo il voto.

Il testo approdato a Montecitorio aveva recepito diversi emendamenti. L'Aula ha poi apportato ulteriori modifiche, come spiegato dallo stesso Gelli:

"Le linee guida saranno inserite nel sistema nazionale linee guida e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità che ricoprirà così un ruolo centrale. Grazie a nuovi emendamenti approvati - ha sottolineato il Relatore del DDL -, i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non potranno essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari. La responsabilità extracontrattuale ci sarà anche per i medici di famiglia e viene escluso l'intervento della Corte dei Conti nell'azione di rivalsa.

La norma infine si estende anche alle strutture socio-sanitarie. Ora il testo passerà al Senato - conclude Gelli - e sia-

mo assolutamente ottimisti che non sarà stravolto l'impianto delle norme approvate così da poter diventare finalmente legge in tempi rapidi".

Entrando nel dettaglio di alcune disposizioni, alle Linee Guida è dedicato l'articolo 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida) che nella nuova versione recita:

"1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Ai fini della presente legge, le linee guida sono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate nel sito internet dell'Istituto superiore di sanità".

L'articolo 6 entra nel merito della Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria prevedendo:

"1. Dopo l'articolo 590-bis del codice penale è inserito il seguente: «Art. 590-ter. - (Responsabilità colposa per morte

o lesioni personali in ambito sanitario). - L'esercente la professione sanitaria che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di cui agli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave. Agli effetti di quanto previsto dal primo comma, è esclusa la colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge".

Altre modifiche apportate sia nella fase pre parlamentare, sia alla Camera riguardano l'articolo 9 relativo alla "Azione di rivalsa". Il testo definitivo approvato a Montecitorio stabilisce che:

"1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.

2. Se il danneggiato, nel giudizio di risarcimento del danno, non ha convenuto anche l'esercente la professione sanitaria, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dal passaggio in giudicato del titolo sulla base del quale è avvenuto il pagamento ovvero dal pagamento in caso di risarcimento avvenuto sulla base di un titolo stragiudiziale.

3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.

4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.

5. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 7 deve essere esercitata dinanzi al giudice ordinario ed è esclusa la giurisdizione della Corte dei conti. La misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata, la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua.

7. Nel giudizio di rivalsa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione".

Altre novità riguardano l'utilizzo degli Audit. È stato, infatti, deciso che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non potranno essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari. Il testo approvato amplia, inoltre, l'ambito di intervento della responsabilità professionale alle strutture socio sanitarie ed estende la responsabilità di tipo extracontrattuale anche ai medici di medicina generale.

Viene, infine, confermato l'obbligo di assicurazione per tutti - aziende SSN, strutture ed enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il SSN che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi e per gli operatori sanitari - ed estesa la copertura anche per i professionisti che vanno in quiescenza.

L'articolo 11, stabilisce, infatti che "...In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta".

Certamente quest'innovazione normativa è un passo in avanti, nel nostro Paese, verso un rapporto tra Professione Medica, Cittadinanza, e Magistratura, meno ispirato ad una "caccia al colpevole" in cui la preda è sempre il medico, e il cacciatore è talvolta un avvocato senza scrupoli, coadiuvato da un perito (medico anch'egli!) orientato più da interesse economico che scientifico-professionale. Tuttavia, riteniamo che la strada per ricondurre i contenziosi entro i confini del legittimo diritto al risarcimento del danno per i Cittadini e dell'altrettanto legittimo diritto a lavorare in serenità per i Medici sia ancora lunga.

Patto tra Medici e Avvocati

Un percorso per la tutela dei diritti di difesa e salute

Un Protocollo d'intesa e l'avvio di un tavolo di lavoro comune sui temi che riguardano i Medici e gli Avvocati. Con l'obiettivo di tutelare i diritti fondamentali e della salute anche attraverso la promozione di una corretta informazione nei confronti dei cittadini.

È, in sintesi, quanto deciso dal Consiglio Nazionale Forense e dalla FNOMCeO in una intesa raggiunta il 21 Gennaio scorso.

La volontà è, tra l'altro, di far conoscere i principi e i valori che sono alla base delle due professioni - di avvocato e di medico -, alle quali sono affidati appunto i diritti costituzionali di difesa e della salute.

"Riponiamo grandi aspettative in questa collaborazione - ha dichiarato la presidente Roberta Chersevani, in rap-



Federazione Nazionale
 Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

presentanza della FNOMCeO insieme al segretario generale Luigi Conte -. Nasce qualcosa di

bertà nel rigoroso rispetto dei principi normativi e deontologici".

"Il patto tra le due professioni contribuirà a diffondere la loro comune cultura, il loro impegno e la loro assunzione di responsabilità a tutela di quei principi che sono espressamente riconosciuti nella Carta Costituzionale - ha affermato il Presidente del Consiglio Nazionale Forense, Andrea Mascherin -.

Occorre con-

trastare la visione esclusivamente mercatista, che produce gravi e negativi effetti proprio sulla tutela delle persone. Medici e Avvocati hanno la responsabilità di informare correttamente i cittadini soprattutto con riguardo alla responsabilità medica, evitando quelle distorsioni dannose per l'intero sistema".

nuovo in un momento di grandi difficoltà che mette in crisi l'esercizio

delle nostre professioni. Questo percorso - sono certa - permetterà alle persone che si affidano ad Avvocati e Medici di guardare al nostro lavoro con rinnovata fiducia.

Avvocati e Medici devono recuperare il senso dell'esercizio delle loro professioni, affermando l'autonomia e la li-

CONSIGLIO NAZIONALE FORENSE
 presso il Ministero della Giustizia





INFORMAZIONI GENERALI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA SIARED

PROVIDER INTESA PROVIDER ECM

ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO AARO-EMAC - Via XX Settembre 98/E - 00187 Roma

INFORMAZIONI tel: 06 47825272 ♦ e-mail: congresso@siared.it

PRESIDENTI DEL CONGRESSO Adriana Paolicchi (Presidente SIARED)
Alessandro Vergallo (Presidente Nazionale AARO-EMAC)

RESPONSABILE DEL PROGRAMMA SCIENTIFICO Adriana Paolicchi (Presidente SIARED)

COMITATO SCIENTIFICO Consiglio Direttivo SIARED

SEDE CONGRESSUALE Roma Eventi - Fontana di Trevi, Piazza della Pilotta 4, Roma

LOCATION, PRENOTAZIONI ALBERGHIERE, VIAGGI, TRASFERIMENTI La Segreteria Organizzativa NON effettua in alcun modo prenotazioni alberghiere, né servizi correlati agli spostamenti per e dalla sede congressuale, che quindi sono lasciati alla libera iniziativa degli interessati. Si fa presente che il Giubileo Straordinario in corso potrebbe comportare difficoltà per quanto riguarda la disponibilità alberghiera. Pertanto, si raccomanda vivamente a tutti coloro che desiderano partecipare al Congresso di provvedere personalmente per tempo, oltre all'iscrizione congressuale, alle loro necessità di soggiorno in Roma.

Per favorire coloro i quali fossero interessati a prenotazioni alberghiere, si segnalano i più noti siti web specializzati nel settore (booking.com, accorhotels.com, expedia.it, agoda.com, trivago.it, venere.com, hoteltravel.com, tripadvisor.it, hotelsfastcompare.com). A titolo di esempio, il sito web booking.com consente una ricerca mirata a reperire strutture alberghiere in una specifica zona prescelta, nonché di ordinare le strutture reperite per: Consigliati da booking.com, Prezzo più basso, Stelle, Distanza dal luogo di interesse. Inoltre, si informa che utilizzando il portale Google Maps, digitando "Roma Eventi Fontana di Trevi" nel campo di ricerca del browser, o direttamente dall'indirizzo web:

<https://www.google.it/maps/place/Roma+Eventi+Fontana+di+Trevi/@41.8989992,12.4823302,17z/data=!3m1!4b1!4m2!3m1!1s0x132f61ad49366359:0x218f61d66713ae7d>

è possibile accedere facilmente a tutte le informazioni che Google Maps mette a disposizione, tra cui gli Hotel nelle vicinanze, oltre che alla visualizzazione della location, spazi congressuali inclusi. Infine, si informa che nel settore delle prenotazioni alberghiere online opera anche l'Agenzia "Space Hotel" (prenotazioni online sul sito web spacehotels.it; per contatti diretti gli interessati possono far riferimento alla Sig.ra Alessandra Bertozzi, n. verde 800.813.013, e-mail alessandra@spacehotels.it; in tal caso specificare l'evento congressuale SIARED).

AREA ESPOSITIVA Per tutta la durata del Congresso sarà allestita un'area espositiva tecnico-scientifica alla quale possono partecipare Aziende Farmaceutiche, Aziende produttrici di Apparecchiature Elettromedicali e Case Editrici Scientifiche.

SVOLGIMENTO LAVORI Per assicurare un corretto svolgimento delle varie Sessioni tutti gli Oratori dovranno attenersi rigorosamente ai tempi assegnati. I Moderatori saranno tenuti a far rispettare i tempi di inizio e di fine di ogni Sessione e quelli assegnati a tutti gli Oratori. La lingua ufficiale è l'italiano.

INFO PER RELATORI E MODERATORI Proiezioni di Materiale (Opzione 1 – Presentazione diretta)

I Relatori possono caricare le proprie presentazioni direttamente sul PC-notebook presente nella propria Sala. In tal caso, le presentazioni dovranno essere obbligatoriamente consegnate almeno un'ora prima dell'inizio della Sessione, per verificarne la corretta funzionalità, e dovranno essere ritirate al termine della stessa.

Proiezioni di Materiale (Opzione 2 – Presentazione a cura del Centro Slide)

In alternativa, i Relatori possono consegnare le proprie presentazioni al Centro Slide. In tal caso, le presentazioni dovranno essere obbligatoriamente consegnate almeno due ore prima dell'inizio della Sessione, per verificarne la corretta funzionalità, e dovranno essere ritirate al termine della stessa. Per il materiale pertinente alle prime relazioni del mattino il materiale dovrà essere consegnato entro le ore 19:00 del giorno precedente.

I Relatori che utilizzano sistemi Macintosh e presentazioni in formato Keynote sono invitati a convertire le presentazioni in formato Power Point e testarle su un PC Windows.

PRESENTAZIONE

Cari Colleghi,
con grande piacere vi presentiamo il 12° Congresso Nazionale S.I.A.R.E.D. (Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore), che si terrà dal 10 al 12 Giugno 2016 presso il Centro Congressi Roma Eventi - Fontana di Trevi (Piazza della Pilotta 4), prestigiosa location situata nel centro storico della Città Eterna.

Per agevolare le partecipazioni, quest'anno il Congresso si svolgerà nel fine settimana, dalle ore 14:00 di Venerdì 10 Giugno fino alle ore 14:00 di Domenica 12 Giugno (fatta eccezione per un Workshop, che inizierà alle ore 08:30 di Venerdì 10 Giugno).

La Medicina si evolve di continuo in tutti i suoi ambiti scientifici e tecnologici, aprendosi sempre più ad approcci clinici, sia diagnostici che terapeutici, integrati e multidisciplinari, e dovendosi a volte confrontare con logiche economicistiche di erogazione delle cure, che generano criticità organizzative, gestionali e professionali alle quali occorre trovare soluzioni che salvaguardino la qualità e la sicurezza delle cure.

Il fil rouge del programma congressuale è sintetizzato nel titolo: la nostra disciplina è chiamata ad affrontare sfide che le vengono poste da più parti, per vincere le quali non può esimersi dal fornire al lavoro quotidiano degli Anestesisti Rianimatori, traendone a sua volta ispirazione, solide basi di crescita culturale, oltre che di formazione e di aggiornamento, con l'obiettivo di una piena espressione e implementazione delle loro competenze, in interazione con i Medici di altre discipline e con i professionisti sanitari non medici.

Come di consueto, il Congresso è focalizzato sui temi dell'Anestesia, della Rianimazione, dell'Emergenza, e della Terapia del dolore acuto e cronico, e sarà per tutti i Partecipanti un'occasione di incontro e di confronto, in presenza di numerosi Esperti nei vari ambiti, i quali hanno raccolto con entusiasmo il nostro invito.

Il programma congressuale prevede sette Aree Tematiche, suddivise in dodici Sessioni, e tre Workshop (di cui uno ripetuto in due edizioni). Ogni Partecipante potrà liberamente scegliere, direttamente in loco, quali Sessioni seguire, mentre per i Workshop è necessaria la scelta al momento dell'iscrizione congressuale, essendo stati organizzati a numero chiuso per favorirne l'efficacia formativa.

Il tema della multidisciplinarietà avrà una particolare rilevanza nella Sessione di Medicina Perioperatoria dedicata alla Fast Track Surgery, ancora agli inizi in Italia, dove la gestione multidisciplinare del paziente chirurgico è oggi una delle sfide più complesse per l'Anestesista Rianimatore.

Un tema sempre attuale è rappresentato dalle infezioni e dalla sepsi, che continuano ad essere tra le principali cause di accesso e di degenza dei pazienti nelle nostre Terapie Intensive, oltre che di mortalità, e per le quali è pertanto indispensabile l'aggiornamento continuo delle conoscenze e delle competenze.

Un tema specifico, ma trasversale a tutti gli ambiti sanitari, è quello delle allergie, la cui prevalenza è in crescita, così come in aumento sono le varietà delle loro forme cliniche e subcliniche, con la conseguente esigenza, sempre più emergente, di percorsi assistenziali dedicati.

Il tema del dolore sarà sviluppato in due Sessioni, l'una dedicata al dolore acuto postoperatorio, l'altra al dolore cronico, con focus specifici sui diversi pazienti nei diversi contesti clinici, sulla farmacopea disponibile, sugli approcci multidisciplinari integrati, sulle metodiche e sulle tecnologie disponibili per le terapie del caso.

Anche quest'anno il Congresso erogherà un elevato numero di crediti ECM, che sono in corso di richiesta, e sono già in opera le iniziative necessarie per poterne rieditare i contenuti in un Corso FAD, come già avvenuto per l'11° Congresso svoltosi lo scorso anno a Riva del Garda.

Vi attendiamo numerosi a Roma!

Adriana Paolicchi
Presidente S.I.A.R.E.D.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale A.A.R.O.I.-E.M.A.C.

ISCRIZIONI CONGRESSUALI Le iscrizioni congressuali dovranno pervenire tassativamente entro e non oltre il 31/05/2016 corredate di rispettivo pagamento in unica soluzione effettuato esclusivamente con bonifico bancario recante la seguente causale obbligatoria: [NOME COGNOME CODICE FISCALE CONGR SIARED 2016] sul c/c con IBAN (0 = zero): IT14Q0306704001000000004152 intestato alla SIARED presso UBI BANCA CARIME.

In caso di pagamenti effettuati entro e non oltre il 30/04/2016 sono previste quote ridotte. Per l'applicazione delle quote (ridotte o intere), farà fede unicamente la data di rispettivo pagamento. In mancanza di pagamento correttamente effettuato entro i termini stabiliti, l'iscrizione congressuale sarà priva di ogni efficacia, senza che nulla possa essere preteso ad alcun titolo. In caso di pagamento incompleto o tardivo rispetto ai termini stabiliti, tale pagamento sarà restituito tramite bonifico bancario sull'IBAN di provenienza, senza che null'altro possa essere preteso ad alcun titolo.

Per le iscrizioni congressuali pervenute entro e non oltre il 31/05/2016, la Segreteria Organizzativa invierà tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail specificato sulla Scheda di Iscrizione Congressuale la conferma di avvenuta iscrizione solo a seguito di avvenuto pagamento della quota prevista conformemente ai termini stabiliti. Tale conferma sarà l'unico titolo attestante la validità dell'iscrizione congressuale, per tutto ciò che ne consegue.

Dopo il 31/05/2016 sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale, previa conferma di disponibilità di posti da richiedersi alla Segreteria Organizzativa al seguente recapito telefonico: 06 47825272. In caso di mancata richiesta di tale disponibilità, non potrà essere garantita la partecipazione al Congresso.

NON È PREVISTA SCHEDA DI ISCRIZIONE CONGRESSUALE CARTACEA.

LE ISCRIZIONI CONGRESSUALI DEVONO ESSERE EFFETTUATE OBBLIGATORIAMENTE ED ESCLUSIVAMENTE ONLINE, SIA PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA IN PROPRIO, SIA PER I PARTECIPANTI CON QUOTA CONGRESSUALE PAGATA DA AZIENDE/SPONSOR.

La Scheda di Partecipazione online è disponibile sui siti web www.aaroiemac.it e www.siared.it

I dati inseriti nella Scheda di Iscrizione Congressuale faranno fede, a tutti gli effetti, per qualsivoglia rapporto tra l'Organizzazione Congressuale nella sua interezza ed i Partecipanti al Congresso.

L'iscrizione congressuale comporta espressamente l'integrale ed incondizionata accettazione di tutte le condizioni specificate nel presente Programma.

ACCOGLIENZA IN SEDE CONGRESSUALE Il nostro Personale di Segreteria sarà a disposizione in sede congressuale dalle ore 13:00 di Venerdì 10 Giugno fino alle ore 14:00 di Domenica 12 Giugno, secondo i seguenti orari:

Venerdì 10 Giugno 13:00-19:30 / Sabato 11 Giugno 08:30-19:30 / Domenica 12 Giugno 8:30-14:00.

SONO PREVISTE LE SEGUENTI POSTAZIONI DI ACCOGLIENZA: Pre-Iscritti, Iscrivendi in Sede Congressuale, Relatori e Moderatori, Espositori.

Per i soli Partecipanti al Workshop "Ecocardiografia in Anestesia, Rianimazione ed Emergenza" a numero chiuso il nostro Personale di Segreteria sarà a disposizione per l'accoglienza Venerdì 10 Giugno alle ore 08:15.

COFFEE BREAK E LUNCH Sono previsti, compresi nella quota di iscrizione congressuale, per tutti i Partecipanti al Congresso, 3 Coffee break (Mattino dell'11 Giugno, Pomeriggio dell'11 Giugno, Mattino del 12 Giugno) e 1 Lunch (11 Giugno).

TELEFONI CELLULARI Nelle Aule dove si svolgono i lavori scientifici i telefoni cellulari dovranno essere tenuti rigorosamente spenti o in modalità silenziosa.

VARIAZIONI Gli Organizzatori si riservano il diritto di apportare al programma del Congresso tutte le variazioni necessarie per ragioni scientifiche e/o tecniche che potessero insorgere.

TRATTAMENTO DATI – PRIVACY POLICY A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 233/2006 del 04/07/2006 (convertito nella L. 248/06 del 04/08/2006) e s.m.i., sulla Scheda di Iscrizione Congressuale è necessario indicare i propri dati. Le informazioni personali fornite con la compilazione e con l'invio della Scheda di Iscrizione Congressuale saranno oggetto di trattamento ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

Tutti gli eventi congressuali, e/o comunque correlati al Congresso, potranno essere, oltre che fotografati, audio e/o videoregistrati. Per tutti i Partecipanti al Congresso, qualunque sia la loro qualifica, è richiesta apposita liberatoria, che viene concessa con l'invio della Scheda di Iscrizione Congressuale.

ISCRIZIONI AL CONGRESSO E QUOTE DI PARTECIPAZIONE

L'iscrizione congressuale include: Kit congressuale, Partecipazione ai lavori scientifici, Attestato di partecipazione ai lavori scientifici secondo le presenze effettive, oltre a 3 Coffee break (Mattino dell'11 Giugno, Pomeriggio dell'11 Giugno, Mattino del 12 Giugno) e 1 Lunch (dell'11 Giugno). Il rilascio dei Crediti Formativi ECM corrispondenti alle Sessioni effettivamente partecipate è riservato alle Discipline Specialistiche mediche per le quali è stato richiesto l'accredito ECM (vedi CREDITI ECM).	ENTRO IL 30/04/2016	OLTRE IL 30/04/2016
MEDICO SPECIALISTA ISCRITTO SIARED (CON CREDITI ECM) Quota ESENTE IVA ex art.10 c.20 DPR 633/72	150,00 €	250,00 €
MEDICO SPECIALIZZANDO ISCRITTO SIARED (SENZA CREDITI ECM) Quota ESENTE IVA ex art.10 c.20 DPR 633/72	50,00 €	60,00 €
MEDICO SPECIALISTA ISCRITTO AARO-EMAC O SIAARTI (CON CREDITI ECM) Quota IVA COMPRESA 22%	200,00 €	300,00 €
MEDICO SPECIALIZZANDO ISCRITTO AARO-EMAC (SENZA CREDITI ECM) Quota IVA COMPRESA 22%	60,00 €	75,00 €
MEDICO NON ISCRITTO SIARED / AARO-EMAC / SIAARTI (CON CREDITI ECM) Quota IVA COMPRESA 22%	300,00 €	420,00 €
PROFESSIONISTA SANITARIO NON MEDICO (SENZA CREDITI ECM) Quota IVA COMPRESA 22%	70,00 €	90,00 €

MODALITÀ DI PAGAMENTO - Le quote di partecipazione riservate ai Medici Iscritti alla SIARED / AARO-EMAC / SIAARTI si intendono soggette a riprova e/o a verifica di avvenuto ed effettivo pagamento della rispettiva iscrizione 2016, mentre le quote ulteriormente agevolate per i Medici Specializzandi Iscritti all'AARO-EMAC, oltre che soggette a tale riprova e/o a verifica, si intendono per effettivo stato di Specializzando nell'anno accademico 2015-2016.

Per ciascun Partecipante, il pagamento della rispettiva quota di partecipazione congressuale dovrà essere effettuato obbligatoriamente e contestualmente all'iscrizione, esclusivamente con bonifico bancario sul c/c con IBAN (0 = zero): IT14Q0306704001000000004152 intestato alla SIARED presso UBI BANCA CARIME, recante la seguente causale obbligatoria: [NOME COGNOME CODICE FISCALE CONGR SIARED 2016]. Non saranno accettati bonifici gravati di spese bancarie, che dovranno essere totalmente a carico dell'ordinante.

Entro 3 (tre) giorni lavorativi è indispensabile provvedere ad inviare alla segreteria Organizzativa, preferibilmente tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail congresso@siared.it, o in alternativa via fax al n° 06 23328733, a pena di cancellazione dall'elenco dei Partecipanti prenotati:

- > Distinta del bonifico bancario corrispondente al totale da versare in pdf ben leggibile;
- > Solo per i Medici Specializzandi: Certificato di Iscrizione 2016 alla Scuola di Specializzazione Universitaria in pdf ben leggibile;
- > Solo per i Medici Specialisti iscritti alla SIAARTI: Attestazione di pagamento della quota di iscrizione 2016.

Per l'applicazione delle quote (ridotte o intere), farà fede unicamente la data di rispettivo pagamento.

In mancanza di pagamento correttamente effettuato ed inviato entro i termini stabiliti, l'iscrizione sarà priva di ogni efficacia, senza che nulla possa essere preteso. In caso di pagamento incompleto o tardivo rispetto ai termini stabiliti, tale pagamento sarà restituito tramite bonifico bancario sull'IBAN di provenienza, senza che null'altro possa essere preteso.

RICEVUTE E FATTURE - A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 233/2006 del 04/07/2006 (convertito nella L. 248/06 del 04/08/2006) e s.m.i., SULLA SCHEDA DI ISCRIZIONE CONGRESSUALE È INDISPENSABILE INDICARE TUTTI I DATI RICHIESTI, prestando particolare attenzione all'esattezza del Codice Fiscale del Partecipante (e, in caso di richiesta fattura, di tutti i dati del Soggetto a cui deve essere intestata). L'indicazione del Codice Fiscale corretto è tassativa per tutti: la mancata o erronea indicazione del Codice Fiscale impedirà, tra l'altro, di erogare i crediti ECM. In caso di pagamento effettuato da soggetti NON titolari di P. IVA NON potrà essere rilasciata fattura, ma potrà essere rilasciata esclusivamente ricevuta fiscale. In tutti i casi, il pagamento dell'intera somma corrispondente alla quota prevista dovrà comunque pervenire in unica soluzione. Ricevute e Fatture potranno essere rilasciate unicamente previa specificazione esatta dei dati richiesti sulla Scheda di Iscrizione Congressuale. In caso di dati incompleti o erronei NON potranno essere rilasciate ricevute né fatture.

RINUNCE - Eventuali rinunce successive al pagamento delle quote di iscrizione congressuale dovranno pervenire esclusivamente tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail congresso@siared.it. Le rinunce pervenute entro e non oltre il 15/05/2016 daranno luogo al rimborso del 50% della quota versata (spese bancarie escluse). I rimborsi saranno evasi dopo la conclusione del Congresso, tramite bonifico bancario sull'IBAN di provenienza del pagamento della quota di iscrizione, da confermarsi sulla stessa e-mail di rinuncia. Nessuna responsabilità potrà essere addebitata all'Organizzazione Congressuale in caso di erronea specificazione di tale IBAN.

NON SI PROCEDERÀ AD ALCUN RIMBORSO IN CASO DI RINUNCE PERVENUTE OLTRE LA DATA DEL 15/05/2016 NÈ IN CASO DI MANCATA O PARZIALE PRESENZA AL CONGRESSO.

TRATTAMENTO DATI - Le informazioni personali fornite con la compilazione e con l'invio della Scheda di Iscrizione Congressuale saranno oggetto di trattamento ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. Si autorizzano espressamente fin d'ora la SIARED, l'AARO-EMAC, e INTESA PROVIDER ECM, ad inserire tali informazioni nelle proprie banche dati, nonché a trattarle e ad utilizzarle per tutte le finalità correlate alle attività esercitate, oltre che ad utilizzarle per le suddette finalità anche le immagini, i video, e le audioregistrazioni di tutti gli eventi comunque correlati al Congresso. Con l'invio della Scheda di Iscrizione Congressuale vengono integralmente e incondizionatamente accettate espressamente tutte le condizioni esposte.

Venerdì 10 Giugno 2016 • AUDITORIUM LOYOLA • 14:00-19:00 AREA MEDICINA PERIOPERATORIA SESSIONE I

MEDICINA PERIOPERATORIA: FAST TRACK – ERAS IN CHIRURGIA MAGGIORE
Chairman: A. Paolicchi (Pisa) - Moderatori: M. Braga (Milano), F. Petrini (Chieti)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Saluto di apertura – A. Paolicchi (Pisa), A. Vergallo (Brescia)	
14:20-14:30	Introduzione ai Lavori	A. Paolicchi (Pisa)
14:30-15:00	La chirurgia sta cambiando: Fast Track Surgery o ERAS	M. Braga (Milano)
15:00-15:30	La multidisciplinarietà nel percorso Fast Track: quali figure professionali?	R. Monzani (Milano)
Problem based learning: casi clinici con discussione		
15:30-15:50	Cosa fare prima ... Nutrizione preoperatoria nel paziente neoplastico	D. Radizzani (Legnano)
15:50-16:10	Cosa fare durante ... Fluidoterapia intraoperatoria	G. Davià (Abano Terme)
16:10-16:30	Cosa fare durante e dopo ... Come gestire la miorioluzione	A. Gratarola (Genova)
16:30-16:50	Cosa fare durante e dopo ... Omeostasi termica perioperatoria	U. Lucangelo (Trieste)
16:50-17:10	Cosa fare durante e dopo ... PONV, solo prevenzione?	P. Di Marco (Roma)
17:10-17:30	Discussione	
17:30-18:00	Tavola Rotonda: Fast Track Surgery, un cambiamento culturale nella cura perioperatoria del paziente chirurgico	M. Braga (Milano) L. Beretta (Milano) E. Forastiere (Roma) A. Paolicchi (Pisa) F. Petrini (Chieti)
18:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Cerimonia Inaugurale

18:00-18:20	Saluto Autorità	
18:20-19:00	Lettura Magistrale – Rocco D'Ambrosio (Roma)	

Venerdì 10 Giugno 2016 • SALA CARDUCCI • 14:00-18:00 AREA DOLORE Cronico SESSIONE I

UPDATE DOLORE CRONICO E CURE PALLIATIVE

Chairman: F. Marinangeli (L'Aquila)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	F. Marinangeli (L'Aquila)
Parte I – Moderatori: D. Gioffré (Pisa), S. Mameli (Cagliari)		
14:20-14:40	Dolore, Società Scientifiche ed Associazioni: caos o sinergia per i pazienti sofferenti?	G. Varrassi (L'Aquila)
14:40-15:10	Gestione farmacologica del dolore da cancro: è ancora attuale la scala a tre gradini?	D. Miotti (Pavia)
15:10-15:30	La radioterapia quale componente essenziale nell'approccio multidisciplinare al dolore da cancro	D. Genovesi (Chieti)
15:30-15:50	Oncologia: nuove prospettive per la terapia del dolore da cancro e per le cure palliative	E. Ricevuto (L'Aquila)
15:50-16:10	Discussione interattiva	
Parte II – Moderatori: D. Dossi (Trento), A. Terrevoli (Vicenza)		
16:10-16:30	Il ruolo dell'Anestesista Rianimatore nelle cure palliative in Italia	F. Marinangeli (L'Aquila)
16:30-17:00	Neurostimolazione: midollare o periferica?	G. De Carolis (Pisa) A. Papa (Napoli)
17:00-17:30	Dolore pelvico perineale	E. Vincenti (Dolo)
17:30-18:00	L'esperto risponde	M. Evangelista (Roma)
18:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 10 Giugno 2016 • SALA FOSCOLO • 14:00-18:00 AREA EMERGENZA SESSIONE I

IL POLITRAUMA: DAL MODELLO ORGANIZZATIVO AL TRATTAMENTO DELLA COMPLESSITÀ CLINICA
Chairman: G. Radeschi (Torino)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:20	Introduzione ai Lavori	G. Radeschi (Torino)
Parte I – Moderatori: M. Difonzo (Bari), A. Mattedi (Trento)		
14:20-14:50	Il politrauma: protocolli di gestione e percorsi terapeutici	E. De Blasio (Benevento)
14:50-15:20	Shock emorragico e coagulopatia da trauma	G. Nardi (Rimini)
15:20-15:50	Trauma vertebro-midollare	R. Flocco (Campobasso)
15:50-16:10	Ruolo dell'elisoccorso nel politrauma	D. Minniti (Reggio Calabria)
16:10-16:30	Discussione	
Parte II – Moderatori: L. Bussolin (Firenze), G. Galano (Napoli)		
16:30-16:50	Strategie diagnostiche: ecografia addominale	C. Spena (Genova)
16:50-17:10	Accesso vascolare ECO-assistito	G. Capozzoli (Bolzano)
17:10-17:40	Il Politrauma nel bambino	N. Pirozzi (Roma)
17:40-18:00	Casi clinici. Discussione interattiva	C. Spena (Genova) G. Capozzoli (Bolzano)
18:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 11 Giugno 2016 • AUDITORIUM LOYOLA • 08:30-13:30 AREA A&R OUTPATIENTS SESSIONE I

ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN CONTESTI PARTICOLARI
Chairman: A. Vergallo (Brescia)

08:30-08:40	Registrazione Partecipanti	
08:40-09:00	Introduzione ai Lavori	A. Corcione (Napoli) A. Paolicchi (Pisa)
NORA (Non Operating Room Anestesia) Moderatori: A. Corcione (Napoli), A. Paolicchi (Pisa)		
09:00-09:30	NORA: superare le disomogeneità dei modelli organizzativi e dei pazienti	G. Savoia (Napoli)
09:30-09:50	NORA: percorsi dedicati e influenza dei contesti	M. Nicolini (Modena)
09:50-10:10	NORA nelle grandi disabilità	G. Di Fiore (Enna)
10:10-10:30	NORA in ambito pediatrico	M. Sammartino (Roma)
10:30-11:15	Tavola rotonda: AAROI-EMAC, SARNEPI, SIAARTI, SIARED per una sinergia di percorsi clinici ed organizzativi della NORA	A. Corcione (Napoli) A. Paolicchi (Pisa) M. Sammartino (Roma) A. Vergallo (Brescia)
11:15-11:30	Pausa	
Cure Domiciliari nei Pazienti Critici Moderatori: F. Diana (Cagliari), V. Cianni (Cosenza)		
11:30-11:50	Modelli Organizzativi	F. Diana (Cagliari)
11:50-12:10	La nutrizione nell'assistenza domiciliare	D. Radizzani (Legnano)
12:10-12:30	La terapia del dolore nel paziente domiciliare	A. Barbatì (Napoli)
12:30-12:50	La cura e la ventilazione domiciliare nel bambino con malattia cronica complessa	A. Wolfler (Milano)
12:50-13:30	Discussione	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 11 Giugno 2016 • SALA CARDUCCI • 08:30-13:30 AREA RIANIMAZIONE SESSIONE I

SEPSI: INFEZIONI D'ORGANO E TERAPIA ANTIMICROBICA
Chairman: U. Lucangelo (Trieste)

08:30-08:40	Registrazione Partecipanti	
08:40-09:00	Introduzione ai Lavori	U. Lucangelo (Trieste)
Parte I - Moderatori: R. A. De Gaudio (Firenze), M. Pittiruti (Roma)		
09:00-09:30	Le infezioni in terapia intensiva	R. A. De Gaudio (Firenze)
09:30-10:00	Le infezioni neuroassiali in terapia intensiva	M. Antonini (Roma)
10:00-10:30	Le infezioni addominali: una sfida in terapia intensiva	F. Forfori (Pisa)
10:30-11:00	Parliamo delle endocarditi in terapia intensiva	M. Viviani (Trieste)
11:00-11:15	Discussione interattiva	
11:15-11:30	Pausa	
Parte II - Problem based learning: Casi clinici con discussione Moderatori: M. Antonini (Roma), E. Iacobone (Macerata)		
11:30-11:50	Infezioni fungine in terapia intensiva	M. Venditti (Roma)
11:50-12:10	Infezioni batteriche multi resistenti in terapia intensiva	C. Tascini (Pisa)
12:10-12:30	Ferite difficili	C. Iesu (Cagliari)
12:30-12:50	Antimicrobial stewardship	E. Comandini (Roma)
12:50-13:10	Immunodepressione postcritica	G. Berlot (Trieste)
13:10-13:30	Discussione interattiva	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 11 Giugno 2016 • SALA FOSCOLO • 08:30-13:30 AREA ANESTESIA SESSIONE I

ALLERGIA ED ANAFILASSI IN ANESTESIA

Chairman: Q. Piacevoli (Roma)

08:30-08:40	Registrazione Partecipanti	
08:40-09:00	Introduzione ai Lavori	T. Matarazzo (Ferrara) Q. Piacevoli (Roma)
Parte I - Moderatori: G. Danelli (Cremona), T. Matarazzo (Ferrara)		
09:00-09:30	La stratificazione del rischio nel soggetto allergico: alleanza Allergologo – Anestesista Rianimatore	F. Fassio (Pistoia)
09:30-10:00	Reazione allergica in sala operatoria: alleanza Anestesista Rianimatore – Allergologo per il trattamento della crisi e la prevenzione di futuri episodi	P. Gregorini (Bologna)
10:00-10:30	Focus su allergie e tossicità agli anestetici locali	A. Behr (Padova)
10:30-11:00	Anestesia nel paziente affetto da Mastocitosi	A. Bisoffi Varani (Verona)
11:00-11:15	Discussione	
11:15-11:30	Pausa	
Parte II - Problem based learning: casi clinici con discussione interattiva Moderatori: L. Bussolin (Firenze), A. Chianella (Foligno)		
11:30-12:10	Pianeta Bambino: - Il bambino allergico e l'anestesia - La reazione allergica nel perioperatorio	L. Bortone (Parma) A. Lai (Cagliari)
12:10-12:30	Allergia ai plasma expander, come riconoscerla	M. Nalli (Piacenza)
12:30-13:00	Aspetti medico-legali	P. Albarello (Roma)
13:00-13:30	Discussione	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 11 Giugno 2016 • AUDITORIUM LOYOLA • 14:00-19:30 AREA RIANIMAZIONE SESSIONE II

CUORE-POLMONE, LE SFIDE: ECMO

Chairman: Q. Piacevoli (Roma)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:30	Introduzione ai Lavori	
Parte I - Moderatori: S. Grasso (Bari), F. Valenza (Milano)		
14:30-15:30	L'ECMO è l'unica risorsa nell'insufficienza respiratoria acuta grave?	M. Ranieri (Roma) U. Lucangelo (Trieste)
15:30-16:00	L'ECMO nell'insufficienza cardiaca acuta	A. F. Arcadipane (Palermo)
16:00-16:30	L'ECMO nel prelievo d'organo	F. Bassi (Pordenone)
16:30-16:45	Discussione	
16:45-17:00	Pausa	
Parte II - Moderatori: A. F. Arcadipane (Palermo), U. Lucangelo (Trieste)		
17:00-17:30	Monitoraggio della coagulazione durante ECMO	D. Colella (Roma)
17:30-18:00	Caso clinico: una nuova frontiera	F. Valenza (Milano)
18:00-18:20	Caso clinico: ECMO nel paziente obeso	M. Ferluga (Trieste)
18:20-18:40	Caso clinico ECMO nel paziente con ARDS e sepsi	K. Abdalla (Catanzaro)
18:40-19:30	L'esperto risponde	S. Grasso (Bari)
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 11 Giugno 2016 • SALA CARDUCCI • 14:00-19:30 AREA POLITEMATICA SESSIONE I

AAROI-EMAC E SIARED PER LA FORMAZIONE: SESSIONE INTERATTIVA
Chairman: A. Vergallo (Brescia) - Moderatori: A. Paolicchi (Pisa), F. Marinangeli (L'Aquila)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:30	Introduzione ai Lavori	A. Paolicchi (Pisa)
CUORE: Il paziente cardiopatico congenito adulto da sottoporre a chirurgia non cardiaca Discussants: G. Capogna (Roma), L. Tritapepe (Roma)		
14:30-15:00	Gestione anestesiológica	F. Guarracino (Pisa)
15:00-15:30	Terapia intensiva postoperatoria	T. Aloisio (Milano)
15:30-16:00	Quale approccio durante il parto?	A. Brizzi (Bari)
16:00-16:30	PFO ed incidente subacqueo: evidenze e percorsi diagnostici e terapeutici	C. Marabotti (Livorno)
16:30-16:40	Pausa	
ECOGRAFIA: Focus sugli errori, tips and tricks Discussants: G. Capozzoli (Bolzano), F. Forfori (Pisa)		
16:40-17:00	Tap block – Pecs eco guidati	P. Fusco (L'Aquila)
17:00-17:20	Ecografia polmonare	L. Vetrugno (Udine)
17:20-18:10	Presentazione dei Migliori Poster selezionati dal Comitato Scientifico Presentazione Lavori candidati al 2° Memorial "Marco Rambaldi"	
FOCUS SULLE QUESTIONI MEDICO LEGALI Presenta: A. Vergallo (Brescia)		
18:10-18:30	Studio AAROI-EMAC sui contenziosi medico-legali	F. Marinangeli (L'Aquila)
18:30-19:30	Tavola Rotonda: Problematiche medico-legali in anestesia e rianimazione, emergenza, area critica	P. Albarello (Roma) G. Fusco (Roma) F. Marinangeli (L'Aquila) R. Orsetti (Roma) F. Pacifici (Viterbo) G. Madaia (Roma) Q. Piacevoli (Roma) A. Vergallo (Brescia)
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 11 Giugno 2016 • SALA FOSCOLO • 14:00-19:30

AREA DOLORE Acuto

SESSIONE II

DOLORE ACUTO POSTOPERATORIO

Chairman: A. Corcione (Napoli)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:30	Introduzione ai Lavori	A. Corcione (Napoli)
Parte I - Moderatori: L. Bertini (Roma), P. A. Di Marco (Roma)		
14:30-15:00	Come condurre la ricerca scientifica nel dolore postoperatorio	G. Della Rocca (Udine)
15:00-15:30	Metodiche di somministrazione dei farmaci analgesici, cosa c'è di nuovo?	A. Paolicchi (Pisa)
15:30-16:00	Tecniche a confronto: peridurale o paravertebrale in chirurgia toracica	F. Piccioni (Milano) F. Diana (Cagliari)
16:00-16:30	Il progetto multinazionale Pain Out	G. Cinnella (Foggia)
16:30-16:45	Pausa	
Parte II - Moderatori: M. Bosco (Roma), A. Behr (Padova)		
16:45-17:15	Programma nazionale esiti nella frattura di femore: anestesia, analgesia ed outcome	G. Danelli (Cremona)
17:15-17:45	Blocchi continui nel paziente fragile	A. Tognù (Bologna)
17:45-18:00	Caso clinico in chirurgia ortopedica	D. Di Stefano (Catania)
18:00-18:30	Come gestisco il dolore postoperatorio nel bambino?	A. Lai (Cagliari)
18:30-19:00	Dolore: dall'acuto al cronico	F. Coluzzi (Roma)
19:00-19:30	Discussione	
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Domenica 12 Giugno 2016 • AUDITORIUM LOYOLA • 08:30-13:30

AREA ANESTESIA

SESSIONE II

QUALI MONITORAGGI E QUALI INDICAZIONI

Chairman: L. Tritapepe (Roma)

08:30-08:40	Registrazione Partecipanti	
08:40-09:00	Introduzione ai Lavori	L. Tritapepe (Roma)
Parte I - Moderatori: A. Sarti (Firenze), E. Forastiere (Roma)		
09:00-09:30	Monitoraggio emodinamico "tailored" nel paziente chirurgico ad alto rischio	G. Della Rocca (Udine)
09:30-10:00	L'ecocardiografia in chirurgia non cardiaca	L. Lorini (Bergamo)
10:00-10:30	Gestione dei fluidi: GDT o Zero Balance?	L. Tritapepe (Roma)
10:30-10:50	Monitoraggio neuromuscolare: indispensabile in anestesia?	F. Piccioni (Milano)
10:50-11:00	Discussione	
11:00-11:15	Pausa	
Parte II - Moderatori: M. Dambrosio (Foggia), G. Della Rocca (Udine)		
11:15-11:40	Cardiac output con Pulse contour method: affidabilità	S. Scolletta (Siena)
11:40-12:00	Misura della PVC: c'è ancora un razionale?	G. Biancofiore (Pisa)
12:00-12:20	Esiste ancora un ruolo per il catetere polmonare?	N. Brienza (Bari)
12:20-12:40	Monitoraggio della saturazione cerebrale: a chi?	F. Pugliese (Roma)
12:40-13:30	Discussione	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Cerimonia di chiusura

13:30-13:40	Chiusura 12° Congresso Nazionale SIARED	
13:40-13:50	Premiazioni "Miglior Poster" - "Vota il Poster"	
13:50-14:00	Premiazione 2° Memorial "Marco Rambaldi"	

Domenica 12 Giugno 2016 • SALA CARDUCCI • 08:30-13:30

AREA POLITEMATICA

SESSIONE II

HIGH LIGHTS IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Chairman: Q. Piacevoli (Roma) - Moderatori: M. Rossi (Roma), A. D'Angelo (Milano)

08:30-08:40	Registrazione Partecipanti	
08:40-09:00	Introduzione ai Lavori	Q. Piacevoli (Roma)
09:00-09:30	Curarizzazione in corso di chirurgia laparoscopica	M. Rossi (Roma)
09:30-10:00	Novità nel cambio dei biomarkers della sepsi: la presepsina	Q. Piacevoli (Roma) M. Masala (Roma)
10:00-10:30	Nuovi approcci alla terapia emostatica	M. Ranucci (Milano)
10:30-11:00	I nuovi anti coagulanti orali: quali problematiche	A. D'Angelo (Milano)
11:00-11:15	Discussione	
11:15-11:30	Pausa	
11:30-11:45	Awake sedation in Terapia Intensiva	A. Morelli (Roma)
11:45-12:15	Monitoraggio della nocicezione	M. Barberio (Napoli)
12:15-12:45	Uso delle Gammaglobuline nella sepsi	G. Berlot (Trieste)
12:45-13:30	Discussione	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Domenica 12 Giugno 2016 • SALA FOSCOLO • 08:30-13:30

AREA EMERGENZA

SESSIONE II

UPDATE IN EMERGENZA:
DAL MODELLO RAPID RESPONSE SYSTEM ALL'ARRESTO CARDIACO

Chairman: E. De Blasio (Benevento)

08:30-08:40	Registrazione Partecipanti	
08:40-09:00	Introduzione ai Lavori	E. De Blasio (Benevento)
Parte I - Moderatori: G.M. Bianchi (Alessandria), G. Fiore (Torino)		
09:00-09:30	Prevenzione dell'arresto cardiaco intraospedaliero	L. Cabrini (Milano)
09:30-10:00	Rapid Response System: partendo dallo studio MERIT	M. Difonzo (Bari)
10:00-10:30	Organizzazione e raccolta dati nel sistema di risposta rapida	G. A. Ratto (Savona)
10:30-11:00	Rapid Response System: strategie per la sua diffusione	G. Radeschi (Torino)
11:00-11:15	Take home message	L. Cabrini (Milano) M. Difonzo (Bari) G. A. Ratto (Savona) G. Radeschi (Torino)
11:15-11:30	Pausa	
Parte II - Moderatori: A. Amendola (Bari), A. M. Coviello (Potenza)		
11:30-11:50	Rianimazione cardiopolmonare: le nuove linee guida	C. Sandroni (Roma)
11:50-12:10	Nuove tecnologie nelle linee guida 2015 sulla rianimazione cardiopolmonare	F. Semeraro (Bologna)
12:10-12:30	Gestione della temperatura nell'arresto cardiaco	T. Pellis (Pordenone)
12:30-13:30	Take home message	C. Sandroni (Roma) F. Semeraro (Bologna) T. Pellis (Pordenone)
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 10 Giugno 2016 • SALA MONTALE • 08:30-18:00

AREA WORKSHOP ECOCARDIO

ECOCARDIOGRAFIA IN ANESTESIA, RIANIMAZIONE ED EMERGENZA

Responsabile Scientifico: L. Tritapepe (Roma)

08:30-08:40	Registrazione Partecipanti	
08:40-09:00	Introduzione ai Lavori	
09:00-09:45	Nozioni base sugli ultrasuoni (fisica, doppler, macchine e sonde)	M. Oppizzi (Milano)
09:45-10:30	Laboratorio anatomia cardiaca su cuori di maiale. Video	S. Cattaneo (Bergamo)
10:30-11:15	Ecocardiografia transtoracica	A. Sarti (Firenze)
11:15-11:30	Pausa	
11:30-12:00	Ecocardiografia transesofagea	S. Cattaneo (Bergamo)
12:00-12:30	Valutazione cuore sinistro	L. Lorini (Bergamo)
12:30-13:00	Valutazione completa cuore destro e vena cava inferiore	L. Tritapepe (Roma)
13:00-13:30	Alterazioni valvolari: l'essenziale	A. Locatelli (Cuneo)
13:30-14:30	Pausa	
Valutazione emodinamica del paziente in shock nei vari scenari:		
14:30-15:00	- Sala Operatoria	L. Lorini (Bergamo)
15:30-16:00	- Terapia Intensiva	L. Tritapepe (Roma)
16:00-16:30	- Pronto Soccorso	A. Sarti (Firenze)
16:30-18:00	ECOCARDIOGRAFIA Hands On: 4 stazioni ECO con modelli per prova pratica	S. Cattaneo (Bergamo) A. Locatelli (Cuneo) L. Lorini (Bergamo) M. Oppizzi (Milano) L. Tritapepe (Roma)
18:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 11 Giugno 2016 • SALA MONTALE • 08:30-13:30

AREA WORKSHOP VIE AEREE DIFFICILI

GESTIONE VIE AEREE DIFFICILI

Responsabile Scientifico: G. Maltese

08:30-08:40	Registrazione Partecipanti	
08:40-09:00	Introduzione ai Lavori	
09:00-09:30	Linee Guida e Raccomandazioni per un percorso di sicurezza	F. Petrini (Chieti)
09:30-09:50	Valutazione del paziente per la previsione di vie aeree difficili	B. De Leonardis (Catanzaro)
09:50-10:10	Gestione delle vie aeree difficili con devices e tecniche avanzate	F. Torchia (Catanzaro)
10:10-10:30	Accesso tracheale rapido	M. Sorbello (Catania)
10:30-10:50	Gestione delle vie aeree in paziente obeso: Casi Clinici	F. Petrini (Chieti) F. Torchia (Catanzaro)
10:50-11:15	Ostruzione acuta delle vie aeree: Casi Clinici	M. Sorbello (Catania)
11:15-11:30	Pausa	
11:30-13:30	Esercitazioni pratiche	M. Sorbello (Catania) V. Brescia (Catanzaro)
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 11 Giugno 2016 • SALA MONTALE • 14:00-19:30

AREA WORKSHOP CVC ECOGUIDATI 1

CVC ECOGUIDATI

Responsabili Scientifici: E. Iacobone (Macerata), G. Capozzoli (Bolzano)

14:00-14:10	Registrazione Partecipanti	
14:10-14:30	Introduzione ai lavori	
14:30-14:50	Indicazione al cateterismo venoso centrale semplice e complesso	E. Iacobone (Macerata)
14:50-15:10	Utilizzo GLOBALE dell'ecografo per la venipuntura centrale e periferica e per la valutazione delle complicanze immediate e tardive; cenni di sono-anatomia	D. Elisei (Macerata)
15:10-15:50	Il cateterismo venoso centrale in età pediatrica: peculiarità ecografiche, indicazioni, scelta del presidio adeguato, tecniche e complicanze	M. Pittiruti (Roma)
15:50-16:20	Le tecniche d'impianto, di tunnelizzazione e le metodiche per la valutazione del corretto posizionamento della punta (l'elettrocardiografia intracavitaria ed i sistemi di navigazione)	G. Capozzoli (Bolzano)
16:20-16:45	Prevenzione, diagnosi e trattamento delle complicanze del cateterismo venoso	E. Iacobone (Macerata) D. Elisei (Macerata)
16:45-17:00	Pausa	
17:00-19:00	Tre stazioni per esercitazioni pratiche STAZIONE 1: valutazioni vasi STAZIONE 2: visione del polmone e del cuore per la diagnosi di complicanze e controllo punta con ecocardio STAZIONE 3: simulazione con manichino	D. Elisei (Macerata) E. Iacobone (Macerata) M. Pittiruti (Roma)
19:00-19:30	DISCUSSIONE FINALE	
19:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Domenica 12 Giugno 2016 • SALA MONTALE • 08:10-13:30

AREA WORKSHOP CVC ECOGUIDATI 2

CVC ECOGUIDATI

Responsabili Scientifici: E. Iacobone (Macerata), G. Capozzoli (Bolzano)

08:10-08:15	Registrazione Partecipanti	
08:15-08:30	Introduzione ai lavori	
08:30-08:50	Indicazione al cateterismo venoso centrale semplice e complesso	E. Iacobone (Macerata)
08:50-09:10	Utilizzo GLOBALE dell'ecografo per la venipuntura centrale e periferica e per la valutazione delle complicanze immediate e tardive; cenni di sono-anatomia	D. Elisei (Macerata)
09:10-09:50	Il cateterismo venoso centrale in età pediatrica: peculiarità ecografiche, indicazioni, scelta del presidio adeguato, tecniche e complicanze	M. Pittiruti (Roma)
09:50-10:20	Le tecniche d'impianto, di tunnelizzazione e le metodiche per la valutazione del corretto posizionamento della punta (l'elettrocardiografia intracavitaria ed i sistemi di navigazione)	G. Capozzoli (Bolzano)
10:20-10:45	Prevenzione, diagnosi e trattamento delle complicanze del cateterismo venoso	E. Iacobone (Macerata) D. Elisei (Macerata)
10:45-11:00	Pausa	
11:00-13:00	Tre stazioni per esercitazioni pratiche STAZIONE 1: valutazioni vasi STAZIONE 2: visione del polmone e del cuore per la diagnosi di complicanze e controllo punta con ecocardio STAZIONE 3: simulazione con manichino	D. Elisei (Macerata) E. Iacobone (Macerata) M. Pittiruti (Roma)
13:00-13:30	DISCUSSIONE FINALE	
13:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

BADGE DI RICONOSCIMENTO Per accedere sia alla Sede Congressuale che ai lavori scientifici congressuali è assolutamente indispensabile indossare il Badge di riconoscimento personale, inserito nell'apposita bustina in plastica, che sarà consegnato ad ogni Partecipante unitamente al kit congressuale al momento dell'Accoglienza, la cui custodia sarà da quel momento sotto la piena ed esclusiva responsabilità del Partecipante; pertanto all'interno degli spazi congressuali è obbligatorio indossare il Badge per tutta la durata del Congresso. In caso di smarrimento del Badge, è fatto obbligo di segnalazione immediata alla Segreteria Organizzativa. È fatto divieto assoluto di cedere il proprio Badge ad altri.

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE L'attestato di partecipazione sarà rilasciato, al termine dei lavori scientifici, a tutti i Partecipanti che ne abbiano fatto richiesta alla Segreteria Organizzativa al momento dell'Accoglienza. Diversamente, non sarà possibile rilasciare attestati di partecipazione.

CREDITI ECM Per tutti i lavori scientifici congressuali, INTESA PROVIDER ECM ha richiesto l'accreditamento ECM come segue:

- > Area Medicina e Chirurgia
- > Discipline: Anestesia e Rianimazione; Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza.

Possono conseguire i crediti ECM assegnati agli eventi relativi ad una disciplina diversa da quella inerente la propria specializzazione i medici dipendenti in possesso di specializzazioni che siano equipollenti o affini alla disciplina oggetto dell'evento (cfr.: D.M. 30.01.98 per le discipline equipollenti e D.M. 31.01.98 per le discipline affini - D.M. 27.07.2000 ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso della formazione post base - D.M. 02.08.2000 per le modificazioni ed integrazioni alle tabelle delle equipollenze e delle affinità previste, rispettivamente, dal D.M. 30.01.1998 per l'accesso 2° livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario e dal D.M. 31.01.1998 per il personale dirigenziale del servizio sanitario nazionale).

Per ottenere il rilascio dei crediti formativi ECM attribuiti al percorso formativo, ogni Partecipante dovrà: frequentare il 100% dell'orario previsto per ogni Sessione/Workshop; compilare correttamente tutta la modulistica necessaria per l'accreditamento ECM, che sarà distribuita in sede congressuale dalla Segreteria Organizzativa, a cui dovrà essere correttamente riconsegnata, e rispondere esattamente almeno al 75% delle domande proposte. Si raccomanda vivamente l'esatta ed integrale compilazione della modulistica con risposte e firme richieste, pena l'impossibilità di attribuire i crediti formativi ECM. Si ricorda che ogni Partecipante potrà maturare 1/3 dei crediti, ricondotti al triennio di riferimento (150 totali per il triennio 2015-2018), mediante reclutamento diretto da parte dello sponsor e dovrà consegnare al Provider dell'evento una copia dell'invito dell'Azienda Sponsor.

La presenza ai lavori scientifici congressuali sarà registrata in entrata ed in uscita attraverso lettura ottica di un Badge di riconoscimento personale, consegnato a ciascun Partecipante al momento dell'Accoglienza.

Poiché i Crediti possono essere assegnati solo dopo la correzione delle schede di verifica apprendimento, la certificazione dei Crediti ottenuti dai Partecipanti avverrà entro tre mesi dalla conclusione del Congresso, e quindi:

- > per i Partecipanti Iscritti all'AAROI-EMAC sarà disponibile esclusivamente online nell'Area Riservata agli Iscritti del sito web aaroiemac.it;
- > per tutti gli altri Partecipanti sarà inviata dalla Segreteria Organizzativa tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail specificato sulla Scheda di Iscrizione Congressuale.

SALE CONGRESSUALI

- > AUDITORIUM LOYOLA
- > SALA CARDUCCI
- > SALA FOSCOLO
- > SALA MONTALE

CERIMONIA INAUGURALE Venerdì 10 Giugno 2016, presso l'Auditorium Loyola, dalle ore 18:00 alle ore 19:00, si svolgerà la Cerimonia Inaugurale del Congresso, in occasione della quale Padre Rocco D'Ambrosio, Ordinario di Filosofia Politica presso la Facoltà di Scienze Sociali della Pontificia Università Gregoriana, nonché, tra l'altro, Docente di Etica della Pubblica Amministrazione presso la Scuola Superiore dell'Amministrazione del Ministero dell'Interno, terrà una Lettura Magistrale su temi etico-sociali che coinvolgono il Medico, le Istituzioni, i Cittadini.

I LAVORI CONGRESSUALI SONO ORGANIZZATI COMPLESSIVAMENTE IN 7 AREE TEMATICHE, DI CUI 4 CONCORRONO A FORMARE LA SIGLA SIARED, E IN 3 WORKSHOP. INOLTRE, È PREVISTO UNO SPAZIO POSTER.

AREE TEMATICHE

- > AREA ANESTESIA, per la quale sono in programma 2 Sessioni, identificate dal simbolo azzurro;
- > AREA RIANIMAZIONE, per la quale sono in programma 2 Sessioni, identificate dal simbolo verde scuro;
- > AREA EMERGENZA, per la quale sono in programma 2 Sessioni, identificate dal simbolo arancio;
- > AREA DOLORE, per la quale sono in programma 2 Sessioni, identificate dal simbolo fucsia;
- > AREA MEDICINA PERIOPERATORIA per la quale è in programma 1 Sessione, identificata dal simbolo verde chiaro;
- > AREA A&R OUTPATIENTS, per la quale è in programma 1 Sessione, identificata dal simbolo giallo;
- > AREA POLITEMATICA, per la quale sono in programma 2 Sessioni, identificate dal simbolo grigio.

Tutte le Sessioni possono essere variamente combinate tra loro, costituendo un percorso congressuale integrato (eventualmente costituito anche da un Workshop), con Crediti ECM già richiesti.

WORKSHOP LA PARTECIPAZIONE AD OGNI WORKSHOP E' A NUMERO CHIUSO (MAX 25 DISCENTI)

È POSSIBILE SCEGLIERE UN SOLO WORKSHOP TRA I SEGUENTI

- > Ecocardiografia in Anestesia, Rianimazione ed Emergenza;
- > Gestione Vie Aeree Difficili;
- > CVC Ecoguidati.

SABATO 11 Giugno 2016 • SALA ALIGHIERI • 13:30-14:30 AREA POSTER

Coordinamento a cura del Comitato Scientifico

Il Congresso prevede la presentazione di contributi scientifici riguardanti l'Anestesia, la Rianimazione, l'Emergenza, il Dolore, la Terapia Iperbarica e le Scienze affini. I lavori dovranno essere trasmessi entro 15/05/2016 tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail: abstract@siared.it

Gli elaborati saranno accettati solo previo invio del relativo Abstract e previa iscrizione di almeno uno degli Autori al Congresso. La Segreteria Organizzativa provvederà a comunicare entro il 30/05/2016 all'Autore l'accettazione del lavoro.

Dettagli Abstract: formato Microsoft Word (*.doc oppure *.rtf); carattere Times New Roman 12 punti; interlinea singola, margine superiore 2,5 cm, inferiore e laterali 2 cm; massimo 2 tabelle/immagini (*.jpg); massimo 2 pagine. Precisare il titolo, i nomi degli autori, le loro affiliazioni, l'indirizzo e-mail di un corrispondente, l'introduzione, i metodi, i risultati e le conclusioni.

Dettagli Poster: dimensioni 50x70cm. Affissione a cura degli Autori.

I Poster, suddivisi per Aree Tematiche, saranno esposti continuativamente per tutta la durata del Congresso nella Sala Alighieri dove saranno illustrati e discussi Sabato 11 Giugno dalle ore 13:30 alle ore 14:30.

Il Comitato Scientifico, dopo valutazione dei lavori pervenuti, selezionerà i Poster che saranno presentati nel corso della SESSIONE POLITEMATICA in programma Sabato 11 Giugno, in Sala Carducci, dalle 17:20 alle 18:10.

I contributi scientifici pervenuti partecipano ai seguenti premi:

PREMIO IL "MIGLIOR POSTER"

Il premio verrà assegnato al miglior POSTER presentato da Autori iscritti alla Società Scientifica con età inferiore ai 35 anni. Il premio consiste nella partecipazione gratuita al Congresso Nazionale SIARED 2017 e la consegna di una targa celebrativa, su giudizio insindacabile della giuria composta dal Comitato Scientifico del Congresso.

PREMIO "VOTA IL POSTER"

Con il 12° Congresso Nazionale SIARED viene introdotto il Premio "Vota il Poster", assegnato al poster più votato dai Partecipanti al convegno. Ciascun Partecipante regolarmente iscritto al Congresso potrà indicare la sua preferenza attraverso una procedura computerizzata, a partire dalle ore 15:00 di Venerdì 10 Giugno sino alle ore 19:00 di Sabato 11 Giugno. Ogni iscritto al congresso potrà votare il "suo" miglior poster!

Al Vincitore del poster che avrà raggiunto il maggior numero di voti sarà offerta l'iscrizione gratuita al Congresso Nazionale SIARED 2017.

Le premiazioni "MIGLIOR POSTER" e "VOTA IL POSTER" avverranno durante la cerimonia di chiusura del Congresso.

2° MEMORIAL "MARCO RAMBALDI"

In questa Seconda Edizione il Premio intende richiamare l'interesse e promuovere l'impegno dei Colleghi sugli sviluppi della tecnologia ricordando la memoria del Collega *Marco Rambaldi*, che ha dedicato la sua attività medica all'insegna dell'innovazione tecnologica in Anestesia e Terapia Intensiva con grande professionalità, passione ed entusiasmo.

L'AAROI-EMAC Emilia Romagna e Banca Popolare dell'Emilia Romagna (BPER), rinnovano lo stanziamento di una somma pari a 5.000,00 euro da assegnare al miglior progetto che abbia per argomento "APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI - AR StartAPP".

Destinatari del Premio

Il bando è rivolto all'autore del miglior poster in ambito di Anestesia e Terapia Intensiva che illustri l'idea di un'Applicazione per smartphone e tablet che risponda ad esigenze di sviluppo professionale o di Unità Operativa (tecniche e/o organizzative). Il premio servirà ad avviare la Start-Up per la realizzazione della App su piattaforme iOS e/o Android.

Ai fini del concorso saranno presi in considerazione solo lavori inediti* e tecnicamente realizzabili nonché provvisti di cronoprogramma.

L'Autore che voglia partecipare deve essere un giovane Anestesista Rianimatore under 40 afferente a strutture pubbliche, Aziende Ospedaliere e Universitarie e Aziende USL che presenti un progetto innovativo sul tema proposto a mezzo Poster e quest'anno il bando è aperto anche ai Medici in Formazione Specialistica (MIF) in Anestesia e Rianimazione.

In quest'ultimo caso i MIF devono presentare il lavoro con l'avallo del Direttore della Scuola di Specialità o di un Tutor di riferimento che segua e sostenga il progetto presentato.

In ogni caso la domanda dovrà essere presentata dall'estensore del progetto (primo Autore) o, nel caso di elaborato a più operatori, da un project leader under 40 secondo le indicazioni per l'ammissione entro e non oltre il 30 Aprile 2016.

* Si ritengono inediti anche lavori che hanno già partecipato a edizioni precedenti del medesimo concorso e ritenuti meritevoli ma non risultati vincitori e comunque NON realizzati successivamente né dagli Autori né da altri.

I candidati, in allegato alla domanda, dovranno inviare l'elaborato sotto forma di abstract in formato elettronico all'indirizzo memorial.rmb@gmail.com specificando la richiesta di partecipazione al "2° Memorial Marco Rambaldi".

Il progetto dovrà essere sufficientemente dettagliato da permetterne una compiuta valutazione e contenere un cronoprogramma per la sua eventuale realizzazione.

La selezione dei progetti avverrà sulla base della valutazione di una COMMISSIONE istituita ad hoc che comunicherà ai project leader entro il 15 Maggio 2016 l'accettazione dei lavori che saranno quindi esposti come Poster durante il 12° Congresso SIARED che si terrà a Roma nelle giornate 10, 11 e 12 Giugno 2016.

Entro il 31 Maggio 2016 saranno comunicati via e-mail i migliori lavori che hanno ottenuto i punteggi più elevati secondo insindacabile giudizio della commissione e quindi meritevoli di premio finale o menzione speciale durante il congresso; in tal caso si richiede obbligo di presenza e breve esposizione in apposita sessione.

Dettagli abstract: È necessario utilizzare: il formato Microsoft Word (*.doc oppure *.RTF); carattere Times New Roman 12 punti; interlinea singola, margine superiore 2,5 cm, inferiore e laterali 2 cm; massimo 2 tabelle/immagini (*.jpg); massimo 2 pagine. Precisare il titolo, i nomi degli autori, le loro affiliazioni, l'indirizzo mail del project leader, un'introduzione, obiettivo dell'App, cronoprogramma di sviluppo.

Dettagli Poster: dimensioni 50x70cm. Elaborazione e invio a cura degli Autori.

La valutazione dei progetti da parte della commissione terrà conto dei tratti innovativi degli stessi, della chiarezza, della completezza, dell'utilità clinica, nonché della realizzabilità tecnica con limitate risorse iniziali.

La premiazione del vincitore avverrà durante la cerimonia di chiusura del Congresso.

Il Premio è costituito da una targa e dalla cifra di 5.000,00 Euro.

Per ulteriori informazioni: *Matteo Nicolini - Anestesia TIPO NOCSAE AUSL Modena - email m.nicolini@tiscali.it*



Contratti: i comparti prima della trattativa Informativa COSMED sull'incontro Aran - Sindacati



Il 3 Febbraio si è svolto il secondo incontro dell'anno tra l'Aran e i Sindacati. Di seguito l'informativa della Confederazione Sindacale Medici e Dirigenti di cui fa parte l'AAROI-EMAC. Presente agli incontri il Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo.

“È ripresa in Aran la trattativa sulla composizione delle aree e comparti, si tratta del contratto nazionale quadro che deve obbligatoriamente precedere la ripresa della stagione contrattuale.

Appare ormai assodata la composizione delle quattro aree e comparti (ogni area e comparto darà vita ad un contratto nazionale di categoria) come ribadito dalla stessa Aran:

- un comparto della sanità e un'area autonoma della dirigenza medica e sanitaria;
- un comparto della scuola con relativa area autonoma dirigenziale;
- un comparto delle autonomie locali (Regioni comuni e province) e relativa area autonoma dirigenziale;
- un comparto della dirigenza centrale dello Stato e degli Enti pubblici nazionali con relativa area autonoma dirigenziale.

Resta da definire la collocazione dell'Università e della ricerca che la più parte delle confederazioni e la stessa Aran ritiene debba confluire nel comparto scuola a formare un polo della conoscenza.

Trova pertanto consenso la principale richiesta della COSMED sostenuta da sempre, ovvero il riconoscimento di un'area autonoma della dirigenza medica e sanitaria. Soltanto UIL ritiene invece che la sanità debba confluire con la dipendenza e la dirigenza delle Regioni e dei comuni per fare spazio ad un'area e a un comparto autonomo dell'Università e della ricerca. Del resto anche il Ministro Madia ha ribadito che la riduzione a

quattro comparti e quattro aree non è oggetto di ripensamento da parte del Governo e che pertanto spetta alle parti agire sollecitamente per consentire la ripresa della contrattazione.

Restano sul tappeto alcuni dettagli non secondari. In primo luogo non si è ancora provveduto alla certificazione della rappresentatività per l'opposizione di alcune sigle rappresentate nel Comitato Paritetico che temono che la certificazione e la determinazione delle nuove aree possa alterare la rappresentatività escludendole dai tavoli contrattuali. Ne deriva la richiesta che rappresentatività e prerogative sindacali (in particolare permessi e distacchi) siano determinate sulle vecchie aree e comparti. In pratica un salvacondotto nel passaggio dal vecchio al nuovo regime.

COSMED richiede con forza che si proceda sollecitamente alla certificazione e ricorda che il ritardo nella certificazione e nella determinazione delle aree costituisce un facile alibi per il Governo nel giustificare il ritardo della ripresa della stagione contrattuale. L'interesse generale deve prevalere su rivendicazioni parcellari e particolari pena una chiara perdita di credibilità dell'intero movimento sindacale.

Nel merito della composizione dei soggetti che devono entrare nell'area della dirigenza medica e sanitaria, COSMED ha ribadito che la dirigenza tecnica professionale e amministrativa del Servizio sanitario nazionale deve essere inclusa con la dirigenza delle Regioni e non con la dirigenza medica e sanitaria. Del resto la stessa Legge Madia (art.11 legge 124/2015) ha sancito la confluenza della dirigenza tecnica professionale ed amministrativa nel ruolo dei dirigenti delle Regioni dal quale sono esclusi i dirigenti medici veterinari e sanitari.

Si tratta di uno dei cardini della proposta della COSMED confluita in una disposizione di legge, come del resto ha ricordato la stessa Aran. Inoltre oltre alla legge 124/15 sopra ricordata occorre considerare che la dirigenza medica veterinaria e sanitaria è regolata dal d.lgs. 502/1992 e s.m.i., diversamente dalla restante dirigenza del pubblico impiego.

COSMED ha ricordato che le prerogative della dirigenza sanitaria nonché l'iter formativo, le modalità di accesso, la presenza di specifiche normative europee, rendono questa dirigenza non assimilabile ad altre. Del resto anche le Regioni hanno più volte proposto con atti ufficiali di inserire la dirigenza PTA del Servizio Sanitario Nazionale con la dirigenza delle Regioni.

Riteniamo invece che la dirigenza sanitaria delle Arpa debba restare nel contratto della dirigenza medico sanitaria di cui fa attualmente parte. Non è stata esplicitamente affrontata, ma cova tra le ceneri, la problematica di un eventuale collocamento della cosiddetta dirigenza infermieristica.

Infine resta da definire la questione della Presidenza del Consiglio dei Ministri disposizioni legislative la riconoscono come area autonoma di contrattazione ma non è chiaro se rientri nei quattro comparti previsti dalla Brunetta (d.lgs.150/2009).

Del resto dal riconoscimento di questa area dipende la sopravvivenza di alcune confederazioni. Pertanto si tratta di una trattativa che in negabilmente ha subito un'accelerazione, ma che impatta su materie complesse come la rappresentatività e le prerogative sindacali. Inoltre la stratificazione ossessiva di leggi accumulate negli anni, senza contrattazione effettiva rendono il quadro molto complesso e impongono ad Aran e sindacati un duro lavoro per



scongiurare o perlomeno limitare il ricorso al contenzioso. Tuttavia occorre far presto: i contratti non possono aspettare e non vogliamo essere responsabili di ulteriori ritardi”.

In ricordo della Dr.ssa Maria Silvana Molinaro, Direttore dell'UO di Anestesia e Rianimazione Pediatrica degli Spedali Civili di Brescia, prematuramente scomparsa a Dicembre 2015, riceviamo e volentieri pubblichiamo l'affettuoso commiato di una Collega.

Cara Silvana, in Sala Operatoria sei stata sempre un riferimento per tutti: quanta ammirazione ho provato, da specializzanda, ormai tanto tempo fa, la prima volta che ti ho vista all'opera, china su una manina minuscola, mentre incannolavi l'arteria di un bimbo prematuro che avevi già addormentato...

Come è accaduto a tanti nostri Colleghi, sono stata orgogliosa, di pari passo con la mia crescita professionale, dapprima di averti Maestra, e poi di essere al tuo fianco, nella battaglia che è il nostro vivere quotidiano di Anestesiisti Rianimatori Pediatrici: non solo curare, ma prendersi cura in toto dei più piccoli, malati o feriti, che sono i più indifesi anche da sani.

Le tua rigorosa professionalità e la tua delicata abilità, che anche grazie ai tuoi insegnamenti gradualmente diventavano anche mie, erano accompagnate da un carattere forte e combattivo, ma sempre dalla parte dei nostri piccoli pazienti.

Non ti ho mai vista arrenderti alla loro sofferenza e a quella delle loro famiglie, e nell'anno duemila hai raggiunto un obiettivo che ha contribuito ad alleviarle, quando grazie a te è stata inaugurata la nostra Rianimazione Pediatrica: finalmente diventava possibile evitare loro, in caso di bisogno di cure intensive, disagi e trasferimenti verso un Ospedale che ne avesse una a disposizione.

In piena condivisione degli ideali dell'AAROI-EMAC, alla quale eri iscritta da sempre, hai sempre ottenuto che il nostro lavoro fosse apprezzato e rispettato anche quando per altrui superficialità o prepotenza c'era il rischio di vederne sminuita o disconosciuta l'importanza.

Quando, purtroppo, hai saputo che la malata eri tu, ancora una volta non ti sei arresa, e hai continuato il tuo impegno a disposizione degli altri, sempre e ancora più d'esempio per forza e coraggio, non solo ai Colleghi, ma anche alla tua famiglia e ai Malati.

Adesso che ci hai lasciati, sopraffatta da un destino ineluttabile, su cui nulla ha potuto la stessa arte medica forte della quale per l'intera tua vita sei stata in prima linea al servizio del prossimo, contro la sofferenza e la morte, vorrei salutarti di fronte a tutti i nostri Colleghi che leggono queste poche righe con questa riflessione: quando i nostri Maestri ci lasciano, tanto più i loro insegnamenti di sapere e di vita rimangono in noi e danno i loro frutti, quanto più siamo riusciti a raccoglierci e a farli nostri in termini di amore per la conoscenza, per le abilità, e per l'umanità della nostra meravigliosa professione.

Riposa in pace, e ti sia lieve la terra, ancor più nel sapere che vivi nel ricordo di tutti coloro i quali hanno avuto la fortuna di conoscerti e perciò di volerti bene.

Corinna Boniotti
Anestesista Rianimatore Pediatrica
A. O. Spedali Civili di Brescia

Riforma PA, incontro deludente

Si è parlato di lavoratori disonesti. Quando si potrà parlare degli onesti?

Nei primi giorni di Febbraio si è svolto anche l'incontro con il Ministro della Pubblica Amministrazione sui decreti delegati per la Riforma PA. Di seguito le considerazioni di Giorgio Cavallaro, Segretario Generale COSMED.

“Quando abbiamo ricevuto la convocazione del Ministro Madia sull'attuazione dell'articolo 17 della legge delega sulla riforma del pubblico impiego pensavamo di poter finalmente affrontare alcuni aspetti decisivi per il lavoro pubblico quali: - la separazione tra dirigenza di nomina politica e quella di carriera a garanzia del cittadino come descritta dalla Corte Costituzionale che ricorda che la pubblica amministrazione deve perseguire il pubblico interesse e agire secondo le regole proprie della sua connotazione pubblica. Basta pertanto dirigenti scelti dal politico di turno, in molti casi senza concorso. - la disciplina delle forme di lavoro flessibile “con indicazione di limitate e tassative fattispecie” provvedimento che si attende dal 2003 e che dovrebbe limitare le forme di lavoro precario compatibili con il rapporto di pubblico impiego, sfoliando la jungla del lavoro cosiddetto “atipico”. Lavoro “atipico-flessibile” troppo spesso di fonte di sfruttamento e precarietà

insanabile e in non pochi casi di lavoro subordinato camuffato, di intermediazione di manodopera, di assunzioni “discrezionali” fino a forme di vero e proprio caporalato. - la staffetta generazionale e il rinnovo della p.a. Nulla di tutto questo si è parlato solo del decreto sul licenziamento per chi è colto in flagranza a falsificare la presenza. Nessuno vuole difendere i disonesti anche se già i contratti di lavoro già consentono il licenziamento. Il provvedimento probabilmente non aggiunge nulla a quanto già previsto, alcuni elementi come la responsabilità estesa agli altri dipendenti e le limitazioni alla difesa sono a rischio di incostituzionalità, le pene sembrano sproporzionate rispetto alla corruzione e alla concussione, traspare chiaro l'intento di coltivare l'onda mediatica. Abbiamo chiesto al Ministro se ci sarà spazio per parlare di onesti, ma anche degli onesti calendarizzando quegli incontri che da mesi il Governo disattende. Il Ministro ha promesso che lo farà, prossimamente ma non ha detto quando. Un richiamo infine, non del tutto ingiustificato a trovare un accordo sulle aree negoziali, in quanto il Governo sarebbe pronto a riaprire la stagione contrattuale”.

Normativa Orario di lavoro

Il Governo impugna la Deliberazione della Regione Basilicata dopo la segnalazione delle OO.SS.

Il Governo Italiano ha deciso - su segnalazione delle Segreterie Nazionali di ANAAO ASSOMED - AAROI-EMAC - ANPO-NUOVA ASCOTI-FIALS MEDICI e SNR, che hanno anche attivato la Corte di Giustizia Europea, - di impugnare la legge con la quale la Regione Basilicata ha deciso sostanzialmente di disattendere gli obblighi dettati dalla Europa in merito all'orario di lavoro dei Medici. Il Consiglio dei Ministri ha infatti sollevato la questione di legittimità costituzionale ravvisando una palese violazione della normativa ed una attività legislativa al di fuori delle competenze proprie della istituzione Regione.

"Siamo soddisfatti dell'iniziativa del Governo che ha risposto al nostro allarme lanciato subito dopo l'approvazione della legge - hanno commentato le OOSS -. La quale rappresenta una chiara elusione delle norme sulla sicurezza delle cure, per i medici ed i cittadini, la cui applicazione tenta di fare sopravvivere un modello organizzativo fondato su turni illegittimi, eludendo la strada maestra di nuove assunzioni ed esponendo a responsabilità civile, penale e contabile gli stessi soggetti che daranno in concreto corso a tali disposizioni. Senza contare il fatto che la autoattribuzione di un potere derogatorio, in violazione dei limiti e dei soggetti previsti dalla Direttiva, espone l'Italia, e quindi le tasche di tutti i contribuenti, a sanzioni economiche da parte della Commissione Europea".

In seguito all'emanazione della Deliberazione n. 1516 del 23 novembre 2015 della Giunta Regionale, considerata contraria alla Direttiva Europea concernente gli orari di lavoro e riposo dei medici e dirigenti sanitari dipendenti pubblici e privati, ANAAO ASSOMED - AAROI-EMAC - ANPO-NUOVA ASCOTI-FIALS MEDICI e SNR avevano inviato una segnalazione a tutti gli organi competenti nazionali e regionali. Di seguito il testo:

"Ill.mi Signori,
 come è noto in seguito al deferimento dello Stato Italiano alla Corte di Giustizia Europea per non aver applicato correttamente le norme afferenti la sicurezza sul luogo di lavoro in modo conforme alla Direttiva Europea n. 2004/34/CE che modifica la Direttiva 93/104/CE anche per i dirigenti medici, l'Italia ha adeguato, a far data dal 25 novembre 2015, la normativa interna prevedendo anche per il dirigente medico un limite massimo di 48 di ore lavorative settimanali, compresi gli straordinari; la possibilità di fruire di un minimo di 11 ore ininterrotte di riposo al giorno; non-

ché di godere di un ulteriore riposo settimanale ininterrotto di 24 ore. La direttiva, inoltre, consente di esporre i periodi minimi di riposo per motivi giustificati soltanto nel caso in cui il lavoratore possa recuperare subito dopo le ore di riposo di cui non ha fruito.

La Deliberazione n. 1516 del 23 novembre 2015 della Giunta Regionale della Regione Basilicata con cui viene approvato un "disegno di legge" per l'applicazione dell'art. 14 della Legge 30 ottobre 2014 n. 161 è contraria alla Direttiva Europea sopra richiamata e alle chiare fonti normative interne circa la determinazione e i limiti dell'orario di lavoro.

L'interpretazione offerta dal Disegno di legge appare una chiara elusione alle norme cogenti ed indisponibili afferenti la sicurezza sul luogo di lavoro del dirigente medico oltre a determinare una frammentarietà ed inammissibilità tra diverse legislazioni in relazione all'art. 3 e art. 32 della Costituzione. L'applicazione di siffatta norma determinerebbe, dunque, non solo un'assunzione di rischio organizzativo elettivo e cosciente da parte dei singoli responsabili delle strutture sanitarie, ma anche una responsabilità civile, penale e contabile degli stessi e dei soggetti che daranno in concreto corso a tali disposizioni, oltre ad esporre ingiustificatamente ad ulteriori rischi e pericoli i medici dipendenti. Inoltre, la autoattribuzione di un potere derogatorio, in violazione dei limiti e dei soggetti previsti dalla Direttiva, espone l'Italia a sanzioni economiche da parte della Commissione Europea, alla quale le delibera in oggetto è stata già segnalata da parte delle sottoscritte OOSS per tramite della Federazione Europea dei Medici Salarati (FEMS).

Pertanto, si chiede alle SLL di intervenire presso la Regione Basilicata inducendola a revocare la delibera n. 1516 del 23 novembre 2015 e, per l'effetto, applicare correttamente le disposizioni normative vigenti (Legge 161/2004 e D. Leg. 33/2003) così come imposti dalla Direttiva Europea n. 2004/34/CE che modifica la Direttiva 93/104/CE, preavvisando che in difetto le sottoscritte OOSS daranno corso ad ogni azione a tutela dei propri interessi e dei diritti dei dirigenti medici".

Costantino Troise ANAAO ASSOMED
 Alessandro Vergallo AAROI-EMAC
 Raffaele Perrone Donnorso
 ANPO-NUOVA ASCOTI-FIALS MEDICI
 Corrado Bibbolino SNR

AAROI-EMAC Marche

"Riorganizzazione sanitaria non concordata"

L'Intersindacale Medica, Veterinaria e Sanitaria contro il Governatore

Le OO.SS. Regionali (AAROI-EMAC, ANAAO, ANPO, CGIL Medici, CISL Medici, CIMO, FASSID, FESMED, FVM, AUPI, SINAFO) intervengono sulla riforma della sanità marchigiana. Le sigle dell'Intersindacale non ci stanno ad essere lasciate fuori da decisioni che il Presidente regionale Ceriscioli, con delega alla Salute, sta portando avanti senza un serio confronto con chi rappresenta l'85% dei Medici e Sanitari della regione.

"In data 10 novembre 2015 il Presidente Ceriscioli in qualità di assessore alla Salute della Regione Marche - spiegano le OO.SS. in una nota diffusa alla fine di Gennaio - ha incontrato le rappresentanze degli oltre 2.000 tra dirigenti medici e sanitari marchigiani, convergendo sulla necessità di aprire un continuo confronto per l'applicazione della riforma sanitaria che però ad oggi non sono stati an-

cora ascoltati. Nel frattempo - prosegue la nota - la Giunta Regionale emana direttive e proposte di legge che stravolgono il sistema di confronto con le rappresentanze sindacali sanitarie, fatto salvo ritarle per l'evidente ed impropria metodologia".

"Da quasi 5 anni - sottolineano i Sindacati - dibattiamo con la Regione per una riforma sanitaria che, seppure poco lucida e per certi versi contraddittoria, è stata accettata con sacrificio formalizzando nel Protocollo del 2014 (Delibera di Giunta 423 del 7 aprile 2014) una sua progressiva realizzazione.

Dopo quasi due anni assistiamo all'incompiuta applicazione del protocollo citato ed al dilagare di delibere regionali, aziendali e di Aree Vaste contraddittorie tra loro e per nulla omogenee. Il solito balletto - si legge ancora nella nota - del ricambio delle Direzioni ha deter-

minato come unico obbligo il raggiungimento di obiettivi economici, costringendo gli operatori ad una fondamentale revisione dei modelli operativi ed organizzativi a scapito delle prestazioni e, quindi, dell'offerta di salute per i cittadini e questo mentre i Dirigenti Medici garantiscono migliaia di ore di lavoro in più rispetto al debito contrattuale non riconosciuto. Il Governatore deve essere presente come assessore alla Sanità per assicurare un corretto adeguamento delle dotazioni organiche e aprire i tavoli di confronto che ci aveva promesso a Novembre

Il Presidente Ceriscioli - concludono i Sindacati - deve confrontarsi non solo con le Confederazioni Cgil, Cisl, Uil ma anche con chi rappresenta l'85% dei medici e dei sanitari marchigiani, che non possono essere tenuti all'oscuro né ignorati nelle loro proposte sostenibili".

AAROI-EMAC Toscana

Riforma Sanità? Bocciata

L'intervento dei Sindacati

Poche le luci, frutto del lavoro della III Commissione Consiliare, molte le ombre sulla proposta uscita dall'Assessorato Regionale alla Sanità. Così l'Intersindacale Medica, Veterinaria e Sanitaria della Toscana (ANAAO ASSOMED - CIMO - AAROI EMAC - FASSID - FESMED - ANPO-ASCOTI FIALS - FVM - CISL MEDICI - UIL FPL) giudica la nuova riforma della sanità, approvata in fretta e furia nelle ultime settimane del 2015. L'Intersindacale denuncia, inoltre, l'assenza di confronto con l'assessorato che ha portato alla stesura del riordino sanitario nel quale il "ruolo" dei medici è marginalizzato.

Tre, sopra a tutti, i punti che stanno mettendo in crisi i rapporti tra l'Assessorato alla Sanità della Regione Toscana e la Dirigenza Medica e Sanitaria del sistema. La sostanziale assenza di relazioni sindacali, la riconferma del modello per intensità di cure (oramai considerato un fallimento ovunque) e l'istituzione di dipartimenti infermieristici e tecnico-sanitari gestionali che si sovrappongono, anziché coniugarsi in modo complementare, ai dipartimenti strutturali (ospedalieri e della prevenzione) previsti dalla normativa nazionale come asse portante dell'organizzazione in Sanità. Insomma, per i Medici ospedalieri toscani la nuova legge di riordino è un "pasticcio", figlia di uno scarso, scarsissimo, confronto e di un'impostazione della sanità che penalizza apertamente chi di questo sistema è invece il perno principale: la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.

I sindacati, che rappresentano legittimamente la Dirigenza del Sistema sanitario, dichiarano la loro completa estraneità rispetto a questa nuova norma, e denunciano di essere stati sostanzialmente esclusi da qualsiasi reale e fattivo confronto con l'Assessorato al Diritto alla Salute. Almeno per quanto riguarda i Dirigenti Medici e Sanitari, la tanto decantata concertazione non c'è stata. Decisamente migliore la fase di confronto con il Consiglio Regionale: la Commissione Sanità ha infatti chiesto e dai Sindacati puntualmente ottenuto "Osservazioni" sulla legge, che hanno, probabilmente, aiutato i consiglieri nel loro lavoro. Alcune di queste, da quanto risulta, sono state condivise anche a larga maggioranza.

Pochi, alla resa dei conti, i punti salienti della nuova norma che incideranno sulla qualità dei servizi. Completamente assenti i riferimenti ai carichi di lavoro piuttosto che ai LEO, i Livelli Essenziali Organizzativi, che dovrebbero essere previsti in ogni struttura ospedaliera al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure. Nessun provvedimento è stato preso fino ad oggi per contrastare le conseguenze sul sistema, derivanti dalla applicazione della normativa europea sui riposi: secondo la Regione i medici dovranno continuare a svolgere turni massacranti, collezionare migliaia di ore di straordinario e rinunciare alle ferie. Le conseguenze ricadranno inevitabilmente tutte sulla sicurezza dei pazienti e sulla qualità dell'assistenza.

La proposta di legge è uscita dall'Assessorato con un taglio ben determinato; difficile, per la Commissione Sanità del Consiglio Regionale, riuscire, in pochissimi giorni, ad ascoltare gli attori del sistema, discutere le priorità e trasformarla in uno strumento di governo capace di garantirne la tenuta quali-quantitativa.

Unica novità francamente positiva, frutto di un emendamento voluto dalla III commissione, l'articolato sulla rete pediatrica regionale. Finalmente la Toscana recepisce, almeno sotto il profilo delle intenzioni, gli indirizzi che derivano dalla Carta internazionale dei diritti dell'infanzia promulgata dalle Nazioni unite nel 1989. Se la Toscana risulta ancora tra le regioni con i migliori esiti di salute nazionali ed europee è, senza dubbio, anche merito dei Medici e della Dirigenza Sanitaria del sistema che hanno operato in condizioni sempre più difficili per i tagli lineari a cui hanno fatto seguito riduzioni pesanti di posti letto e dotazioni organiche. Non si comprendono, quindi, le ragioni per cui si pretende di considerare la Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria come marginale nella gestione del Governo Clinico.

La nuova Legge conferma l'organizzazione del sistema ospedaliero per intensità di cure quale modello assistenziale portante, dai Sindacati peraltro più volte criticato, adottato, sperimentato ed abbandonato nel nord Europa ed in Australia, di cui non si hanno dati di efficacia a supporto del fatto che abbia dato risultati superiori ad un modello ospedaliero organizzato per dipartimenti e specialità.

Ancora al palo, al di là delle dichiarazioni di rito, l'integrazione con le attività sanitarie territoriali che dovrebbero liberare l'ospedale sia dai pazienti cronici che da quelli acuti che non necessitano di un accesso in Pronto Soccorso.

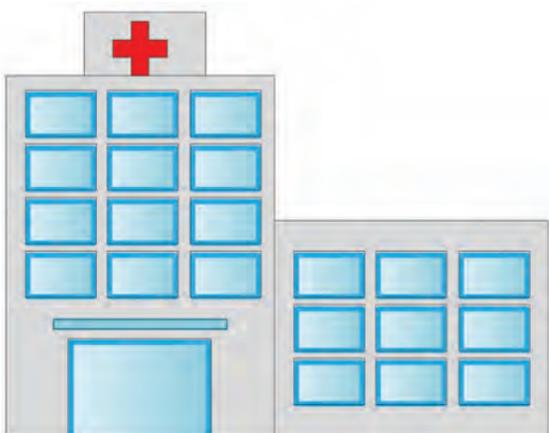
In questo quadro di grande, annosa, austerità si fa fatica a comprendere come il vero elemento innovativo e politicamente rilevante, sia l'istituzione dei Dipartimenti, con funzioni anche gestionali, delle professioni infermieristiche/ostetriche e delle professioni tecnico/sanitarie. La Giunta ha preteso in aula la modifica "last minute", rispetto al testo licenziato dalla Terza Commissione, dell'Art. 69 quinquies che istituisce tali Dipartimenti. La modifica conferma la precisa volontà di sovrapporre le funzioni infermieristiche a quelle dei Medici piuttosto che di sviluppare un percorso complementare ed integrato, rinviando agli Statuti delle Aziende le funzioni che dovrebbero essere state del legislatore, nel rispetto di vaghe "linee guida generali" oltre che della "programmazione delle direzioni aziendali".

La politica, anche in Toscana, sta alimentando la contrapposizione tra il ruolo dei dirigenti Medici e Sanitari e quello delle Professioni Sanitarie, pensando forse ad un ritorno politico ed economico: ma il buon funzionamento di un sistema sanitario dipende dall'azione sinergica e dalla collaborazione attiva di tutte le professionalità che vi lavorano, la contrapposizione non potrà che generare inefficienze e sprechi a danno, soprattutto, dei cittadini.

La sinergia tra medici e infermieri è un valore centrale per il sistema, da coltivare e mantenere, come ha ben sintetizzato dal Direttore di Quotidiano Sanità Cesare Fassari:

"Penso che un infermiere, piuttosto che un tecnico di laboratorio o qualsiasi altro professionista sanitario, abbia scelto di studiare quella materia per fare quel "mestiere" e non il medico, tantomeno di "serie B".

Come penso che i medici, al di là delle paure, nel loro luogo di lavoro cerchino sempre la collaborazione "alla pari" con gli altri professionisti perché per primi sanno che il loro impegno risulterebbe spesso vano senza l'apporto costante di altre competenze e funzioni. In altre parole sono convinto che nelle realtà dei nostri reparti ospedalieri e nei vari ambulatori territoriali, medici, infermieri & C. siano tutti ben consapevoli dell'importanza e dell'utilità reciproca del lavorare insieme."



COSMED

Fondo PERSEO-SIRIO: adesione possibile fino al 2020

Siglata l'ipotesi di Contratto Nazionale Quadro che proroga il termine per il passaggio al TFR



Il 15 Gennaio, l'Aran e le Confederazioni Sindacali hanno sottoscritto l'ipotesi d'accordo di proroga per esercitare l'opzione di passaggio dal TFS al TFR (art. 2, comma 3, accordo quadro nazionale 29 luglio 1999) e di usufruire del contributo aggiuntivo a carico dello Stato. Il termine è stato spostato al 2020 con efficacia dal

1° Gennaio 2016, quindi senza alcuna interruzione rispetto al termine precedente, fissato, per gli assunti prima del 2001, al 31 Dicembre 2015.

Tale proroga si ripercuote positivamente anche sulla possibilità di accedere al Fondo Perseo per il quale è appunto necessario il passaggio da TFS a TFR.

Perseo Sirio è un Fondo pensione complementare previsto dal contratto di lavoro ed è destinato "a tutti i lavoratori dipendenti dei Ministeri, delle Regioni, delle Autonomie Locali e Sanità, degli EPNE, dell'ENAC, del CNEL, delle Università e dei Centri di Ricerca e Sperimentazione, delle Agenzie Fiscali, i Dirigenti ricompresi nelle Aree I, II, III, IV, VI, VII e VIII, dell'ENAC, del CNEL e tutti coloro richiamati nell'Accordo Istitutivo".

La COSMED, di l'AAROI-EMAC fa parte, ha partecipato al tavolo Aran ed è tra le Confederazioni firmatarie dell'ipotesi

di accordo. Di seguito l'informativa inviata dopo la firma.

"Con la sottoscrizione della maggioranza delle Confederazioni, è stato siglato il contratto nazionale quadro che consente l'adesione al Fondo Perseo fino al 31 dicembre 2020. Favorevole anche la parte pubblica. Adesso occorre il via libera del Consiglio dei Ministri e della Corte dei Conti per la sottoscrizione definitiva, che renderà totalmente esigibile la norma contrattuale.

In ogni caso, in attesa del varo definitivo è stato specificato che gli effetti del contratto decorrono dal 1° Gennaio 2016, il che consente di proseguire nell'adesione volontaria al fondo senza soluzione di continuità rispetto alla precedente scadenza del 31.12.2015 che risulta superata.

Viene pertanto resa possibile un'adesione meditata al Fondo come auspicato da Cosmed.

Infine nelle dichiarazioni congiunte viene ribadito il dovere delle Amministrazioni di informare diffusamente i dipendenti su questa opportunità, anche se comporta un onere per l'azienda che deve corrispondere per ogni aderente un contributo del datore di lavoro pari al 1% della retribuzione fissa.

Resta fermo l'impegno della nostra confederazione ad informare i dirigenti interessati e a perseguire modifiche legislative che favoriscano l'adesione al Fondo, in particolare richiediamo che l'obbligo di conferire in parte o completamente la liquidazione maturanda sia abolito consentendo l'accesso con le sole quote del dipendente e del datore di lavoro".

"Con la proroga - - commenta il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo -, la COSMED ha ottenuto l'importante risultato di impedire che alcuni poteri economico-politici riuscissero a bloccare le adesioni al Fondo Perseo al 31 Dicembre 2015, per incoraggiare adesioni a previdenze complementari private.

Il Fondo Perseo Sirio è l'unico Fondo "chiuso" per i dipendenti del SSN e ha il vantaggio di prevedere un contributo dell'1% a carico del datore di lavoro, che andando ad accumularsi nel montante contributivo complessivo, costituirà la base del trattamento pensionistico del cosiddetto pilastro ottenibile dal fondo. Questo contributo, evidentemente, non può esserci per i fondi pensione "aperti"»



News sulle pensioni nella Legge di Stabilità

Gli interventi integrativi introdotti dopo la prima formulazione

In sede di approvazione alla Camera del testo della Legge di Stabilità per il 2016 sono stati introdotti alcuni interventi chiarificatori ed integrativi alla primitiva formulazione del Disegno di Legge presentato dal Governo.

Un intervento riguarda la rivalutazione degli importi previdenziali che ancorché siano negativi non potranno fare diminuire gli assegni dei pensionati. La disposizione, che non ha scadenza, previene un'eventualità che si potrebbe verificare per la prima volta a Gennaio 2017, in occasione del conguaglio della rivalutazione sulla base della variazione dell'indice dei prezzi del 2015, che molto probabilmente sarà negativo. È valida invece solo per quest'anno la decisione di non effettuare il conguaglio tra la rivalutazione provvisoria riguardante il 2015 applicata finora (era dello 0,3 %) e quella definitiva (pari allo 0,2 %).

Ciò avrebbe comportato un prelievo, sull'assegno di Gennaio 2016, pari allo 0,1% di quanto incassato complessivamente quest'anno. Tuttavia il conguaglio è solo rimandato di un anno e quindi, salvo ulteriori interventi, i pensionati dovranno comunque restituire l'importo ad inizio 2017. Il passaggio alla Camera ha portato

anche la cancellazione della penalizzazione per chi è andato in pensione anticipata prima dei 62 anni (1% per ognuno dei primi due anni e 2% per ogni ulteriore anno) nel triennio 2012-2014.

La riduzione, prevista dal Decreto Legge 201/2011, era già stata eliminata per il 2015, ma non per i pensionamenti progressivi. Ora l'abbuono viene esteso, ma, anche in questo caso, solo con effetto sugli assegni del 2016 e quindi non ci sarà alcun recupero di quanto decurtato in passato. Si è poi intervenuti modificando alcune previsioni già contenute nel progetto di legge di Stabilità presentato dal Governo. È il caso importante dell'opzione donna, cioè della possibilità, per le lavoratrici, di andare in pensione a 57 o 58 anni e 3 mesi (se dipendenti ovvero autonome) e 35 anni di contribuzione con il ricalcolo dell'assegno con il sistema contributivo invece di quello retributivo.

Rispetto a quanto previsto e indicato in passato dall'Inps, le interessate dovranno maturare i requisiti e non più la decorrenza della pensione entro la fine di quest'anno.

Secondo le stime contenute nella relazione tecnica alla Legge di Stabilità, saran-

no circa 32.800 le lavoratrici che, sfruttando questa possibilità andranno in pensione tra il 2016 e il 2018, a cui se ne aggiungeranno altre 3.250 che, pur potendo smettere di lavorare già quest'anno, per loro scelta andranno in pensione successivamente.

Nel passaggio alla Camera si è tentato di non applicare al requisito dei 57 o 58 anni i tre mesi aggiuntivi derivanti dall'adeguamento all'aspettativa di vita. Ma la richiesta non ha avuto approvazione. Ricependo le indicazioni della Commissione Lavoro, è stato invece previsto un monitoraggio delle aderenti all'opzione e dei relativi costi. Eventuali risparmi sulla spesa ipotizzata, ritenuta tuttavia eccessiva da diversi parlamentari, tra cui il Presidente della Commissione, Cesare Damiano, dovranno essere utilizzati per ulteriori estensioni dell'opzione donna.

Altra modifica è l'applicazione già dal 2016 della no tax area ampliata da 7.500 a 8.000 euro per gli over 75 e da 7.500 a 7.750 per chi non supera i 75 anni. Nella prima versione della Legge di Stabilità, l'efficacia dell'estensione era prevista dal 1° Gennaio 2017.

Confermato, infine, il congelamento al 27% per l'anno prossimo dell'aliquota contributiva a carico degli iscritti in via esclusiva alla gestione separata dell'Inps. Infine, e di grande importanza per il mondo medico, la legge di Stabilità ha introdotto nuove tutele per gli studenti dei corsi di laurea di medicina e di odontoiatria. I futuri medici e dentisti infatti non dovranno più aspettare l'abilitazione professionale per avere una copertura previdenziale e assistenziale ma potranno iscriversi all'Enpam già a partire dal quinto anno di corso.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

**Assunzioni PA:
scorre la graduatoria
di data anteriore**

Vince il criterio cronologico

In presenza di più graduatorie concorsuali per uno stesso profilo, lo scorrimento deve avvenire attraverso il ricorso al criterio cronologico, vale a dire a cominciare dalla graduatoria che ha data anteriore.

Lo ha stabilito la sentenza 280/2016 della Corte di Cassazione - sezione Lavoro del 12 Gennaio 2016 che ha ribaltato le precedenti sentenze relative ad un ricorso portato avanti nei confronti del MIUR.

Il Ministero aveva, infatti, disposto di utilizzare a scorrimento 3 graduatorie relative a tre concorsi espletati in periodi diversi per dirigente amministrativo.

"In tema di impiego pubblico privatizzato - si legge nelle conclusioni della Sentenza -, nel caso in cui la PA stabilisca discrezionalmente di provvedere alla copertura dei posti vacanti con il sistema dello scorrimento delle graduatorie concorsuali valide ed efficaci, deve motivare la determinazione riguardante le modalità di reclutamento del personale e, in particolare, in presenza di più graduatorie per il medesimo profilo, deve indicare le circostanze di fatto o le ragioni di interesse pubblico prevalenti che la inducono ad effettuare lo scorrimento applicando un criterio diverso da quello della utilizzazione delle diverse graduatorie secondo il criterio cronologico, cioè a partire da quella di data anteriore, che è anche quella destinata a scadere per prima (seguendo l'indirizzo applicativo dettato dagli articoli 2 della Circolare della Funzione Pubblica 31 gennaio 1992, n. 8498 e della Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri 5 marzo 1993, n. 7).

Per il giudice ordinario la mancata giustificazione dell'omesso rispetto del criterio cronologico, nei confronti degli idonei inseriti nella graduatoria di data anteriore, si traduce nel mancato rispetto da parte della PA dei criteri generali di correttezza e buona fede (art. 1175 e 1375 cod. civ.), applicabili alla stregua dei principi di imparzialità e di buon andamento di cui all'art. 97 Cost., che è configurabile come inadempimento contrattuale, suscettibile di produrre un danno risarcibile per la lesione del diritto degli interessati allo "scorrimento prioritario" della graduatoria del concorso da loro espletato».



Protocolli infermieristici per il soccorso avanzato pre-ospedaliero

Gli OMCeO pugliesi contestano il documento proposto



L'OMCeO di Bari interviene sui Protocolli Infermieristici per il soccorso avanzato pre-ospedaliero realizzato dal gruppo di lavoro Asl Ba, Asl Bat e C.O. 118. Un documento per il quale è stata chiesta una valutazione all'Ordine stesso.

Secondo i Protocolli, agli infermieri del 118 sarebbe affidata nei casi di interventi critici e di carattere invasivo "l'esecuzione di manovre salvavita o comunque atte a salvaguardare le funzioni vitali (dell'assistito), compresa la somministrazione di farmaci, che siano previste da linee guida universalmente valide, non condizionate dalla formulazione di un'ipotesi diagnostica ma conseguenti al rilievo di segni e sintomi evidenti".

Gli OMCeO delle sei province pugliesi si sono espressi all'unanimità nel contestare questo documento e in una lettera hanno espresso la necessità di "esaminare più approfonditamente, al di là dell'opportunità di implementare un protocollo così delineato nell'ambito di una rete 118 caratterizzata da una previsione organico-funzionale secondo la quale il medico è sempre presente sul luogo di intervento a bordo del mezzo di soccorso o con l'automedica, i presupposti giuridici e il rispetto delle norme sulle competenze delle figure professionali coinvolte", norme che possono essere emanate da altri

organi dell'ordinamento che abbiano la potestà di legiferare e che "non possono essere modificate con un mero protocollo operativo, anche in virtù delle responsabilità medico-legali che ne deriva". A tal fine nella lettera si propone di "istituire un gruppo di lavoro con i rappresentanti degli Ordini professionali e delle figure professionali coinvolte affinché sia valutata compiutamente la rispondenza alle norme vigenti.

Non si tratta - prosegue la lettera - di una mera questione di difesa delle competenze dei medici, ma di una battaglia a tutela del diritto di ciascun cittadino a ricevere un'adeguata assistenza nelle situazioni ad alto rischio, che richiedono l'intervento tempestivo di equipe multiprofessionali. In Puglia abbiamo già una legge di riorganizzazione del 118 datata 2009 e mai applicata: in essa si prevede la presenza di più postazioni medicalizzate e non e delle automediche per permettere ai medici di spostarsi agevolmente tra le postazioni garantendo sempre la loro presenza.

Non si può eludere la presenza di una figura medica professionalizzata. Bisogna imparare a fare sinergia tra le diverse risorse a disposizione, a coordinare gli interventi tra infermieri e medici quando intervengono in uno stato di emergenza, nel rispetto dei ruoli e delle competenze".

Incarichi Ospedalieri a Specialisti Ambulatoriali

La posizione dell'AAROI-EMAC

In un quadro in cui alla carenza di personale dovuta al blocco del turn over e all'impossibilità di assumere Colleghi si risponde con l'assegnazione di incarichi da Specialisti Ambulatoriali, oggi in preoccupante aumento, la professione medica ospedaliera e la sua rappresentanza sindacale subiscono un danno la cui riparazione è estremamente difficoltosa.

Sul tema è intervenuto Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC: "I Rapporti di Lavoro di Specialistica Ambulatoriale (cd ACN SUMAI) sono in aumento in luogo dello svolgimento di concorsi per posti a tempo indeterminato, di avvisi per incarichi a tempo determinato, e di procedure di mobilità. Si ricorda che il ricorso a tali Specialisti Ambulatoriali è un falso messo in atto dalle Aziende, perché essi vengono utilizzati non già per prestazioni di tipo ambulatoriale, ma per normalissimi turni di lavoro in s. o., in terapia intensiva, ed in genere per turni di lavoro propri esclusivamente dei Medici Pubblici Dipendenti. Tali situazioni nuocciono gravemente alla nostra disciplina. A maggior onta rispetto ai 'contratti atipici' (tipo Co.Co.Co. et similia), e rispetto ai contratti altrettanto falsamente di tipo 'libero-professionale', questi incarichi di tipo 'specialistico ambulatoriale' rappresentano per molti una vessazione lavorativa, e per alcuni il viatico che consente a pochi financo di beneficiare illecitamente di istituti contrattuali tipici del lavoro dipendente (affidamento di incarichi di alta professionalità, di direzione struttura semplice, et similia), oltre che dell'accesso alle prestazioni aggiuntive il tutto finanziato con fondi appartenenti al CCNL e non all'ACN della Specialistica Ambulatoriale. Inutile rimarcare come tutto questo sia un illecito, perché i suddetti istituti contrattuali spettano esclusivamente ai dipendenti CCNL, sia a tempo indeterminato che determinato. Inoltre, i Colleghi assunti con ACN di Specialistica Ambulatoriale non vengono conteggiati (correttamente) dall'ARAN ai fini della rappresentatività sindacale, l'unica e fondamentale titolarità alle trattative contrattuali: minor rappresentatività dell'AAROI-EMAC in sede ARAN significa minor forza ai tavoli nazionali di rinnovo contrattuale, oltre che a quelli delle trattative decentrate, regionali e aziendali: un danno associativo enorme, destinato a perpetrarsi finché questi rapporti di lavoro esistono. Infine, questi Colleghi si trovano nella condizione di dover corrispondere un premio di polizza RC convenzionata AAROI-EMAC sempre pari a quello dei Liberi Professionisti: a tal proposito sono in corso serrate trattative con la Compagnia AM Trust per abbassarne il costo, almeno per coloro i quali non svolgono attività al di fuori dell'Ospedale. In sintesi:

1) per gli Anestesisti Rianimatori i soli Rapporti di Lavoro di Specialistica Ambulatoriale che possono esistere sono quelli riguardanti prestazioni esclusivamente ed effettivamente ambulatoriali;
 2) tutti gli altri Rapporti di Lavoro di Specialistica Ambulatoriale (ACN) devono passare a contratto di dipendenza (CCNL).

Zibaldone semi-serio: il florilegio arguto di Gian Maria Bianchi

Attenti al

La parola "attenti" è aggettivo e verbo.

A prima vista pensi al cartello appeso sui cancelli delle villette o delle cascine: "Attenti al cane".

Il cane da guardia, istituzionalmente, "deve" fare paura ai ladri, agli intrusi, agli estranei.

Già gli antichi Romani esponevano la lapide con su scolpito "cave canem", temi il cane! Che è molto più convincente di attenti al cane.

Lucio Dalla ci ha lasciato la sua indimenticabile "Attenti al lupo". "Guarda come son tranquilla io quando attraverso il bosco, con l'aiuto del buon Dio, stando sempre attenta al lupo".

L'uomo, eterno Cappuccetto Rosso, attraversa il bosco e contravviene alla raccomandazione "Non fermarti nel bosco". Incontra il lupo e non sta attento, gli racconta i fatti suoi e gli dice dove abita la nonna.

Nelle favole, almeno in quelle, c'è sempre il lieto fine. Arrivano i nostri, il bene vince, il povero lupo viene "laparotomizzato". Dalla sua pancia escono nonna e nipotina, come in un taglio cesareo, così chiamato perché nacque per questa via il famoso Giulio.

Morte e vita si incrociano spesso nella mitologia e nelle sue figlie, le favole. In greco favola si dice *mythos*. I massimi produttori di fiabe? Esopo, Fedro, La Fontaine, Andersen, i Fratelli Grimm.

Mamma lupa, al contrario del feroce marito, è molto valutata nel mito e nelle favole, specie a Roma e nella Giungla della lontana India. Lei è buona, generosa, disponibile. Si prende cura dei "cuccioli d'uomo" abbandonati nelle ceste affidate alla corrente di fiumi famosi: Tevere e Gange.

Attenti alla lupa, dunque, e alla sua cucciolata. Gli Scout di tutto il mondo si impegnano nell'imitarla. Una buona azione ogni giorno. Akela, il capobranco, accudisce e addestra i suoi "lupetti". La loro legge è: "Il lupetto ascolta il Vecchio Lupo". Furono Sir Baden-Powell e Rudyard Kipling ad ispirare questo formidabile movimento di giovani "attenti al lupo".

Un grande amante della natura conosceva il linguaggio degli animali e a Gubbio convinse il "lupo cattivo" a diventare amico dell'uomo, come il cugino cane-lupo.

Nei fumetti di Walt Disney troviamo Ezechiele Lupo che cerca di educare il figlio Lupetto all'odio per i Tre Porcellini. Non ci riuscirà, nonostante i suoi sforzi, nonostante la legge di natura e la favola "Lupus et agnus".

In compenso la lezione la impareranno gli uomini, che fin dall'antichità si comportano da *homo homini lupus*. Achtung! Achtung! Le SS. I campi di sterminio. Attenti, attenti ai lupi cattivi.

Ai "Lupi grigi" turchi apparteneva l'attentatore di Piazza San Pietro.

E qui passiamo alla parola "attenti" quando è verbo: tu attenti. È un presente indicativo. È un soggetto ben presente e ben armato che indica il bersaglio con la canna della sua arma.

Il Papa - ce lo confessò - fu salvato da un miracolo. Lincoln, Martin Luther King e i due Kennedy non si salvarono. Negli States quelli che sparano hanno una buona mira. Lo sappiamo bene dai film western: sceriffi, pistolieri, banditi. Ombre rosse. Mezzogiorno di fuoco. I magnifici sette.

È storia o mitologia? È grande cinema, con grandi storie e mitici personaggi.

All'epoca di quei film, alle elementari, sui libri di storia studiavamo l'attentato a Giulio Cesare nel 44 a.C. Uno dei congiurati era di famiglia. Tu quoque Brute, fili mi. L'indovina Spurrina lo aveva avvertito: "Cesare, attento alle idi di marzo". Lui, niente. E 23 pugnate lo trafissero il 15 marzo.

Marzo, il mese di Lucio Dalla, mitico artista, attento al lupo e a tutto l'universo. Da dove "la terra finisce e là comincia il cielo" fino a "com'è profondo il mare".

Lo abbiamo capito, caro Lucio: bisogna stare attenti. Ma la sua attenzione l'uomo la deve rivolgere non solo alle bestie feroci o ai propri simili che impugnano armi omicide.

Noi esseri umani ci troviamo, a volte, a recitare inconsapevolmente la parte del lupo. Sì, proprio del *lupus in fabula*. Espressione che si dice al sopraggiungere della persona di cui si sta parlando.

E tu, come un lupo silenzioso, spii, segui, avvicini la tua preda, il tuo agnello sacrificale. Da sacrificare alla tua sete di potere e alla tua invidia insaziabile.

Non te ne rendi conto, ma quel collega, che ti è così antipatico e che è migliore di te, tu lo stai perseguitando con tanti piccoli attentati. Attentati al suo buon nome (arma: maldicenza), alla sua incolumità psicologica (arma: provocazioni), alla sua carriera (arma: insinuazioni).

Attenti agli attentati. Ai "nostri" attentati. Attenti al lupo che c'è in noi. Il Licantropo. *Lykos*, lupo e *anthropos*, uomo. Frutto della mitologia e della letteratura dell'orrore. Figure dalla doppia vita come il Dottor Jekyll e Mister Hide. Come Dorian Gray e il suo ritratto, racconto di un grande Oscar.

L'arma di questo tipo di attentatore è simile al veleno della vipera: esce dalla bocca. I Pelle-

rossa dicono "avere la lingua biforcuta". Nell'Eden il Tentatore si travestì da serpente. Il proverbio dice: "Ne uccide più la lingua della spada".

Già, bisognerebbe sempre usare un linguaggio che non sia né strisciante, né arrogante, né mortificante (*mortem facere*).

Si dovrebbe usare il linguaggio degli uccelli, degli uccelli miti e pacifici: le colombe, i passerotti, le rondini. Francesco passava un bel po' di tempo con loro, a chiacchierare e a meditare, nei dintorni di Assisi. Anche Lucio, tra Bologna e le isole Tremiti, dal 4 marzo (1943) al 1° marzo (2012).

"Vorrei girare il cielo come le rondini. E ogni tanto fermarmi qua e là. Vorrei capire insomma che cos'è l'amore. Dov'è che si prende dov'è che si dà". (Dalla. Le rondini)

"Il cielo" (1968)

"Com'è profondo il mare" (1977)

"Attenti al lupo" e "Le rondini" nell'album "Cambio" (1990).



QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

Tutti gli Iscritti possono inviare i loro Quesiti a: quesiti@aaroiemac.it

Rubrica a cura di Domenico Minniti (Vice Presidente Sez. Reg. AAROI-EMAC Calabria) e Arturo Citino (Coordinatore Formazione Sindacale)



PRONTA DISPONIBILITÀ E TEMPI DI PERCORRENZA

Quesito: Nel caso della presenza di una pronta disponibilità al posto della guardia per garantire le urgenze anestesiológicas, quali sono le regole da seguire in riferimento alla distanza dall'ospedale, i tempi di percorrenza compatibilmente con le condizioni climatiche, la possibilità di alloggiare in ospedale?

Risposta: Fermo restando che la PD sostitutiva per il servizio di anestesia non è prevista dal CCNL, c'è da chiarire che il tempo per raggiungere l'ospedale durante un turno di PD è concordato dalla contrattazione aziendale con le OO.SS. e a questo documento bisogna attenersi; ciascuno valuterà quale sia la distanza dall'ospedale che garantisca ragionevolmente il rispetto di tali tempi. Per quanto riguarda, invece, la possibilità di rimanere in ospedale durante la PD occorre ottenere l'autorizzazione dall'Azienda.

IMPIEGO AR IN PRONTO SOCCORSO

Quesito: Quali sono i riferimenti normativi sull'impiego di Anestesisti Rianimatori al Pronto Soccorso?

Risposta: Supponiamo che il quesito si riferisca ad attività di guardia prestata in Pronto Soccorso da Medico Anestesista Dirigente presso una Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione.

In premessa è opportuno ricordare che l'attività medica nel SSN è specifica per discipline e lo stesso dicasi per gli incarichi di Direttore SC e per i medici curanti che sono assunti in quella disciplina.

Pertanto si ritiene chiaramente improponibile che un Dirigente Medico svolga qualsivoglia attività, come medico curante, in disciplina diversa da quella per la quale è stato assunto.

Inoltre la responsabilità organizzativa e clinica così posta a carico di un Direttore di diversa SOC durante il turno condurrebbe ad una pericolosa confusione di compiti e di responsabilità nella assistenza clinica ai pazienti.

ORE DI LAVORO STRAORDINARIO

Quesito: Il Direttore SC può chiedere che nel mese corrente, vengano svolti dei turni oltre il proprio debito orario con la possibilità che si recuperino quando l'organico sarà adeguatamente completato?

Risposta: Le ore in più, compatibilmente con il dettato del D. Lgs. 66/2003, se autorizzate dal Responsabile e non inserite nel contesto di obiettivi di tipo quantitativo (non finalizzate dunque al raggiungimento di uno specifico risultato), devono essere recuperate.

Anche il CCNL da il diritto al recupero - l'art.28 del CCNL 10 febbraio 2004 Integrativo del CCNL1998 - 2001 recita:

"Le ore di lavoro straordinario possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo".

PERIODO DI PROVA

Quesito: Ho lavorato 6 mesi come Dirigente Medico a tempo determinato in una ASL, ora sono vincitore di concorso a tempo indeterminato in altra azienda. Il periodo di prova deve intendersi superato dal momento che ho svolto la medesima mansione presso altra azienda del comparto oppure lo devo effettuare?

Risposta: Il periodo di prova va effettuato nella nuova ASL dal momento che provieni da un rapporto di lavoro a tempo determinato e non hai effettuato il periodo di prova.

CONTINGENTI MINIMI IN CASO DI SCIOPERO

Quesito: Il Direttore SC può variare autonomamente i contingenti minimi in caso di sciopero, al fine di garantire attività di routine?

Risposta: Il Direttore SC non ha alcuna facoltà di variare in maniera autonoma i contingenti minimi in caso di sciopero.

Questi sono infatti materia di contrattazione integrativa aziendale (CCNL 2002/2005, art. 4) con le Organizzazioni Sindacali, per l'individuazione delle posizioni dirigenziali i cui titolari devono essere esonerati dallo sciopero al fine di garantire le attività urgenti.

Tali contingenti minimi, di norma, corrispondono a quelli previsti per i giorni festivi.

PRONTA DISPONIBILITÀ E RIENTRO IN SERVIZIO

Quesito: Dopo quante ore si può rientrare in servizio dopo una chiamata notturna in PD?

Risposta: Fermo restando che la norma sui riposi prevede 11 ore di riposo nelle 24 ore, occorre affrontare una riflessione sui ritmi circadiani: tralasciando per un attimo la norma, che non chiarisce in maniera esaustiva quante ore di riposo debbano trascorrere dopo una notte di pronta disponibilità, le variabili che incidono sul recupero psico-fisico di ciascuno, sono molteplici.

E di questo, la standardizzazione del recupero non tiene ovviamente conto, non garantendosi quindi un ritorno ad una performance individuale che sia uguale per tutti.

Sarebbe auspicabile dunque, dopo una chiamata notturna in PD, prevedere il diritto di poter comunicare il rientro in base alle soggettive capacità di ripristino delle proprie facoltà e, quindi, la necessità da parte di chi organizza di prevedere la possibilità di sostituire chi, chiamato in PD la notte precedente, non sia nelle condizioni di garantire la sicurezza necessaria per il paziente e per se stesso.

DIRITTO ALLA PAUSA

Quesito: Esiste qualche norma che sancisca il diritto ad una pausa per stanchezza, fame, sete sonno?

Risposta: La norma che prevede la pausa è contenuta nella Legge 66/2003 e prevede una pausa dopo la sesta ora di lavoro.

Resta comunque la riflessione che, al fine di svolgere il nostro lavoro con attenzione e per essere sempre in grado di rispondere alle esigenze dei pazienti, occorre avere la mente lucida e quindi non offuscata da fame, sete, sonno, stanchezza.

Risulta ovvio che tutte queste condizioni vadano evitate e che il non evitarle potrebbe diventare "colpa" in eventuali contenziosi medico legali; detto questo ciascuno valuterà volta per volta le proprie condizioni psico-fisiche e le soluzioni per mantenerle al meglio e, alla bisogna, provvederà a riposare, dormire, bere, mangiare dovendo perseguire il mantenimento dello stato di efficienza.

PRONTA DISPONIBILITÀ IN DUE PRESIDII

Quesito: È lecito utilizzare l'istituto di un'unica Pronta Disponibilità, notturna e festiva, integrativa della Guardia di anestesia su due presidi ospedalieri, distanti oltre 20 chilometri?

Risposta: Lo svolgimento contemporaneo della reperibilità unica integrativa della Guardia di anestesia notturna e festiva, su due distinti presidi ospedalieri, non è in linea con il CCNL e quindi non può essere prevista. Concetto ancor più valido si trattasse, ovviamente, di Pronta Disponibilità sostitutiva.

Ogni Dirigente ha una sede di lavoro assegnata (che non può essere rappresentata da due diversi ospedali) ed è in quella sede e solo lì che deve svolgere il proprio servizio ed effettuare la reperibilità.

INFERMIERE DI ANESTESIA

Quesito: È lecito che mi si chieda di lavorare senza infermiere di anestesia in una sala dove sono da sola, con infermieri non formati nel campo delle emergenze?

Risposta: Se ritieni, come è lecito ritenere, che la presenza di un infermiere formato per collaborare con l'Anestesista sia necessario a garantire un sufficiente livello di sicurezza per il paziente, dovresti segnalare al Direttore della Struttura Complessa questa necessità. Nel passato esisteva l'infermiere specializzato in anestesia, i cui compiti erano normati dalla legge (D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225. Modifiche al R.D. 2/5/1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici TITOLO III). Oggi la figura dell'infermiere specialista in anestesia non esiste più, ma va da se che l'infermiere di sala, il cosiddetto "circulante", laddove non sia previsto un infermiere dedicato, debba assolvere i compiti di quest'ultimo con le medesime perizia e competenza.

SCORRIMENTO GRADUATORIE

Quesito: Qualora dovessero essere presenti in regione graduatorie attive per anestesia-rianimazione è possibile indire un avviso pubblico per la copertura di posti a tempo determinato? Non dovrebbero prima chiamare dalle suddette graduatorie (graduatorie a tempo indeterminato dalle quali chiamano a tempo determinato) e, solo qualora nessuno fosse disponibile, bandire un ulteriore avviso?

Risposta: Lo scorrimento di una graduatoria di un'altra Azienda Sanitaria è una facoltà di ciascuna Azienda e non un obbligo.

PASSAGGIO RAPPORTO DI LAVORO

Quesito: Il passaggio ad un rapporto di lavoro non esclusivo è un diritto o una facoltà che l'Azienda può non concedere?

Risposta: L'Art. 2-septies del Decreto Legge 29 marzo 2004, n. 81 recita: 1. Il comma 4 dell'articolo 15-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente: "4. I soggetti di cui ai commi 1, 2 e 3 possono optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Le regioni hanno la facoltà di stabilire una cadenza temporale più breve. Il rapporto di lavoro esclusivo può essere ripristinato secondo le modalità di cui al comma 2. Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici di cui al comma 5, trattandosi di indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità. La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse".

Dalla lettura della disposizione si intende che l'Azienda non possa opporsi e che l'opzione dipenda solo dalla volontà del collega.

Nota Bene: le "Risposte ai Quesiti" si basano sulle fonti legislative e contrattuali riferibili ai casi descritti, che a volte sono lacunose, e pertanto non possono avere alcuna pretesa di infallibilità, stanti le possibili diverse interpretazioni delle normative



LA PROTESTA CONTINUA! SCIOPERO E ASSEMBLEE

Carissimi,

dopo l'effettuazione di una giornata di Sciopero Nazionale lo scorso 16 Dicembre 2015, le OO.SS. della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, vista la totale assenza di risposte da parte di Governo ed Istituzioni (alle richieste formulate), hanno indetto, nelle giornate del 17 e 18 Marzo 2016, altre 48 ore di sciopero in prosecuzione della stessa vertenza.

In occasione della giornata del 16 Dicembre abbiamo cercato di informarvi in maniera puntuale sia sulle motivazioni che hanno condotto allo sciopero, sia sulle modalità di svolgimento dello stesso, diffondendo capillarmente le normative di riferimento, in modo da evitare rischi per chi allo sciopero voleva aderire, ma anche per evitare che talune Amministrazioni potessero di fatto ostacolare questo diritto costituzionale.

IN PREVISIONE DELLO SCIOPERO DI 48 ORE PREVISTO PER LE GIORNATE DEL 17 E 18 MARZO 2016, CI PREME SOLO BREVEMENTE RICORDARE ALCUNE IMPORTANTI INFORMAZIONI CONTENUTE NELLE NORMATIVE DI RIFERIMENTO (L. 146/1990, L. 83/2000, ACC. SERV. ESS. MEDVET 26/09/2001) E/O DA ESSE DERIVANTI:

- la Direzione Generale dell'Azienda individua, in occasione di ogni sciopero, di norma con criteri di rotazione, i nominativi dei dirigenti inclusi nei contingenti tenuti all'erogazione delle prestazioni necessarie e perciò esonerati dall'effettuazione dello sciopero (NdR: sono i cd precettati).

- I nominativi sono comunicati alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati, entro il quinto giorno precedente la data di effettuazione dello sciopero (NdR: è l'Azienda ad avere l'obbligo di comunicazione, non i singoli dipendenti né le OOS!).

- I dirigenti individuati hanno il diritto di esprimere, entro le 24 ore dalla ricezione della comunicazione, la volontà di aderire allo sciopero, chiedendo la conseguente sostituzione nel caso sia possibile (NdR: sono sempre i cd precettati: si tratta di un diritto per questi ultimi, e non di un dovere per tutti gli altri!).

- I contingenti minimi di personale da mantenere al lavoro sono quelli ordinariamente previsti per l'erogazione dei predetti servizi nei giorni festivi (NdR: il sabato non è festivo; un incremento può derivare dalla trasformazione di una eventuale pronta disponibilità festiva/notturna in guardia, a garanzia della sicurezza dei pazienti, che è cosa ben diversa dall'aggiungere turni di servizio ordinari mascherati da guardie in soprannumero!).

- In osservanza degli accordi stipulati in sede decentrata, qualora sia prevista la presenza di pronte disponibilità notturne, è opportuno che queste siano svolte da dirigenti che hanno effettuato un turno nella mattina del giorno di sciopero: la precettazione aziendale per la sola pronta disponibilità potrebbe configurarsi come un incremento surrettizio dei contingenti minimi.

Negli ultimi decenni non si ricordano vertenze che abbiano visto la proclamazione di un'astensione dal lavoro di 48 ore: lo sciopero del 17-18 Marzo 2016, preceduto da quello del 16 Dicembre u.s., rappresenta quanto grande sia la determinazione delle OO.SS. Mediche, Veterinarie e Sanitarie per contrastare i danni che Cittadini e Medici continuano a subire.

Il successo di una protesta (in questo caso lo sciopero) dipende dalla partecipazione ad obiettivi chiari e condivisi attraverso una campagna di sensibilizzazione il più capillare possibile, che l'AAROI-EMAC cerca di diffondere tramite canali tradizionali (locandine, manifesti, volantini, comunicati stampa, pagine a pagamento sui principali quotidiani, etc.) o attraverso l'utilizzo delle più interattive forme di comunicazione, dagli sms ai tweet e ai social network.

Riteniamo, inoltre, che riuscire ad avere un contatto personale con i Colleghi permetta in ogni caso di sviluppare ai massimi livelli il confronto e sia in grado, attraverso l'interlocuzione diretta, di favorire la comprensione dei problemi e delle criticità su cui un'azione di protesta intende portare l'attenzione.

OLTRE ALLO SCIOPERO, VI È UN ALTRO DIRITTO GARANTITO E NORMATO DA LEGGI E CONTRATTI, CHE NON VIENE QUASI MAI UTILIZZATO IN TUTTE LE SUE POTENZIALITÀ: IL DIRITTO DI RIUNIRSI IN ASSEMBLEA IN ORARIO DI LAVORO.

Il diritto di assemblea è normata dall'Art. 2 del CCNL 10/2/2004, in applicazione ed integrazione del CCNQ 07/08/1998. Riportiamo solo alcune importanti informazioni:

- I dirigenti hanno diritto a partecipare, durante l'orario di lavoro, ad assemblee sindacali, in idonei locali concordati tra le organizzazioni sindacali e le aziende, per n. 12 ore annue pro capite senza decurtazione della retribuzione.

- Le assemblee, che riguardano la generalità dei dipendenti o gruppi di essi, possono essere indette singolarmente o congiuntamente, con specifico ordine del giorno su materie di interesse sindacale e del lavoro

- La convocazione, la sede, l'orario, l'ordine del giorno e l'eventuale partecipazione di dirigenti sindacali esterni sono comunicate all'ufficio gestione del personale con preavviso scritto almeno tre giorni prima.

- Nei casi in cui l'attività lavorativa sia articolata in turni, l'assemblea è svolta di norma all'inizio o alla fine di ciascun turno di lavoro.

- Durante lo svolgimento delle assemblee deve essere garantita la continuità delle prestazioni indispensabili nelle unità operative interessate secondo quanto previsto dai singoli accordi di comparto.

- La rilevazione dei partecipanti e delle ore di partecipazione di ciascuno all'assemblea è effettuata dai responsabili delle singole unità operative e comunicata all'ufficio per la gestione del personale.

Nel percorso di preparazione allo sciopero del 17 e 18 Marzo p.v., che tra l'altro prevede anche tre eventi/manifestazioni nazionali al Sud, al Centro e al Nord, sarà importantissimo riuscire ad organizzare assemblee di tre ore ad inizio turno, diffuse il più possibile, scadenzate sul territorio nazionale o in tutta Italia nello stesso giorno. Le assemblee possono anche essere più d'una, nel limite orario annuo di 12 ore complessive, nello stesso mese di Marzo. Le assemblee comportano disagi per i Cittadini ridotti al minimo, nessuna penalizzazione economica per i lavoratori, possibilità di invitare a partecipare rappresentanze di Associazioni dei Cittadini e Amministratori Locali, soprattutto se alle tematiche generali vengono associate quelle peculiari di ogni territorio, notevole visibilità e amplificazione della campagna mediatica attuata in parallelo. Si possono massimizzare gli effetti della protesta con un minimo dispendio di energie, anche se si deve richiedere un grande impegno dei Delegati Sindacali e di tutti gli Iscritti.

Nei giorni precedenti l'uscita di questo numero sono stati inviati a tutti gli Iscritti all'AAROI-EMAC, oltre che a tutti i Ruoli Direttivi dell'Associazione, diverse informazioni e documenti pronti all'uso, per ottenere il rispetto del diritto dei Colleghi allo sciopero e alle assemblee. Altre informazioni e documenti saranno diffusi al più presto. L'AAROI-EMAC informa dei diritti, e se ne fa interprete a tutti i livelli, ma sta agli iscritti darle la forza necessaria per poterli ottenere.

Cordiali saluti e grazie per l'attenzione.

Alessandro Vergallo - Presidente Nazionale
Fabio Cricelli - Vice Presidente Naz. Area Centro

Online il Corso FAD 2016

Dall'emergenza all'alta specialità: percorsi di cura centrati sul paziente

È disponibile online, tramite link diretto sui siti web dell'AAROI-EMAC - www.aaroiemac.it - e della SIARED - <http://siared.aaroiemac.it/> - il Corso FAD 2016 "Dall'emergenza all'alta specialità: percorsi di cura centrati sul paziente". Per accedere al Corso occorre registrarsi sulla Piattaforma web "Agorà", raggiungibile dai siti web dell'AAROI-EMAC e della SIARED.

Per tutte le informazioni e per inviare segnalazioni tecniche è

possibile interagire direttamente online con "TecnoConference - TC Group", che fornisce la Piattaforma e-learning "Agorà". Abbiamo fatto tutto il possibile per rendere questo Corso adeguato alle vostre esigenze, lavorando fino all'ultimo minuto per metterlo a punto... a voi non resta che partecipare!

Adriana Paolicchi - Presidente SIARED
Alessandro Vergallo - Presidente Nazionale AAROI-EMAC



Il Calendario dei Corsi SimuLearn Marzo - Giugno 2016

Sul sito www.aaroiemac.it le date dei prossimi appuntamenti e il format per l'iscrizione



Online il calendario da Marzo ad Giugno 2016 dei Corsi di Simulazione Avanzata del Centro AAROI-EMAC di Formazione e Aggiornamento "SimuLearn" di Bologna. I Corsi, strettamente riservati ai soli Iscritti dell'AAROI-EMAC, sono strutturati in due giornate consecutive (1° giorno pomeriggio + 2° giorno mattino e pomeriggio).

Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il "Modulo di iscrizione" disponibile sul sito: www.aaroiemac.it, dove sono pubblicate tutte le informazioni di riferimento.