

# il nuovo Anestesista Rianimatore

NOVEMBRE - DICEMBRE  
2013  
6  
Anno XXXIV

**AAROIEMAC**  
Associazione Anestesi Rianimatori Ospedalieri Italiani  
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesi 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

## La nuova convenzione assicurativa 2014-2016 TUTTE LE NOVITÀ PER LE POLIZZE DI SECONDO E DI PRIMO RISCHIO

**IL NUOVO BROKER È AON S.p.A.  
LE COMPAGNIE AM TRUST (RCP), ROLAND (TL), LLOYD'S (RCA)  
RESTANO INVARIATE**

PER I RINNOVI 2014 DELLE POLIZZE ASSICURATIVE IN ESSERE  
C'È TEMPO FINO AL 28 FEBBRAIO 2014!  
ATTENDERE LE NUOVE ISTRUZIONI DI PROSSIMA PUBBLICAZIONE!  
SI RACCOMANDA DI NON EFFETTUARE ALCUN PAGAMENTO  
AL VECCHIO BROKER WILLIS S.p.A.!

L'AAROIEMAC, da sempre attenta alle necessità dei propri Iscritti, ha anche quest'anno riesaminato le esigenze assicurative legate alla responsabilità civile professionale del medico alla luce delle ultime disposizioni contrattuali e normative, con particolare e naturale attenzione tanto alla loro attuale applicazione pratica quanto al loro prevedibile prossimo impatto nelle realtà lavorative in cui opera il medico anestesista rianimatore, di emergenza e di area critica.

TUTTE LE INFORMAZIONI SONO DISPONIBILI SUL WEB: [WWW.AAROIEMAC.IT](http://WWW.AAROIEMAC.IT)

**LE POLIZZE AAROIEMAC/AON  
DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E DI TUTELA LEGALE GARANTISCONO,  
UNICHE NEL LORO GENERE, LA COPERTURA DI TUTTI I GRADI DI COLPA!**

Entrambe restano strutturate su una base comune di "secondo rischio" compresa nella quota associativa di iscrizione all'AAROIEMAC, sono ampliabili con una copertura facoltativa di "primo rischio", e prevedono una clausola di continuità con le precedenti polizze!

**I VANTAGGI DELLA CONVENZIONE ASSICURATIVA AAROIEMAC/AON  
RISPETTO AD ALTRE OFFERTE PRESENTI SUL MERCATO**

- LA COPERTURA DI OGNI GRADO DI COLPA -
- L'ADESIONE SVINCOLATA DA PRECEDENTI SINISTRI -
- LA DURATA DEL CONTRATTO (TACITO RINNOVO) -
- IL MASSIMALE -
- LA CHIARA DEFINIZIONE DI SINISTRO -
- L'OPERATIVITÀ IN CASO DI ALTRE POLIZZE COESISTENTI -
- IL NULLA OSTA ALLA DISDETTA DEL SINGOLO IN CASO DI SINISTRO -

alle pagine 2 e 3

## Il nuovo Statuto 2013-2017 Approvato dal X Congresso Nazionale

In apertura del X Congresso Nazionale dell'AAROIEMAC svoltosi a Sorrento lo scorso giugno, i Delegati hanno approvato alcune modifiche allo Statuto dell'Associazione.

Il documento completo è pubblicato nelle pagine centrali, in modo da poter essere staccato e conservato per consultazione. Nell'ultima delle quattro pagine estraibili sono pubblicate le tabelle che riguardano le 38 ore settimanali contrattualmente dovute del medico ospedaliero pubblico dipendente, riferite a tutto il 2014. "La programmazione dell'Orario di Servizio dell'Unità Operativa e dell'Orario di Lavoro di individuale - come si precisa nel documento - non dipende da concessioni o imposizioni arbitrarie, ma deriva da regole legislative e contrattuali nazionali, anche sulla base di normative europee. I livelli di trattativa regionale e locale (aziendale) possono specificare l'applicazione delle regole, ma non possono in alcun modo ignorarle". Vengono inoltre proposti: glossario, modalità di computo dell'orario di lavoro, ed esempi di riferimento.

alle pagine 7-9

## Infermieri e competenze La Bozza di Accordo continua a far discutere

La Bozza di Accordo Stato-Regioni sull'implementazione delle competenze infermieristiche continua a far discutere. L'AAROIEMAC, con altre sigle dell'Intersindacale medica, il 20 Novembre scorso ha inviato al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin una lettera per sottolineare alcune criticità, oltre che sul piano dei rapporti con le altre professioni, quella medica in primis, anche sotto altri profili: normativo, giuridico, contrattuale.



a pagina 12

## Benessere lavorativo L'approfondimento del tema in ambito sanitario



Il benessere nelle organizzazioni, lavorative in generale e in Sanità in particolare, non va inteso solo come assenza di mobbing, stress, burnout e altri sintomi di disagio, ma come uno stato di armonia con se stessi, con gli altri e con l'ambiente fisico, sociale e culturale in cui si opera. L'argomento viene approfondito dalla psicologa Caterina Ravenna che in un articolo spiega gli aspetti del "benessere organizzativo" in ambito sanitario.

a pagina 14

## Attualità Le ultime novità da Governo e Regioni

Un periodo ancora intenso per la Sanità. Da Governo e Regioni sono diversi i provvedimenti che interessano il mondo sanitario. Tra gli altri c'è il DCPM per la regolarizzazione dei precari in sanità che è diventato realtà dopo due incontri con le Organizzazioni sindacali. Dal 4 dicembre è in vigore anche il decreto legislativo che recepisce la direttiva della UE sui diritti dei pazienti per l'assistenza sanitaria transfrontaliera.

Tra i provvedimenti che invece ancora non hanno terminato il proprio iter al momento di chiusura della rivista c'è la Legge di Stabilità, che dopo l'approvazione in Senato è attesa alla Camera, dove si cercherà di far passare gli emendamenti che in Senato sono stati stralciati. Si continua infine ancora a discutere di costi standard, Patto della salute e Regioni "benchmark".

a pagina 5

## BUON NATALE E FELICE 2014...!!



**L'AAROIEMAC  
augura  
a tutti gli Iscritti  
un  
Felice Natale  
e uno  
Scintillante 2014**

ARRIVEDERCI AL PROSSIMO NUMERO!

## Previdenza Chi potrà andare in pensione?

Chi potrà andare in pensione nel 2014? L'articolo di Claudio Testuzza in questo numero della rivista descrive gli effetti delle disposizioni previste dal decreto «salva-Italia» di fine 2011. Tra le altre novità, la sentenza del Tar del Lazio Sez. III quater, che ha accolto il ricorso collettivo presentato dall'AAROIEMAC, unitamente ad altri, per l'annullamento del Decreto del Presidente della Regione Lazio con il quale rideterminava la misura della trattenuta aziendale relativa all'attività libero professionale, prevedendo un aumento del 10% delle tariffe delle prestazioni libero professionali.

a pagina 13

## Quesiti sindacali L'AAROIEMAC vi risponde

Turni di lavoro, trasferimenti, reperibilità. Sono tanti i dubbi degli iscritti all'Associazione. La pagina dei Quesiti Sindacali, attraverso la voce di Alessandro Vergallo, Domenico Minniti e Arturo Citino, risponde alle domande per approfondire alcuni dei temi più discussi tra Colleghi e sul web.



a pagina 15

## NUOVA CONVENZIONE ASSICURATIVA RCP/TL/RCA 2014-2016

**IL NUOVO BROKER È AON S.p.A.**

**LE COMPAGNIE AM TRUST (RCP), ROLAND (TL), LLOYD'S (RCA) RESTANO INVARIATE**

**PER I RINNOVI 2014 DELLE POLIZZE ASSICURATIVE IN ESSERE C'È TEMPO FINO AL 28 FEBBRAIO 2014!**

**ATTENDERE LE NUOVE ISTRUZIONI DI PROSSIMA PUBBLICAZIONE!**

**SI RACCOMANDA DI NON EFFETTUARE ALCUN PAGAMENTO AL VECCHIO BROKER WILLIS S.p.A.!**

**LE POLIZZE AAROI-EMAC/AON**

**DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE E DI TUTELA LEGALE GARANTISCONO, UNICHE NEL LORO GENERE, LA COPERTURA DI TUTTI I GRADI DI COLPA!**

Entrambe restano strutturate su una base comune di "secondo rischio" compresa nella quota associativa di iscrizione all'AAROI-EMAC, sono ampliabili con una copertura facoltativa di "primo rischio", e prevedono una clausola di continuità con le precedenti polizze!

L'AAROI-EMAC ha rinnovato per il triennio 2014-2016 il Sistema di Protezione Professionale a favore dei propri Iscritti, in collaborazione con il nuovo Broker AON S.p.A., stipulando una nuova polizza per la copertura della Responsabilità Civile Professionale con la Compagnia "AM Trust", e mantenendo la precedente polizza per la copertura della Tutela Legale con la Compagnia "Roland".

Come le precedenti, le suddette polizze di RC e di TL operano in sinergia:

- con una copertura assicurativa di 2° rischio compresa nell'iscrizione AAROI-EMAC;
- con una copertura assicurativa di 1° rischio ad adesione facoltativa.

Inoltre, i nostri Iscritti Dipendenti Pubblici e Privati potranno garantirsi, anche nel 2014, la copertura della Responsabilità Civile Amministrativa con l'adesione (anch'essa facoltativa), ad una specifica polizza Lloyd's, sempre attraverso il Broker AON S.p.A., con premi a partire da 110 Euro annui secondo le proprie esigenze.

Tale copertura, sempre esclusa da tutte le polizze RC oggi esistenti, garantisce dalle azioni di rivalsa per Perdita Patrimoniale causata al proprio Ente di Appartenenza, ad un altro Ente Pubblico o, più in generale, allo Stato o alla Pubblica Amministrazione.

È utile per tutti i medici dipendenti, in caso di azioni di rivalsa esercitata per danno economico dovuto a mancati introiti conseguenti ad inadempimenti burocratici (p. es. per errata compilazione di SDO che comporti mancato rimborso delle prestazioni).

I più interessati sono coloro i quali hanno responsabilità gestionali di risorse economiche (p. es. Direttori di UOC e di UOS con budget autonomo).

### PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA NUOVA ASSICURAZIONE RC DI 1° E 2° RISCHIO (SECONDO LE SPECIFICHE CONDIZIONI DI POLIZZA)

- COPERTURA PER TUTTI I GRADI DI COLPA (CD "LIEVE" E "GRAVE");
- Piena operatività della copertura sin dall'inizio del sinistro, anche in presenza di altre polizze;
- Chiara ed inequivocabile definizione della "richiesta di risarcimento", che consente di attivare le coperture immediatamente dopo il sinistro;
- Estensione, nello svolgimento dell'attività professionale, della copertura per perdite patrimoniali non conseguenti a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose;
- Estensione, in caso di libera professione, ai danni subiti e/o causati dai dipendenti del medico libero professionista;
- Validità in tutto il mondo, esclusi USA e Canada, per i soli sinistri sottoposti alla giurisdizione italiana;

**Nota Bene:** la presente informativa è una sintesi delle coperture garantite dalle nuove polizze convenzionate tra AAROI-EMAC e AON S.p.A. (operative dal 31 Dicembre 2013), che saranno regolate a tutti gli effetti dalle loro specifiche condizioni assicurative di prossima pubblicazione

- Retroattività di 7 anni, elevata a 10 anni in caso di condanna per colpa grave;
- Copertura postuma di cinque anni acquistabile in caso di cessazione dell'attività con il pagamento di una sola annualità;

### I principali miglioramenti ottenuti con la nuova Convenzione 2014-2016 sono:

- Il termine della rescindibilità annuale della Convenzione, elevato a 90 giorni (dai precedenti 60);
- Il periodo di retroattività, per le somme che l'assicurato sia tenuto a rimborsare nel caso in cui sia dichiarato responsabile per colpa grave, sia per il 1° sia per il 2° rischio, elevato a 10 anni;
- L'indisdettabilità del singolo Assicurato, che NON potrà, in caso di denuncia di sinistro, essere disdetto dall'Assicuratore senza previo nulla-osta da parte dell'AAROI-EMAC, Contraente Titolare della Convenzione.

### L'ASSICURAZIONE DI 2° RISCHIO COMPRESA NELL'ISCRIZIONE AAROI-EMAC

Tutti gli Iscritti alla AAROI EMAC regolarmente paganti la quota associativa ordinaria avranno la continuità della copertura assicurativa compresa nell'iscrizione sin dal prossimo 31 Dicembre 2013, pertanto continueranno automaticamente ad usufruire, secondo le specifiche condizioni di polizza, delle seguenti coperture assicurative:

- **Responsabilità Civile Professionale per Colpa Lieve e per Colpa Grave**, inclusa la Richiesta del Terzo, oltreché dell'Azienda di appartenenza o della Corte dei Conti, comprensiva della Tutela Legale valida per i Procedimenti Civili, con Avvocato e Medico Legale approvati dalla Compagnia Assicuratrice "AM Trust". Come per la precedente Convenzione, per i Medici Specialisti il Massimale per Assicurato è di € 2.250.000 per sinistro e per anno, in eccesso a una Franchigia pari a € 750.000 per sinistro e per anno. Per eliminare la Franchigia e portare il Massimale a € 3.000.000 occorre stipulare la Polizza di 1° Rischio.
- **Tutela Legale valida per i Procedimenti Penali**, con Avvocato e Medico Legale a libera scelta del singolo Iscritto all'AAROI-EMAC, garantita dalla Compagnia Assicuratrice "Roland". Come per la precedente Convenzione, per i Medici Specialisti il Massimale per Assicurato è di € 30.000 per sinistro e per anno, con Scoperto del 10% oltre il minimo di € 900 per sinistro. La difesa in sede Civile è garantita dalla polizza di RC Professionale. Per eliminare lo scoperto e per elevare il Massimale a € 50.000 occorre stipulare la Polizza di 1° Rischio.

Per gli Specializzandi, i massimali di polizza corrispondono a € 2.500.000 per sinistro e per anno (Responsabilità Civile), e a € 50.000 per sinistro e per anno (Tutela Legale).

## I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

L'AAROI-EMAC, dal 1952 una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, a tutela dei Medici Anestesiisti 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'AAROI-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'AAROI-EMAC SE ANCORA NON SEI ISCRITTO, RENDILA PIÙ FORTE, ISCRIVITI ANCHE TU!

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

in allegato email a: [iscrizioni@aaroiemac.it](mailto:iscrizioni@aaroiemac.it)  
in alternativa via fax al n°: 06 92912888

## L'AAROI-EMAC su INTERNET: [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)

### CONTATTI

**SEGRETERIA NAZIONALE** • [aaroiemac@aaroiemac.it](mailto:aaroiemac@aaroiemac.it)  
**PRESIDENTE NAZIONALE** • Dr ALESSANDRO VERGALLO • [aaroiemac@aaroiemac.it](mailto:aaroiemac@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE NORD** • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • [emilia-romagna@aaroiemac.it](mailto:emilia-romagna@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE CENTRO** • Dr FABIO CRICELLI • [toscana@aaroiemac.it](mailto:toscana@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE SUD** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**PRESIDENTE SIARED** • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • [paolicchi@aaroiemac.it](mailto:paolicchi@aaroiemac.it)  
**PRESIDENTE SIAARTI** • Prof MASSIMO ANTONELLI • [presidenza@siaarti.it](mailto:presidenza@siaarti.it)  
**COORDINATORE UFFICIO ESTERI** • Dr PAOLO NOTARO • [ufficioesteri@aaroiemac.it](mailto:ufficioesteri@aaroiemac.it)  
**SEGRETARIO** • Dr ANTONINO FRANZESI • [franzesi@aaroiemac.it](mailto:franzesi@aaroiemac.it)  
**TESORIERE** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [amendola@aaroiemac.it](mailto:amendola@aaroiemac.it)  
**ABRUZZO** • Dr MICHELE FAVALE • [abruzzo@aaroiemac.it](mailto:abruzzo@aaroiemac.it)  
**BASILICATA** • Dr FRANCESCO ALLEGRI • [basilicata@aaroiemac.it](mailto:basilicata@aaroiemac.it)  
**CALABRIA** • Dr VITO CIANNI • [calabria@aaroiemac.it](mailto:calabria@aaroiemac.it)  
**CAMPANIA** • Dr GIUSEPPE GALANO • [campania@aaroiemac.it](mailto:campania@aaroiemac.it)  
**EMILIA ROMAGNA** • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • [emilia-romagna@aaroiemac.it](mailto:emilia-romagna@aaroiemac.it)  
**FRIULI-VENEZIA GIULIA** • Dr SERGIO CERCELLETTA • [friuli@aaroiemac.it](mailto:friuli@aaroiemac.it)  
**LAZIO** • Dr QUIRINO PIACEVOLI • [lazio@aaroiemac.it](mailto:lazio@aaroiemac.it)  
**LIGURIA** • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • [liguria@aaroiemac.it](mailto:liguria@aaroiemac.it)  
**LOMBARDIA** • Dr ALESSANDRO VERGALLO • [lombardia@aaroiemac.it](mailto:lombardia@aaroiemac.it)  
**MARCHE** • Dr MARCO CHIARELLO • [marche@aaroiemac.it](mailto:marche@aaroiemac.it)  
**MOLISE** • Dr DAVID DI LELLO • [molise@aaroiemac.it](mailto:molise@aaroiemac.it)  
**PIEMONTE - VALLE D'AOSTA** • Dr ARTURO CITINO • [piemonte-aosta@aaroiemac.it](mailto:piemonte-aosta@aaroiemac.it)  
**PUGLIA** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [puglia@aaroiemac.it](mailto:puglia@aaroiemac.it)  
**SARDEGNA** • Dr CESARE IESU • [sardegna@aaroiemac.it](mailto:sardegna@aaroiemac.it)  
**SICILIA** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**TOSCANA** • Dr FABIO CRICELLI • [toscana@aaroiemac.it](mailto:toscana@aaroiemac.it)  
**UMBRIA** • Dr ALVARO CHIANELLA • [umbria@aaroiemac.it](mailto:umbria@aaroiemac.it)  
**VENETO** • Dr ATTILIO TERREVOLI • [veneto@aaroiemac.it](mailto:veneto@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI BOLZANO** • Dr MASSIMO BERTELLI • [bolzano@aaroiemac.it](mailto:bolzano@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI TRENTO** • Dr ALBERTO MATTEDI • [trento@aaroiemac.it](mailto:trento@aaroiemac.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@aaroiemac.it](mailto:ilnuovoar@aaroiemac.it)

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

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

Chiuso in Redazione il  
16 Dicembre 2013  
Tiratura: 10.000 copie  
Spedito il  
18 Dicembre 2013

## I VANTAGGI DELLA CONVENZIONE ASSICURATIVA AAROIEMAC/AON RISPETTO AD ALTRE OFFERTE PRESENTI SUL MERCATO

### L'ASSICURAZIONE DI 1° RISCHIO AD ADESIONE FACOLTATIVA

Tutti gli Iscritti alla AAROIEMAC in regola con l'iscrizione, già aderenti alla precedente Convenzione di 1° Rischio con scadenza al 30/12/2013, potranno garantirsi nel 2014 la continuità assicurativa, secondo le specifiche condizioni di polizza, stipulando le Nuove Polizze di 1° Rischio AM Trust/Roland. Per farlo, dovranno pagare direttamente ad AON entro il 28 febbraio 2014 il premio corrispondente alla propria situazione lavorativa secondo la tabella sottostante. In tal modo non avranno alcuna copertura assicurativa.

### I COSTI DELL'ASSICURAZIONE DI 1° RISCHIO AD ADESIONE FACOLTATIVA

Tutte le coperture assicurative di 1° rischio ad adesione facoltativa prevedono la possibilità di pagamento del 50% del premio per le polizze di durata inferiore a 6 mesi.

### CONVENZIONE ASSICURATIVA DI 1° RISCHIO A.A.R.O.I.-EM.A.C./AON 2014-2016 TABELLA PREMI ANNUI

Medico Assicurato	AM TRUST RC	ROLAND TUTELA LEGALE	TOTALE PREMIO ANNUO ASSICURAZIONE RC + TL
Specializzando	€ 200	€ 50	€ 250
Dipendente pubblico con contratto intramoenia con obbligo di esclusività	€ 920		€ 999
Medico dipendente con contratto AIOP-ARIS-FDG o dipendente di ospedali classificati che NON effettua libera professione			
Dipendente Pubblico, Direttore di struttura complessa e/o di dipartimento o con responsabilità primaria, con contratto Extramoenia senza obbligo di esclusività	€ 1.420	€ 79	€ 1.499
Medico dipendente con contratto AIOP-ARIS-FDG o dipendente di ospedali classificati che effettua anche libera professione			
Direttore di struttura complessa e/o di dipartimento o con responsabilità primaria, con contratto intramoenia con obbligo di esclusività	€ 1.170		€ 1.249
Primario o Medico con responsabilità primaria, con contratto AIOP-ARIS-FDG o dipendente di ospedali classificati che NON effettua libera professione			
Medico Anestesista Rianimatore Libero Professionista	€ 1.920		€ 1.999
Medico Anestesista Rianimatore in possesso di contratto di lavoro dipendente non appartenente alle precedenti fattispecie			

### LA COPERTURA DI OGNI GRADO DI COLPA

Altre assicurazioni prevedono la copertura della sola colpa grave: qualora il medico abbia stipulato una polizza di sola colpa grave, potrebbe trovarsi nella condizione di non poter aprire il sinistro fino al verificarsi dell'azione di rivalsa (che potrebbe avvenire anche a distanza di molti anni): in tal caso, quando verrà colpito dalla rivalsa, non potrà aprire il sinistro se (come spesso accade) sarà cambiato l'assicuratore, in quanto il nuovo assicuratore non coprirà fatti già noti. In tal caso, avrebbe pagato una polizza inefficace.

**La convenzione AAROIEMAC/AON copre ogni grado di colpa!**

### L'ADESIONE SVINCOLATA DA PRECEDENTI SINISTRI

Altre assicurazioni prevedono l'adesione subordinata all'accettazione della Compagnia: questo significa che i colleghi che in passato sono stati coinvolti (magari solo perché in servizio al momento del fatto) in un sinistro (anche solo presunto) non sono in genere accettati.

L'accettazione della Compagnia, sulla base della storia del medico, rischia di essere veramente penalizzante per quei colleghi che sono stati coinvolti, loro malgrado, in un sinistro.

**La convenzione AAROIEMAC/AON non richiede l'accettazione della Compagnia!**

### LA DURATA DEL CONTRATTO (TACITO RINNOVO)

Altre assicurazioni non prevedono il tacito rinnovo o, forse peggio, su questo punto sono sibilline: il tacito rinnovo, per essere tale, deve essere esplicitamente previsto.

È fondamentale sottoscrivere un contratto che preveda il tacito rinnovo: i contratti senza tacito rinnovo cessano alla scadenza e devono essere sostituiti da un nuovo contratto: il nuovo contratto, nascendo "ex novo", non recepisce, ad esempio, la retroattività del contratto precedente, lasciando quindi pericolosamente scoperte ampie finestre temporali. Un contratto con tacito rinnovo, al contrario, garantisce la retroattività maturata.

È quindi estremamente importante avere la possibilità di mantenere lo stesso contratto assicurativo per garantirsi la continuità della copertura.

**La convenzione AAROIEMAC/AON, sia per la polizza di 1° che per quella di 2° rischio, prevede il tacito rinnovo annuale per i tre anni di durata della convenzione!**

### IL MASSIMALE

Altre assicurazioni prevedono massimali altisonanti, il cui ammontare è in realtà ridimensionato da altri elementi contrattuali.

Ci sono, ad esempio, polizze che presentano un massimale cosiddetto "aggregato" di 5.000.000 per sinistro, per anno e per periodo assicurativo: peccato che il periodo assicurativo sia di 5 anni! Questo significa avere un massimale di 5.000.000 per 5 anni e non per anno...

Quindi è bene che il massimale sia congruo (2.000.000 di euro per un dipendente pubblico sono sufficienti) ma è anche necessario prestare attenzione alle altre definizioni contrattuali.

**La convenzione RC AAROIEMAC/AON di 1° Rischio prevede un massimale complessivo, per sinistro e per anno, di 3.000.000 di euro!**

### LA CHIARA DEFINIZIONE DI SINISTRO

Altre assicurazioni prevedono definizioni di sinistro piuttosto vaghe: è sempre estremamente importante che la definizione di sinistro sia dettagliata, oltre che chiara e trasparente. Ci sono molti contratti che definiscono come "sinistro" l'azione di rivalsa, altri che considerano sinistro la richiesta di risarcimento da cui deriva l'azione di rivalsa durante il periodo di assicurazione. In questi casi la prima richiesta di risarcimento o l'avviso di garanzia non sono considerati sufficienti per aprire il sinistro: ne consegue che, se il contratto cessa prima dell'inizio dell'azione di rivalsa, quel sinistro (non essendo considerato tale) non sarà coperto da quell'assicuratore (né da quello che lo sostituisce perché fatto noto). Visto che i tempi in cui viene effettuata un'azione di rivalsa sono, in media, 8-10 anni dalla prima notizia di sinistro è molto probabile che l'assicuratore sia, nel frattempo, cambiato, e che la nuova polizza non possa essere validamente operante!

Affinché il medico coinvolto in un sinistro sia adeguatamente tutelato sino alla conclusione di tutto l'iter processuale (compreso il giudizio presso la Corte dei Conti) occorre che nella sua polizza assicurativa sia chiaramente definito il sinistro in relazione ai suoi obblighi di assicurato e alla validità della garanzia.

**Un esempio di definizione di sinistro dettagliata, chiara e trasparente:**

Per "richiesta di risarcimento" si intende:

- I) la comunicazione scritta (esclusa la querela e il procedimento penale) con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da fatto colposo o da errore od omissione attribuiti all'Assicurato stesso o a chi per lui, oppure gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;
- II) la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per fatto colposo o errore od omissione;
- III) l'azione giudiziaria civile promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;
- IV) la notifica all'Assicurato di un atto con cui, in un procedimento penale instaurato nel Periodo di Assicurazione, un Terzo si sia costituito "Parte Civile";
- V) la ricezione, da parte dell'Assicurato, di una convocazione avanti un organismo di mediazione di cui al D. Lgs 28/2010.

**La convenzione AAROIEMAC/AON contiene TUTTE le suddette definizioni!**

### L'OPERATIVITÀ IN CASO DI ALTRE POLIZZE COESISTENTI

Altre assicurazioni prevedono che qualora al momento della stipula vi sia già una polizza assicurativa che garantisce lo stesso rischio (ad esempio, la polizza che assicura la Struttura presso cui si presta la propria opera) la copertura operi SEMPRE in 2° rischio con una franchigia pari al massimale della polizza di 1° rischio sottostante (ad esempio quella della Struttura): questa franchigia resta sempre dello stesso importo anche se la prima polizza non esiste più o non sia più validamente operante. Il che significa che queste assicurazioni non saranno mai operative nel caso in cui la polizza di 1° rischio sottostante non sia efficace per qualsiasi motivo.

Facciamo un esempio per chiarire.

Nel 2014 un medico - che lavora in una Struttura Sanitaria dotata di una polizza di 1° rischio che prevede un massimale pari a 5 milioni di euro - stipula con una certa Compagnia un'assicurazione operante sempre a 2° rischio, attirato da un premio apparentemente conveniente (assicurazione X).

Nel 2015 scade la polizza della Struttura Sanitaria e questa (come quasi sempre accade) cambia assicuratore, contraendo con lo stesso una nuova polizza con una garanzia pregressa di 2 anni). Nello stesso anno la Struttura Sanitaria e il medico ricevono una richiesta di risarcimento danni riferita ad un fatto accaduto prima del 2012. Il nuovo assicuratore della Struttura Sanitaria rifiuta il sinistro in quanto antecedente al suo contratto. L'assicurazione X, a sua volta, imputerà al medico la franchigia di 5 milioni di euro: cioè fino a 5 milioni di euro sarà il medico stesso, nonostante fino a quel momento sia stato convinto di essere garantito da una polizza assicurativa già pagata, a rimetterci il proprio patrimonio!

**La convenzione AAROIEMAC/AON opera a 2° rischio in presenza di altre polizze sottostanti, ma in caso di inoperatività di queste agisce sempre a 1° rischio!**

### IL NULLA OSTA ALLA DISDETTA DEL SINGOLO IN CASO DI SINISTRO

Pressoché tutte le altre assicurazioni prevedono che il singolo medico possa essere disdetto dopo ogni sinistro, lasciandolo senza copertura: sono quindi evidenti tutte le considerazioni espresse a proposito della pericolosa scoperta di ampie finestre temporali.

**Importante:** per la RC, la disdetta assicurativa della singola adesione, da parte della Compagnia, per sinistrosità, può avvenire SOLO previo nulla-osta dell'AAROIEMAC!

**Nota Bene:** la presente informativa è una sintesi delle coperture garantite dalle nuove polizze convenzionate tra AAROIEMAC e AON S.p.A. (operative dal 31 Dicembre 2013), che saranno regolate a tutti gli effetti dalle loro specifiche condizioni assicurative di prossima pubblicazione

# Responsabilità professionale: l'Audizione dell'AAROI-EMAC davanti alla Commissione XII

Il 7 novembre si è svolto a Roma l'incontro, a cui ha partecipato Fabio Cricelli, Vice Presidente Vicario



Il 7 novembre scorso, l'AAROI-EMAC ha partecipato all'Audizione presso la Commissione XII (Affari sociali) della Camera nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di responsabilità professionale del personale sanitario (C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò e C. 1312 Grillo). Di seguito il documento presentato a Roma da Fabio Cricelli, Vice Presidente Area Centro - Vicario.

"L'AAROI-EMAC apprezza e condivide l'intento dei Disegni di Legge oggetto dell'audizione, intento di portata epocale nel suo genere, pur se preceduto da un primo tentativo di riordino in materia di responsabilità professionale medica, avviato con l'art. 3 comma 1 del "Decreto Balduzzi" (DL158/2012), come modificato dalla Legge 189/2012.

Le disposizioni normative contenute traggono origine, evidentemente, dalla positiva volontà politica di riformare il sistema di relazioni tra gli stakeholders del nostro Sistema Sanitario e i professionisti cui è affidata una posizione di garanzia, a tutela del cittadino, nell'ambito del diritto alla salute.

Nel merito tecnico dei Disegni di Legge in questione si osserva quanto segue.

## Sul Disegno di Legge n. 259 (Fucci):

- **lettera a)**, laddove viene prevista la "estensione dell'obbligo assicurativo relativo al primo grave rischio e alla colpa grave a ogni struttura che esercita attività chirurgica per danno causato ai pazienti da parte del chirurgo o per fatto autonomo della struttura":
  - si propone, in luogo della dizione "danno causato ai pazienti da parte del chirurgo", estremamente limitativa, e non comprensiva dei medici ospedalieri specialisti in discipline diverse dalla chirurgia, la seguente dizione: "danno causato ai pazienti da parte del medico chirurgo";
- **lettera b)**, laddove viene prevista "una più precisa definizione a livello normativo del concetto di «colpa grave» in ambito sanitario":
  - si rileva che tale definizione normativa viene così evidentemente demandata a successiva legiferazione;
  - si auspica la massima precisione della suddetta definizione normativa, in riferimento alle conseguenti interpretazioni giuridiche, e alle applicazioni giudiziarie;
- **lettera c)**, laddove viene prevista la "introduzione obbligatoria di un sistema di valutazione del rischio clinico":

- al sistema di valutazione del rischio clinico si ritiene necessario affiancare un sistema di valutazione del rischio organizzativo delle singole strutture sanitarie;
- in entrambi i sistemi di valutazione, si chiede che possano svolgere un ruolo di collaborazione anche le Associazioni Professionali che a livello nazionale sono rappresentative dei medici-chirurghi, la cui presenza è peraltro prevista, nell'ambito dei servizi di conciliazione, dall'art. 3 (Conciliazione obbligatoria per le richieste di danni da responsabilità civile) del Disegno di Legge n. 262, al comma 3;

## Sul Disegno di Legge n. 262 (Fucci):

- **art. 1 (Finalità della legge e natura del rapporto tra medico e paziente)**, laddove, al comma 2, si rimarca che "Il rapporto tra medico e paziente è di natura contrattuale":
  - si osserva che a tale rapporto (il quale peraltro non esclude, ma si sovrappone al preesistente rapporto di natura aquiliana, cioè extra-contattuale) corrisponde, ad un livello superiore, quello tra le strutture sanitarie del SSN e il cittadino/paziente: infatti, il medico dipendente di tali strutture non opera in condizioni di autonomia, ma per conto delle strutture stesse, con tutte le conseguenti implicazioni;
- **art. 4 (Obblighi delle ASL e delle strutture ospedaliere di istituire uffici legali medici)**, laddove si prevedono "appositi uffici legali in servizio permanente":
  - si chiede, in merito alle "indicazioni dell'ufficio legale di cui al comma 1", che tali indicazioni debbano svolgersi con procedure scritte e validate, anche in considerazione dei risvolti applicativi di azioni disciplinari e di trattenute stipendiali, di cui al comma 2;
  - si chiede, anche nel merito della suddetta definizione, che alle Associazioni Professionali rappresentative, a livello nazionale, dei medici-chirurghi, sia riservato un ruolo di collaborazione;
- **art. 5 (Compiti delle regioni e delle province autonome in materia di valutazione del rischio di responsabilità civile)**, laddove si enunciano i compiti de "l'ufficio di valutazione del rischio di responsabilità civile del personale sanitario":
  - si chiede, anche in relazione a tale ufficio, che alle Associazioni Professionali rappresentative, a livello nazionale, dei medici-chirurghi, sia riservato un ruolo di collaborazione;

## Sul Disegno di Legge n. 1312 (Grillo et al.):

- **art. 1 (Responsabilità per danni occorsi in strutture sanitarie)**, laddove, al comma 2, si prevede che NON siano "compresi nella responsabilità ai sensi del comma 1 i danni conseguenti alle prestazioni escluse totalmente dai LEA":
  - si chiede che tali danni SIANO compresi nelle responsabilità delle strutture sanitarie di cui al comma 1, qualora le suddette strutture pongano, per propria scelta strategica, in capo al personale medico dipendente l'erogazione di prestazioni non rimpicciolate nei LEA;
- **art. 2 (Assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie) e art. 3 (Contenuto della garanzia assicurativa)**, laddove si prevedono le caratteristiche di tale garanzia assicurativa obbligatoria:
  - si chiede che in merito a tale garanzia sia previsto l'obbligo, per le strutture di cui al comma 1, di comunicarne esistenza e contenuti, in maniera preventiva e trasparente, al personale sanitario che vi opera;
- **art. 4 (Ufficio di monitoraggio del rischio clinico)**, laddove si delineano i compiti di tale Ufficio:
  - si chiede che alle Associazioni Professionali rappresentative, a livello nazionale, dei medici-chirurghi, sia riservato un ruolo di collaborazione;
- **art. 6 (Tentativo obbligatorio di conciliazione e azione giudiziaria per il risarcimento del danno coperto dalla garanzia assicurativa) e art. 7 (Obbligo di informazione e di documentazione)**, laddove si prevedono le procedure di cui all'articolato:
  - si chiede che, ab initio, sin dalla prima notizia di un evento avverso, le strutture di cui al comma 1 diano tempestiva e trasparente comunicazione ai singoli professionisti coinvolti nei suddetti eventi;
- **art. 11 (Monitoraggio della qualità delle prestazioni socio-sanitarie e dei decessi)**, laddove, al comma 1, se ne prevede il fine di "predisporre un adeguato piano di prevenzione":
  - si chiede per tale fine sia prevista anche l'istituzione di un monitoraggio nazionale, a coordinamento di Osservatori Regionali, con la presenza delle Associazioni Professionali rappresentative, a livello nazionale, dei medici-chirurghi.

## Sul Disegno di Legge n. 1324 (Calabrò et al.):

- **art. 1 (Finalità e definizione di atto medico)**, laddove, al comma 1, "gli atti medici si intendono ... eseguiti ... da un esercente una professione medico-chirurgica o un'altra professione sanitaria":
  - si ritiene fonte di ulteriore e pericolosa confusione, rispetto a quella già esistente, l'equivalenza di significato tra l'atto medico e l'atto, più generale, sanitario, finalizzato alla prevenzione, alla diagnosi, e alla cura, essendo peraltro diagnosi e terapia di specifica competenza medica;
  - a riferimento, si riporta la seguente definizione europea di atto medico (UEMS): "L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione";

- **art. 6 (Fondo di garanzia)**, laddove, al comma 1, si prevede l'istituzione di "un apposito fondo di garanzia per la responsabilità civile del personale di tutte le strutture sanitarie ubicate nel rispettivo territorio, sostitutivo delle polizze assicurative":
  - si chiede se, sulla base delle limitate esperienze in essere a livello nazionale, si evidenzia una migliore performance di un sistema rispetto ad un altro. Si chiede se non vi possa essere un incremento dei casi di rivalsa per colpa grave da parte della Corte dei Conti per presunto danno erariale.
- **art. 9 (Albo dei consulenti tecnici d'ufficio per vertenze sulla responsabilità professionale del personale sanitario)**, laddove si prevede la garanzia di una "qualificata rappresentanza di specialisti di tutte le specializzazioni mediche":
  - si chiede che sia meglio specificata tale garanzia, con la precisazione che la rappresentanza dei suddetti specialisti debba risultare qualificata da un'effettiva attività clinico-assistenziale nelle discipline di riferimento pari complessivamente ad almeno dieci anni, e non interrotta da oltre cinque anni.

Inoltre, nei Disegni di Legge oggetto dell'audizione odierna non appare essere stato definito quanto era stato invece oggetto di altre precedenti proposte legislative, quali i Disegni di Legge "Bianco" e "Vargiu":

- elementi caratterizzanti la "colpa grave" in ambito sanitario;
- istituzione di Osservatori regionali in merito allo studio e alla prevenzione del rischio clinico, nonché in merito alla valutazione dei progetti e delle sperimentazioni regionali di "autoassicurazione";
- limitazione dell'azione di risarcimento del presunto danneggiato nei confronti della sola struttura sanitaria e non del professionista sanitario ivi operante;
- limitazione dei termini temporali relativi all'azione diretta di risarcimento e all'azione di rivalsa in caso di colpa grave passata in giudicato;
- possibilità, per il professionista coinvolto in contenziosi, di intervenire nelle fasi dei procedimenti che riguardino il suo operato.

Per quanto riguarda la formulazione delle polizze assicurative in ambito sanitario, anche in relazione ai termini di prescrizione, si ritiene che tali polizze debbano essere "loss occurrence", con garanzia postuma illimitata, e non "claims made", e che debbano prevedere una adeguata copertura delle spese legali e peritali anche in caso di condanna.

Nel merito delle segnalazioni inoltrate dalle strutture sanitarie alla Corte dei conti, relative a casi di presunta responsabilità per colpa grave dei sanitari dipendenti, si segnala l'impressione di una tendenza a segnalazioni che prescindono dall'opportuna e necessaria valutazione preventiva, nei casi specifici, degli elementi presuntivi di tale responsabilità.

Infine, si riterrebbe utile una proposta legislativa di contenimento di quelle azioni di risarcimento caratterizzate da elementi tali da renderle sospette di temerarietà.

In una prospettiva generale, comunque, si ritiene necessario meglio definire quali debbano essere i percorsi di uniformità applicativa degli articoli di legge in materia, già in essere e/o di prossima emanazione, anche in sede di interpretazione giudiziaria dei contenziosi, in un SSN in cui, a cascata, alle Regioni, alle Strutture Sanitarie, alle singole Unità Operative di tali Strutture, alle Università, sono riservati, in modo disomogeneo sul territorio nazionale, margini di autonomia tali da rendere difficile tale uniformità".

Alessandro Vergallo  
 Fabio Cricelli

## L'assistenza transfrontaliera è realtà

**Dallo scorso 4 dicembre è in vigore la Schengen della Sanità**

È stata recepita il 3 dicembre scorso con un decreto legislativo, la direttiva UE 2011/24/UE, già ribattezzata la "Schengen della sanità" che "stabilisce le norme volte ad agevolare l'accesso a un'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità e promuove la cooperazione tra gli Stati membri in materia di assistenza sanitaria, nel pieno rispetto delle competenze nazionali relative all'organizzazione e alla prestazione dell'assistenza sanitaria". Obiettivo della direttiva è creare uno scenario giuridico chiaro in materia di diritti dei pazienti: libera scelta del luogo in cui curarsi e libero accesso e rimborso all'assistenza sanitaria al di fuori del proprio Paese per cure, esami, consulenza e chirurgia (esclusi solo i servizi di assistenza di lunga durata, i trapianti d'organo e i programmi pubblici di vaccinazione).

Al di là dei diritti e degli interessi dei cittadini, per i quali la Direttiva è nata, questa norma se la si guarda con gli occhi dello Stato, nasconde però, insieme alle potenzialità che porta con sé, alcune insidie messe in evidenza tra gli altri dal Ministro Beatrice Lorenzin.

"L'abbattimento delle barriere pre-esistenti - ha spiegato il Ministro in più di un'occasione - potrebbe generare o rafforzare fenomeni di turismo sanitario". L'Italia ha quindi da un lato la grande occasione di mettere in luce le proprie qualità e di attrarre persone bisognose di cure mediche di qualità da tutta l'Europa. Ma, sottolinea Lorenzin, "questa situazione potrebbe provocare sul nostro sistema un impatto economico di proporzioni devastanti a causa del sistema dei rimborsi; rimborsi che dovranno essere effettuati in favore dello Stato europeo presso cui il cittadino italiano ha preferito curarsi". Per il Ministro quindi "l'impegno di tutti dovrà essere quello di proporre in Europa un modello innovativo di assistenza, in grado di intercettare, di attrarre e di accogliere i cittadini europei che sceglieranno di curarsi presso gli ospedali italiani".

I primi a mettersi in regola sono stati i cittadini della Provincia di Bolzano la cui giunta provinciale - arrivata con un giorno di anticipo rispetto al Parlamento Italiano - ha previsto il sistema del rimborso. "Fermo restando che per i casi urgenti, e per coloro che sono stati indirizzati all'estero dall'Azienda sanitaria altoatesina - si legge sul Corriere dell'Alto Adige -, il rimborso rimane del 100%, negli altri casi verrà restituita una cifra pari a quella



prevista dal tariffario locale. Hanno diritto al rimborso tutti i cittadini residenti in Alto Adige che siano in possesso di una prescrizione della prestazione da parte del proprio medico di base o di un medico specialista che opera in Provincia di Bolzano".

Per quanto riguarda l'Italia il decreto legislativo approvato in Consiglio dei Ministri contiene indicazioni e paletti che andranno poi tradotti in indicazioni e azioni pratiche. Innanzitutto la sanità privata è esclusa dal provvedimento. Per quella pubblica, invece, il punto di riferimento a livello nazionale sarà il portale del Ministero della Salute a cui poi potranno fare riferimento anche tutte le singole Regioni. Sul portale convergeranno tutte le informazioni oltre all'elenco delle prestazioni rimborsabili e ai meccanismi per l'accesso alle stesse e la richiesta del rimborso, che avverrà in base a un principio di reciprocità.

Ma se la direttiva sancisce il principio del "diritto al rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera", in realtà questo avverrà soltanto in ambito Lea (i costi sostenuti da una persona assicurata in Italia sono rimborsati se e nella misura in cui la prestazione erogata sia ricompresa nei Livelli essenziali di assistenza), salve diverse disposizioni delle Regioni che possono scegliere di essere di "manica" più larga per esempio rimborsando spese di viaggio e alloggio sostenute dall'accompagnatore di un disabile che riceve assistenza all'estero.

Per la verifica dei costi da rimborsare andranno previsti "meccanismi trasparenti", "fondati su criteri obiettivi, non discriminatori e preventivamente conosciuti".

La richiesta per l'assistenza fuori dall'Italia andrà inoltrata all'Asl che entro 30 giorni (15 in casi di particolare urgenza) dovrà dare l'autorizzazione (il via libera non può essere negato quando sul territorio nazionale l'assistenza non sia erogabile in tempi congrui alle necessità di cure) alla cura transfrontaliera (anche via telemedicina). Il rimborso deve poi essere richiesto entro 60 giorni sempre all'Asl, che nei successivi due mesi dovrà provvedere.

Viene infine rimandata a un accordo Stato Regioni la valutazione degli standard di qualità dell'assistenza e della sicurezza del paziente attraverso indicatori in grado di misurare le performance di ospedali e medici al fine di "classificare" le migliori prestazioni.



## Maxiemendamento Fiducia accordata

**La parola passa alla Camera**

È stato approvato dal Senato nella notte del 26 novembre, il maxiemendamento alla Legge di Stabilità. Il testo passa ora alla Camera dove si cercherà di far passare quegli emendamenti che in Senato sono stati stralciati a causa del rischio di sovrapposizione con il voto per la decadenza del Sen. Berlusconi. Di seguito alcune delle norme contenute nel Maxiemendamento.

**Pubblico impiego:** l'indennità di vacanza contrattuale resta fino al 2017 quella in godimento al 31 dicembre 2013, cosa di cui dovranno tener conto le Regioni nei loro bilanci. E per il 2013 e 2014 si potranno rinnovare i contratti, ma solo per la parte normativa. Il blocco economico dei contratti è prorogato fino a fine 2014 e dal 2015 le risorse destinate al trattamento accessorio sono ridotte di un importo pari alle precedenti riduzioni. Per effetto di queste riduzioni il finanziamento a carico dello Stato del fondo sanitario nazionale è ridotto di 540mln nel 2015 e di 610mln nel 2016.

**Costi standard:** Stanziati 4mln di euro per ciascuno anno nel 2014 e 2015 per completare l'attività di monitoraggio e revisione dei fabbisogni e dei costi standard delle funzioni e dei servizi di Regioni ed Enti locali.

**Accertamenti medico legali:** per i 70mln assegnati alle Regioni per le visite medico legali decise dalla legge 111/2011 sono vincolati agli accertamenti medico legali sui dipendenti assenti per malattia effettuati dalle Asl.

**Policlinici universitari non pubblici:** è prevista per i policlinici universitari non statali la spesa di 50mln per il 2014 e 35mln l'anno di 2015 al 2024 (quindi 400mln in tutto) come contributo dello Stato alle loro attività strumentali: per averli dovranno sottoscrivere un'intesa con la Regione che comprenda la "definitiva regolazione condivisa" di eventuali contenziosi pregressi.

**Cure palliative:** i medici in servizio presso le unità di cure palliative anche se non in possesso di una specializzazione ma con un'esperienza almeno triennale nel campo sono comunque idonei a operare nelle strutture.

DIVERSAMENTE OCCUPATI.IT



## Dpcm precari Ssn

**Firmano Ministero e Sindacati**

Il 3 dicembre scorso è sottoscritto un protocollo d'intesa sulla bozza di Dpcm tra il sottosegretario Fadda e i sindacati di categoria. La bozza, prima di andare in Stato Regioni, deve passare al vaglio dei Ministri dell'Economia e della Funzione pubblica.

I punti forti del decreto restano la proroga dei contratti del personale interessato fino all'espletamento dei concorsi (e comunque non oltre il 2016) e la possibilità per gli Enti del Ssn (compresi quelli di ricerca e l'Iss) di bandire concorsi per assunzioni a tempo indeterminato per il personale oggi a contratto a tempo determinato con particolari caratteristiche individuate nel testo del Dpcm. Rimane però urgente il confronto tra le parti per stabilizzare le situazioni che il dpcm non copre (collaborazioni libero professionali e co.co.co.).

I firmatari, oltre che sulla garanzia per le Regioni in piano di rientro di dare piena attuazione al Dpcm, concordano anche su un ulteriore e importante punto: bisogna introdurre nell'ordinamento vincoli per evitare la creazione di ulteriore precariato per effetto dell'uso improprio dei rapporti di lavoro flessibile.

## Patto per la salute e Regioni benchmark

**Umbria, Emilia Romagna e Veneto sono il riferimento per tutti**

A inizio dicembre si è tenuta la Conferenza Stato-Regioni che, al primo punto dell'ordine del giorno aveva la scelta delle tre Regioni benchmark, cioè quelle di riferimento, per la determinazione del fabbisogno sanitario standard di tutte le altre. Alla fine di un'accesa riunione durante la quale si è assistito allo scontro tra Lombardia e Veneto per il terzo posto, l'ha spuntata il Governatore Zaia. Le tre regioni di riferimento, valide per la definizione dei costi standard per il 2013, che secondo la normativa doveva essere l'anno di applicazione, sono Umbria, Emilia Romagna e Veneto. Già nella prossima seduta però la conferenza definirà una proposta sui costi standard che individui criteri integrativi per l'anno 2014 che potrebbe anche finire nella Legge di Stabilità di passaggio alla Camera. La proposta prevede non più un benchmark a tre ma allargato a tutte le Regioni che abbiano i conti a posto e che siano in regola con gli indici di efficienza e di qualità. Inoltre potrebbero esserci premi per chi rispetta i target, indipendentemente dai piani di rientro.

"La scelta delle tre Regioni benchmark- ha dichiarato il Ministro Beatrice Lorenzin - è positiva perché significherà anche poter ripartire con maggiore forza con il Patto per la salute, a cui stiamo lavorando da mesi, per riprogrammare il Servizio Sanitario Nazionale valorizzando maggiormente i Lea, i Livelli Essenziali di Assistenza, che hanno sofferto in questi anni. Con i risparmi - ha aggiunto il Ministro - si potranno riallocare risorse e rendere il ser-

vizio sanitario nazionale più sostenibile e più competitivo anche nella sfida transfrontaliera. Questa è una fase di grande novità nel sistema europeo da cogliere in fretta per affrontare tutte le sfide che ci attendono. Dalla Lombardia alla Sicilia avremo un sistema più omogeneo, tenendo al tempo stesso conto delle specificità".

Tra gli argomenti in discussione anche quello che riguarda i medici di assistenza primaria e i pediatri di libera scelta i quali, pur mantenendo il fondamentale rapporto fiduciario con i propri assistiti, dovranno essere inseriti (come indicato dalla L.189/2011) in un modello organizzativo definito dalle regioni, che permetta la condivisione delle competenze, una gestione più efficace e più efficiente delle patologie croniche e un generale miglioramento delle capacità di presa in carico dei pazienti.

Un assetto organizzativo di questo tipo, in cui i professionisti non operano più da soli ma in una logica di squadra, insieme a loro pari (nelle AFT) o insieme ad altri professionisti (nelle UCCP), collegati alla rete informatica, al sistema informativo nazionale e al resto della rete dei servizi regionali, rappresenterebbe dunque il modo per garantire l'assistenza per l'intero arco della giornata e per 7 giorni la settimana, la cosiddetta assistenza H24, riducendo di conseguenza il bisogno di impegnare i servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentando l'efficienza complessiva del Ssn e quindi di operare a favore della sua sostenibilità.



## CATERISMO VASCOLARE ECOGUIDATO NEI BAMBINI

Le linee guida americane dell'Istituto Nazionale della Salute e dell'Eccellenza Clinica raccomandano l'uso in tempo reale degli ultrasuoni durante l'incannulamento delle vene centrali in tutti i pazienti adulti e bambini.

Nei bambini i dati a supporto di questa pratica sono limitati. In una metanalisi che comprende pazienti pediatriche, Hind ha confermato nei bambini una maggiore frequenza di successo con l'uso degli ultrasuoni bidimensionali rispetto all'uso dei reperi cutanei per l'incannulamento della vena GI.

Hosokawa in uno studio randomizzato di 60 bambini di peso < 7,5 Kg ha rilevato che l'uso degli ultrasuoni in tempo reale riduce il tempo del caterismo e il numero di punture necessarie all'incannulamento della vena giugulare interna (GI) rispetto alla tecnica dei reperi cutanei. Grebenik ha dimostrato che l'uso degli ultrasuoni durante l'incannulamento della vena GI nei bambini migliora la frequenza del successo e riduce l'incidenza di punture della carotide. Alcuni hanno suggerito che l'uso degli ultrasuoni da parte di operatori esperti durante l'incannulamento venoso centrale può essere un ostacolo. Occorre esperienza per evitare la compressione dei piccoli vasi con la sonda degli ultrasuoni. Come rilevato da Hosokawa, nella maggior parte degli studi che hanno dimostrato una correlazione positiva con l'uso degli ultrasuoni sono stati coinvolti gli specializzandi durante la formazione (ad esempio i borsisti) mentre negli studi con correlazione negativa di solito sono stati coinvolti anestesisti esperti. Nonostante le raccomandazioni governative e il miglioramento nella sicurezza del paziente, l'adozione degli ultrasuoni nel caterismo venoso centrale da parte dei clinici è molto lento. L'indagine di Tovey e Stokes ha evidenziato che gli ultrasuoni sono stati usati solo nel 25% dei pazienti pediatrici sottoposti a chirurgia d'elezione. Inoltre 3/4 di quelli che avevano risposto non erano stati preparati in modo specifico per questa tecnica.

Questi dati concordano con le linee guida dell'Istituto Nazionale della Salute e dell'Eccellenza Clinica che dimostrano che solo il 28% degli anestesisti ha un comportamento conforme alle linee guida.

Due anni dopo che le linee guida sono state pubblicate circa la metà degli intervistati non aveva avuto accesso alla tecnologia con ultrasuoni, e 2/3 non disponeva di una formazione adeguata nella tecnica.

### Tecnica d'incannulamento nei bambini

#### Vena GI

L'accesso alle vene centrali più frequentemente utilizzato nei bambini è la vena GI destra. Gli ultrasuoni permettono una facile visualizzazione del vaso, evidenziando la sua posizione, la sua dimensione e la presenza di trombi. Hanslik ha rilevato il 28% di trombosi venosa profonda in una serie di bambini in cui era stato da poco posizionato un catetere venoso centrale; questo rappresenta un problema nei bambini che necessitano di un accesso venoso frequente e nella popolazione pediatrica di cardiocirurgia. Raccomanda l'uso in tempo reale degli ultrasuoni per avere il maggior vantaggio dalla guida con ultrasuoni.

Sebbene una metanalisi che ha preso in esame 5 studi in cui sono stati utilizzati gli ultrasuoni su neonati e bambini non abbia dimostrato un effetto sulla frequenza di insuccesso, puntura della carotide, ematoma o pneumotorace, in questi studi sono stati usati gli ultrasuoni per una rilevazione della posizione della vena GI, ma non in tempo reale.

Nei bambini si può utilizzare la compressione del fegato per aumentare le dimensioni della vena GI; in alternativa si può utilizzare la posizione di Trendelenburg con il paziente a testa in giù; si pone la sonda sterile trasversalmente al collo, ottenendo una sezione trasversale del vaso.

La vena GI destra si dovrebbe trovare lateralmente alla CA ed è facilmente comprimibile dalla sonda degli ultrasuoni (figura 1). Il collo deve essere valutato con gli ultrasuoni per trovare il punto più idoneo all'incannulamento della vena, evitando l'arteria. Questo può coincidere o meno con lo stesso punto individuato con solo i reperi cutanei. La sonda deve peraltro essere posizionata in modo da permettere all'ago di entrare con un angolo lontano dalla carotide. Un ago più corto e un punto di entrata più alto può ridurre il rischio di puntura dei grossi vasi e della pleura, problema particolarmente importante nei pazienti pediatrici.

Si deve osservare l'entrata nel vaso dell'ago o del catetere per l'incannulamento.

L'osservazione dell'entrata nel vaso in tempo reale è indispensabile per evitare le complicanze che si hanno con la tecnica dei reperi; si inserisce il filo guida usando la tecnica di Seldinger e la sua presenza nel lume della vena e la sua assenza nell'arteria sono

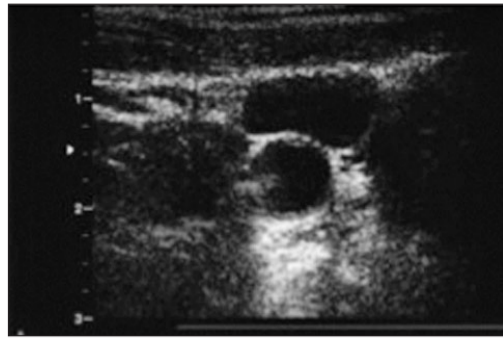


Figura 1. Rilevazione con gli ultrasuoni della vena GI e della arteria CA destra lungo l'asse corto.

confermate dalle immagini, prima della dilatazione e del posizionamento del catetere venoso centrale.

#### Vena Femorale (FE)

La vena e l'arteria femorale sono frequentemente utilizzate nei neonati per l'accesso durante gli interventi cardiaci. Hopkins ha stabilito recentemente le relazioni anatomiche tra l'arteria femorale comune e la vena femorale comune quando un bambino durante l'incannulamento è posto con le gambe posizionate a rana rispetto alla gambe diritte. Ha dimostrato che a livello del ligamento inguinale la vena FE era sovrapposta all'arteria femorale nel 36% dei pazienti con le gambe diritte, e nel 44% dei pazienti con le gambe posizionate a rana.

La frequenza delle sovrapposizioni aumenta se le immagini dei vasi sono rilevate più distalmente. A 3 cm dal ligamento inguinale l'incidenza di sovrapposizioni è stata del 93% e dell'86%, rispettivamente con le gambe diritte e con le gambe posizionate a rana.

Quest'alta frequenza di sovrapposizione avvalorava l'importanza dell'uso di routine dell'ecografia nell'incannulamento del vaso, in quanto la sovrapposizione può determinare un aumento del rischio di complicanze non prevedibili con il solo uso dei reperi cutanei. La rotazione dell'anca con l'abduzione di 60 gradi riduce la sovrapposizione dell'arteria a livello della piega inguinale sia nei neonati che nei bambini, pertanto il punto ottimale d'incannulamento della vena FE nei pazienti pediatrici sembra essere a livello della piega inguinale con un'abduzione di 60 gradi della gamba e una rotazione esterna dell'anca. Un altro problema frequente incontrato nei neonati è l'alta incidenza di trombosi venosa e arteriosa dopo che sono state eseguite ripetute caterizzazioni cardiache. La visualizzazione della vena femorale nei neonati piccoli è migliorabile con diverse manovre utili. Innanzitutto mettendo un piccolo telo piegato sotto il bacino; in secondo luogo ponendo il bambino in posizione di antitrendelenburg e, per ultimo, se è necessario esercitando la compressione dell'addome per dilatare la vena.

Nella maggior parte dei casi si usa un trasduttore lineare ad alta risoluzione per ottimizzare le immagini.

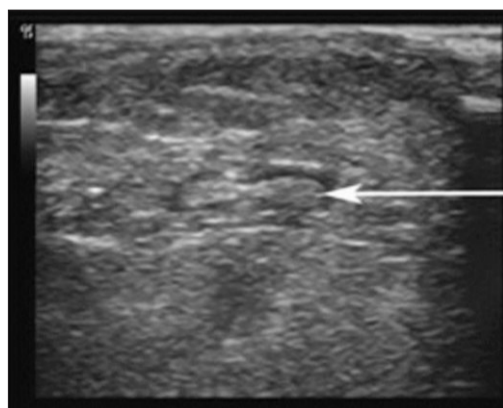


Figura 2. La vena FE sinistra completamente occlusa da un trombo

Poiché nei bambini la vena è più superficiale è importante indirizzare l'ago con un angolo di 30 gradi rispetto alla cute. Molti studi hanno rilevato un sicuro vantaggio della guida con ultrasuoni rispetto alla tecnica dei reperi nell'incannulamento della vena FE.

Aouad ha randomizzato in modo prospettico 48 pazienti sottoposti ad incannulamento della vena FE confrontando la tecnica dei reperi con quella ecoguidata e dimostrando un minore tempo per completare l'incannulamento con gli ultrasuoni (155 rispetto a 370 secondi). Il gruppo con gli ultrasuoni ha richiesto un minor numero di introduzioni dell'ago e ha ottenuto una frequenza di successo alla prima puntura maggiore (75% rispetto a 25%). La frequenza di successo è stata simile in entrambi i gruppi mentre è stata simile l'incidenza di puntura dell'arteria femorale. In un altro studio prospettico randomizzato, Iwashima non ha rilevato differenze nella frequenza di successo del caterismo della vena FE tra la tecnica con punti di reperi e quella ecoguidata nel caterismo venoso centrale nei bambini.

Le indicazioni riportate in queste pagine possono essere utili nell'es

# le Pagine

## Linee Guida per l'incannulamento vascolare ecoguidato

Raccomandazioni delle Società Americane di ecocardiografia e di A

La percentuale di successo definito come il successo nel caterismo della vena femorale ottenuto entro i primi due tentativi senza puntura femorale è stato simile in entrambi i gruppi. Il tempo di esecuzione è stato molto simile tra i due gruppi.

Ci sono stati 2 occlusioni della vena FE rilevate nel gruppo degli ultrasuoni in pazienti con precedente punture. Inoltre c'è stata una significativa riduzione nella frequenza di complicanze con l'uso della guida con ultrasuoni. Si è avuta una puntura involontaria dell'arteria in 3 pazienti su 43 (3%) nel gruppo con ultrasuoni rispetto a 14 su 44 pazienti nel gruppo con reperi (32%) con una significativa differenza tra i gruppi.

### Raccomandazione per i pazienti pediatrici

Nei pazienti pediatrici si raccomanda che medici esperti utilizzino gli ultrasuoni in tempo reale durante l'incannulamento della vena GI per migliorare il successo all'incannulamento e ridurre l'incidenza di complicanze associate con l'inserimento di cateteri di grosso calibro.

## INCANNULAMENTO ARTERIOSO ECOGUIDATO

L'incannulamento arterioso è una pratica importante dell'accesso vascolare e comprende le arterie radiale, brachiale, ascellare, femorale e dorsale del piede. La sede preferita dipende dall'esperienza dell'operatore, dalla disponibilità del sito e dalla durata prevista dell'accesso.

I vantaggi dell'arteria radiale sono la sua accessibilità, localizzazione prevedibile e la bassa incidenza di complicanze associate all'accesso e all'uso.

Altro vantaggio nell'uso dell'arteria radiale come sede per l'incannulamento è che non è la sola che alimenta l'estremità distale della mano a differenza dell'arteria brachiale, ascellare e femorale.

La guida con ultrasuoni dell'incannulamento della arteria radiale ha migliorato il successo e ridotto il tempo d'incannulamento rispetto al metodo della palpazione in un confronto prospettico tra guida con ultrasuoni e metodo alla cieca nell'incannulamento dell'arteria radiale.

Gli ultrasuoni possono facilitare l'accesso in tutte le arterie ma risultano particolarmente utili nei pazienti obesi, con anatomia modificata, bassa perfusione, flusso del sangue non pulsatile, e nei casi di precedente tentativo senza successo di caterismo con i punti di reperi. L'accesso arterioso ecoguidato può essere eseguito nelle sedi tradizionali ma presenta il vantaggio aggiuntivo di permettere l'uso nelle sedi d'incannulamento non tradizionali e dove i reperi non sono utili. L'incannulamento dell'arteria femorale ecoguidato è più difficile dell'incannulamento della vena FE in quanto l'arteria è più piccola e non espandibile con la posizione o con l'espansione della volemia.

L'ipotensione, una bassa portata cardiaca, l'assenza di pulsazioni dell'arteria o un polso scarsamente rilevabile, la presenza di spasmo arterioso, ematoma e l'eccessiva circonferenza dell'arto sono tutti motivi d'insuccesso o di tentativi ripetuti di caterismo arterioso in diverse sedi (radiale, brachiale, ascellare, femorale, dorsale del piede) quando si fa uso della palpazione o di reperi cutanei esterni. Si deve rilevare che queste condizioni d'incannulamento possono essere ugualmente difficili nonostante l'uso degli ultrasuoni in quanto l'applicazione della sonda può comprimere le vene nel paziente ipovolemico.

### Tecnica di caterismo arterioso

Le arterie nell'ecografia bidimensionale sono pulsanti, e non sono completamente comprimibili con la pressione esterna del trasduttore. L'aggiunta del flusso color Doppler nella sezione trasversale e in quella con l'asse lungo migliora la rilevazione.

Somministrando un piccolo volume di liquido in un'arteria si evidenzierà un quadro sistolico-diastolico

del flusso arterioso di sangue. Se si evidenziano all'ecografia 2 arterie prima del tentativo d'incannulamento occorre scegliere l'arteria con il diametro maggiore. La guida ecografica in tempo reale durante l'introduzione del catetere (con o senza filo guida) è preferibile rispetto alla tecnica dell'identificazione dei reperi cutanei con immagini ecografiche statiche.

Si mette il trasduttore in un rivestimento sterile e l'operatore deve osservare una tecnica sterile e asettica. La mano dell'operatore non dominante tiene la sonda a ultrasuoni. Il sistema ago-catetere è inserito con un angolo di 45 gradi rispetto alla cute e si avanza sotto guida degli ultrasuoni finché si vede che entra nel vaso sia in proiezione trasversale che longitudinale. S'inserisce quindi il catetere sopra l'ago o sopra il filo guida.

### Confronto del caterismo arterioso tra guida con ultrasuoni e palpazione

La frequenza del successo al primo tentativo durante l'incannulamento arterioso è più alta quando si usa la tecnica della guida con ultrasuoni rispetto alla sola palpazione. In Terapia Intensiva e in sala operatoria la frequenza del successo con la tecnica ecoguidata varia dal 62% all'87% negli adulti (rispetto al 34%-50% con la palpazione). E del 14%-67% nei bambini (rispetto al 34%-50% con la palpazione). Una metanalisi recente che comprende quattro studi controllati sull'incannulamento dell'arteria radiale di 311 adulti e bambini ha evidenziato circa il 71% di successo al primo tentativo.

Seto ha randomizzato 1.004 pazienti sottoposti a incannulamento retrogrado dell'arteria femorale con guida radioscopica e con ultrasuoni. Non sono state rilevate differenze nella frequenza d'incannulamento con le due tecniche.

La differenza si è avuta nel sottogruppo di pazienti che presentavano una biforcazione dell'arteria femorale comune alta. In questi pazienti la guida con ultrasuoni determina un miglioramento del successo all'incannulamento al primo passaggio (83% rispetto al 46%), un ridotto numero di tentativi (1,3 rispetto a 3), ridotto rischio di venipuntura (2,4% rispetto a 15,8%), e un minore tempo medio di accesso (136 secondi rispetto a 148 secondi). Si sono avute 6 complicanze vascolari su 503 pazienti nel gruppo con ultrasuoni e 17 su 501 nel gruppo con radioscopia. Pertanto la guida con ultrasuoni migliora l'incannulamento dell'arteria femorale comune solo nel sottogruppo di pazienti con una biforcazione dell'arteria femorale comune alta, riducendo le complicanze vascolari nell'accesso all'arteria femorale.

### Raccomandazione per l'accesso vascolare arterioso

Sebbene gli ultrasuoni possono rilevare la presenza, la localizzazione e la pervietà delle arterie scelte per l'incannulamento, non è raccomandato un uso routinario in tempo reale degli ultrasuoni per l'incannulamento arterioso. Tuttavia per l'incannulamento dell'arteria radiale, l'uso degli ultrasuoni migliora molto la frequenza del successo al primo tentativo. L'ecografia è ben utile come tecnica di riserva per l'accesso arterioso e per l'identificazione della posizione e della pervietà delle arterie scelte per l'incannulamento. Le immagini sul piano trasversale sono particolarmente utili per identificare la tortuosità dei vasi, la presenza di placche ateromatose e le difficoltà nell'inserimento del catetere.

## INCANNULAMENTO VENOSO PERIFERICO ECOGUIDATO

L'accesso venoso periferico di solito si esegue per incannulare vene superficiali che si vedono direttamente all'interno del derma. L'accesso endovenoso può essere difficile nei pazienti obesi, nei tossicodipendenti, nei pazienti edematosi, e nei pazienti ricoverati in ospedale da molto tempo. Gli ultrasuoni

# IL NUOVO STATUTO 2013-2017

Approvato dal X Congresso Nazionale dell'Associazione svoltosi a Sorrento dal 20 al 22 Giugno 2013

## 1. INDICAZIONI STATUTARIE

### Art. 1 DENOMINAZIONE

1. Il 22 novembre 1952 con atto rogato dal Notaio Mario Perron Cabus in Torino è stata costituita l'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (A.A.R.O.I.).

2. A decorrere dal 28 maggio 2009 la denominazione dell'Associazione è modificata in A.A.R.O.I.-EM.A.C. Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica.

### Art.2 SEDI

1. La sede legale e la sede nazionale dell'Associazione sono entrambe a Roma.

### Art. 3 DURATA

1. Se non interverranno delibere congressuali di proroga, l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. cesserà il 31 dicembre 2050.

2. La cessazione può essere anticipata con delibera congressuale straordinaria, approvata con la maggioranza dei due terzi dei voti congressuali.

3. La cessazione richiede da parte del Congresso Nazionale la nomina di un liquidatore e di un coadiutore dello stesso e la contemporanea specificazione del termine dei due incarichi, dei poteri conferiti e degli onorari previsti.

### Art. 4 IL PATRIMONIO

1. Il patrimonio dell'Associazione è costituito da:

- quote annuali di associazione;
- proventi per prestazioni di servizi vari resi a soci o a terzi;
- contributi volontari, lasciti, donazioni;
- beni immobili da adibire ad esclusivo uso istituzionale.

2. È fatto esplicito divieto di distribuire - anche in modo indiretto - utili o avanzi di gestione, nonché fondi, riserve o capitale durante la vita dell'Associazione, salvo che la destinazione o la distribuzione non siano imposte dalla legge.

3. In caso di scioglimento - per qualunque causa - dell'Associazione, il suo patrimonio dovrà essere obbligatoriamente devoluto all'O.N.A.O.S.I. (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani) e all'Associazione Dino Masullo ONLUS nella misura del 50% ciascuna o, in caso di occorsa cessazione di una o di entrambe, ad altra Associazione con finalità analoghe o ai fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui all'art. 3, comma 190, della legge n. 662/96, e salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

4. Le quote associative sono intrasmissibili e non rivalutabili.

## 2. CARATTERISTICHE E FINALITÀ

### A. CARATTERISTICHE

#### Art. 5 CARATTERISTICHE

1. L'A.A.R.O.I.-EM.A.C. è un'organizzazione sindacale e pertanto un'associazione nazionale privata di persone fisiche, che non ha fini di lucro, è apertistica ed aconfessionale ed opera secondo la Costituzione della Repubblica Italiana ed in conformità con la legislazione vigente.

2. L'A.A.R.O.I.-EM.A.C. non risponde dell'operato degli iscritti, anche sul piano professionale.

3. L'anno sociale e quello di esercizio coincidono con l'anno solare. Per ogni esercizio finanziario vengono redatti ed approvati un bilancio preventivo ed un rendiconto economico-finanziario.

### B. FINALITÀ

#### Art. 6 FINALITÀ

1. L'A.A.R.O.I.-EM.A.C. ha per fini:

- la tutela sindacale degli iscritti sul piano morale, formativo, professionale, giuridico ed economico, sia nell'ambito degli accordi nazionali di lavoro e delle convenzioni nazionali che nell'ambito degli accordi regionali ed aziendali;
- la promozione della formazione e dell'aggiornamento ECM degli iscritti, anche in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le Aziende Sanitarie, nonché il potenziamen-

to scientifico, tecnico ed organizzativo di: Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore e Cure Palliative, Terapia Iperbarica, e delle discipline che operano nell'ambito della Medicina Critica e dell'Emergenza.

2. Per il conseguimento delle finalità di cui al comma precedente l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. si fa interprete delle istanze degli iscritti presso tutti gli organi interessati, ovunque ed ai vari livelli, compresa l'Unione Europea.

3. Per poter meglio svolgere la propria attività sindacale ed incrementarla, l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. può, quando le circostanze lo richiedano, aderire ad intese e patti federativi con altre organizzazioni sindacali mediche, operanti in Italia ed all'estero, conservando sempre la propria autonomia rappresentativa, organizzativa ed amministrativa.

## 3. SOCI ORDINARI, PENSIONATI, ONORARI E SPECIALIZZANDI

### Art. 7 CATEGORIE DI SOCI

1. I soci dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. sono: ordinari (dipendenti e liberi professionisti), pensionati e onorari.

### Art.8 SOCI ORDINARI

1. Possono iscriversi all'A.A.R.O.I.-EM.A.C. come soci ordinari i laureati in Medicina e Chirurgia, che svolgono la loro attività professionale nell'ambito della specialità di Anestesia e Rianimazione e delle discipline che operano nel contesto della Medicina Critica e dell'Emergenza.

2. I Soci Ordinari esercitano l'elettorato attivo e passivo. Essi possono essere:

a. Dipendenti: in tal caso la quota associativa viene corrisposta mensilmente tramite l'Ente datore di lavoro.

b. Liberi Professionisti: in tal caso la quota associativa viene versata in unica soluzione annuale.

3. Per l'iscrizione come soci ordinari gli interessati debbono presentare domanda scritta che dovrà essere inviata alla segreteria amministrativa dell'A.A.R.O.I. EM.A.C., la quale provvederà a trasmetterla al Presidente della Sezione di competenza per la sua tempestiva approvazione da formalizzarsi tramite posta elettronica.

4. La domanda di iscrizione deve essere redatta esclusivamente sul modello appositamente predisposto ed approvato, come definito nel Regolamento Esecutivo del presente Statuto, nel rispetto delle normative vigenti.

5. L'iscrizione respinta dalla Sezione di competenza non può essere ripresentata prima di un anno dal rifiuto.

6. I soci ordinari sono tenuti al pagamento della quota associativa nella misura e con le modalità stabilite dal Consiglio Nazionale. Per esercitare l'elettorato attivo e passivo in seno all'Associazione e per usufruire delle tutele e dei servizi erogati dall'A.A.R.O.I.-EM.A.C., i soci ordinari devono essere in regola con il pagamento della quota associativa.

### Art.9 SOCI PENSIONATI

1. I medici di cui all'art.8 comma 1 in pensione possono accedere all'iscrizione in qualità di Soci Pensionati, rinunciando allo status di socio ordinario.

2. Essi versano ogni anno ed in unica soluzione una quota associativa ridotta, il cui importo è determinato dal Consiglio Nazionale dell'Associazione, ed in seno alla stessa esercitano soltanto l'elettorato attivo, ricevono il periodico dell'Associazione e possono usufruire dei servizi offerti agli iscritti, eccettuati quelli legati alla professione attiva, quali la copertura assicurativa.

3. Tale scelta è in ogni momento modificabile con la corresponsione della differenza rispetto alla quota ordinaria, ripristinando la condizione di socio ordinario libero professionista.

4. La domanda di iscrizione come soci pensionati, indirizzata al Presidente Nazionale dell'Associazione, deve essere presentata al Presidente della Sezione Interregionale, Regionale o Provinciale competente per territorio. Il versamento della quota associativa sarà effettuato soltanto a mezzo bonifico o assegno bancario.

5. Per poter esercitare l'elettorato attivo i soci pensionati debbono essere in regola con il pagamento della quota associativa.

### Art.10 SOCI ONORARI

1. I soci ordinari in pensione e che, almeno per un mandato, hanno ricoperto la carica di Presidente Nazionale dell'Associazione, di Consigliere Nazionale effettivo, di Segretario Nazionale, di Tesoriere Nazionale e di componente effettivo o supplente del Collegio Nazionale dei Revisori dei conti e del Collegio dei Provisori, su proposta del Presidente Nazionale sono nominati dal Consiglio Nazionale soci onorari.

2. I soci onorari sono esonerati dal pagamento della quota associativa e conservano soltanto l'elettorato attivo, ricevono il periodico dell'Associazione e possono usufruire dei servizi offerti agli iscritti, eccettuati quelli legati alla professione attiva, quali la copertura assicurativa, a meno che non ne versino il corrispettivo economico al pari dei soci ordinari.

3. Su proposta del Presidente Nazionale, il Consiglio Nazionale può nominare socio onorario una personalità di spicco che abbia contribuito in modo significativo al perseguimento dei fini istituzionali dell'Associazione.

### Art.11 MEDICI SPECIALIZZANDI

1. Possono iscriversi gratuitamente all'A.A.R.O.I.-EM.A.C. come medici specializzandi i laureati in Medicina e Chirurgia, iscritti ad una Scuola di Specializzazione italiana o straniera riconosciuta, di Anestesia e Rianimazione e inerente discipline che operano nel contesto della Medicina Critica e dell'Emergenza che non siano titolari di un qualsiasi rapporto di impiego.

2. I medici specializzandi non godono né dell'elettorato attivo né di quello passivo, ma hanno diritto a partecipare ai Congressi Nazionali e ad usufruire delle tutele e dei servizi previsti per i soci ordinari in regola con il pagamento della quota associativa.

### Art. 12 GRUPPI DI VOLONTARIATO

1. I soci dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. ordinari, pensionati, onorari e i medici specializzandi possono costituire tra loro, con l'approvazione del Consiglio Direttivo della Sezione Interregionale, Regionale o Provinciale di appartenenza, gruppi di volontariato, che espletano la propria attività preferibilmente nell'ambito della Protezione Civile.

## 4. ORGANIZZAZIONE

### Art. 13 ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

1. L'A.A.R.O.I.-EM.A.C. si articola in Sezioni Interregionali, Regionali nonché in Rappresentanze Aziendali.

2. La giurisdizione delle Sezioni Regionali corrisponde a quella delle Regioni dello Stato Italiano.

3. Nella Regione Trentino-Alto Adige sono istituite le Sezioni Provinciali di Trento e Bolzano. Quando motivi geografici ed organizzativi lo consigliano, gli iscritti di più Regioni confinanti possono confluire in una unica Sezione, che sarà pertanto una Sezione Interregionale.

4. Le Sezioni Interregionali, Regionali Provinciali dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. non possono utilizzare sigle diverse da quelle dell'Associazione e, per la regolamentazione delle loro attività, riferirsi a propri Statuti e/o Regolamenti.

5. Per la soluzione di problematiche locali è previsto il coordinamento operativo tra due o più Sezioni limitrofe.

6. Il coordinamento di cui al precedente comma 5 è previsto anche per la soluzione di problematiche comuni in due o più Aziende Sanitarie Locali e/o Ospedaliere confluite in una cosiddetta "area vasta". Nella fattispecie i rappresentanti aziendali dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. delle Aziende Sanitarie interessate designano tra loro un coordinatore, al quale è affidato il compito di condurre e portare a termine la conseguente trattativa sindacale, d'intesa con il Presidente della Sezione Interregionale o Regionale competente per territorio.

## 5. GLI ORGANI DELL'ASSOCIAZIONE

### Art. 14 ORGANI CENTRALI E PERIFERICI

1. Gli organi dell'Associazione si distinguono in centrali e periferici.

- Sono organi centrali:
  - il Congresso Nazionale;

- il Consiglio Nazionale;
- il Presidente Nazionale;
- il Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti;
- il Collegio dei Provisori;
- il Consiglio di Bilancio.

3. Sono organi periferici:

- le Assemblee Interregionali, le Assemblee Regionali e quelle Provinciali di Trento e Bolzano;

- li Consigli Direttivi delle Sezioni Interregionali, delle Sezioni Regionali e delle Sezioni Provinciali di Trento e Bolzano;

- li Presidenti delle suddette Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali;

- li Collegi dei Revisori dei Conti delle stesse Sezioni;

- le Rappresentanze aziendali dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. in tutte le aziende, istituti o enti sanitari sia in ambito pubblico che privato.

4. Tutti i componenti degli organi centrali e periferici dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. prestano la loro opera a titolo gratuito ed hanno diritto soltanto al rimborso delle spese sostenute per l'espletamento dell'incarico.

5. Per tutti i componenti degli organi centrali e periferici è assolutamente incompatibile la contemporanea iscrizione ad altra organizzazione sindacale.

## A. GLI ORGANI CENTRALI

### Art. 15 IL CONGRESSO NAZIONALE

1. Il Congresso Nazionale decide la politica sindacale dell'Associazione e costituisce pertanto l'organismo sovrano dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

2. Il Congresso Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale, in via ordinaria, ogni quattro anni, sentito il Consiglio Nazionale, il cui parere non è però vincolante, ed, in via straordinaria, quando egli ne ravvisi la necessità o gliene sia stata fatta motivata richiesta scritta dalla maggioranza dei componenti il Consiglio Nazionale o da almeno un quinto dei soci in regola con il pagamento della quota associativa.

3. La convocazione del Congresso Nazionale ordinario è fatta con preavviso di almeno novanta giorni; essa deve essere comunicata con lettera raccomandata con avviso di ricevimento ai Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C., agli altri componenti il Consiglio Nazionale dell'Associazione ed ai componenti effettivi e supplenti del Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti e del Collegio dei Provisori.

4. I Congressi Nazionali, ordinari e straordinari, si svolgono in Italia e, nella comunicazione di cui al precedente comma, debbono essere precisati il luogo, il giorno e l'ora dell'inizio dei lavori nonché l'ordine del giorno degli stessi e debbono altresì essere indicate le modalità di rimborso delle spese sostenute dai delegati e da quanti hanno diritto alla partecipazione.

5. Ai Congressi Nazionali partecipano i delegati delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali di Trento e Bolzano, eletti in ragione di uno ogni cinquanta o frazioni di cinquanta iscritti soltanto tra i soci ordinari che sono in regola con il pagamento della quota associativa. Il rapporto di un delegato ogni cinquanta iscritti o frazioni di cinquanta può essere modificato dal Consiglio Nazionale dell'Associazione con una deliberazione adottata almeno sei mesi prima della convocazione del Congresso Nazionale. I delegati impediti a partecipare al Congresso Nazionale possono essere sostituiti soltanto dai soci, i cui nominativi seguono quelli degli eletti nelle graduatorie dei voti delle relative elezioni.

6. Ai Congressi Nazionali partecipano con diritto di parola, ma non di voto, salvo che non siano presenti anche in qualità di delegati, anche i componenti in carica e neo-eletti, effettivi e di diritto del Consiglio Nazionale, i componenti effettivi e supplenti del Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti, il Presidente del Collegio dei Provisori ed il Direttore responsabile dell'organo ufficiale dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

7. I Congressi Nazionali sono altresì aperti a tutti i soci ordinari e pensionati in regola con il pagamento delle rispettive quote associative, ai soci onorari e ai medici specializzandi, che possono intervenire nelle discussioni, ma non hanno diritto di voto.

#### Art. 16 IL CONGRESSO NAZIONALE ORDINARIO

1. Il Congresso Nazionale Ordinario è presieduto dal Presidente Nazionale dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C., che per tutta la durata dei lavori sarà assistito dal Segretario Nazionale dell'Associazione.

2. Il Segretario Nazionale ha il compito di verbalizzare l'intero iter dei lavori congressuali, dettagliando gli argomenti messi ai voti ed i risultati delle votazioni.

3. All'inizio dei lavori il Congresso Nazionale ordinario nomina, tra i delegati presenti, una Commissione di tre componenti, uno per ciascuna delle tre aree geografiche (nord, centro, sud), alla quale è affidato il compito di verificare i poteri dei delegati e di controllare, con l'assistenza del Segretario Nazionale, i risultati delle votazioni e delle elezioni. Contro le decisioni della suddetta Commissione è ammesso motivato ricorso al Consiglio Nazionale in carica, che, dopo la sospensione dei lavori congressuali, decide immediatamente ed inappellabilmente.

4. Il Congresso Nazionale ordinario delibera sempre a maggioranza semplice ed il voto dei singoli delegati, espresso sempre per alzata di mano, equivale al numero dei soci che ognuno di essi rappresenta. Per le modifiche del presente Statuto è necessaria la maggioranza di due terzi dei voti congressuali. Per l'elezione degli Organi centrali dell'Associazione si procede con votazioni segrete e distinte.

5. Oltre a decidere la politica sindacale dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. il Congresso Nazionale ordinario provvede:

- ad eleggere, con le modalità di cui al successivo art. 17, il Presidente Nazionale dell'Associazione, i tre Vice Presidenti Nazionali, uno per ognuna delle tre aree geografiche del Paese, il Coordinatore dell'Ufficio Esteri ed i Componenti effettivi e supplenti del Collegio Nazionale dei Revisori dei conti e del Collegio dei Proibiviri;
- a ratificare l'elezione dei componenti titolare e supplente del Consiglio di bilancio;
- ad esaminare ed approvare le eventuali modifiche statutarie;
- prendere tutte le iniziative utili ed opportune per il conseguimento delle finalità dell'Associazione.

#### Art. 17 ELEZIONE DEGLI ORGANI CENTRALI

1. Le elezioni alle cariche associative, di cui al punto 5 lettera a) del precedente articolo 16, avvengono a maggioranza semplice.

2. Per le stesse elezioni ciascun delegato dispone di un voto per il Presidente Nazionale, di tre voti per i Vice Presidenti Nazionali delle tre aree geografiche del Paese e per i componenti effettivi del Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti e del Collegio dei Proibiviri, di due voti per i componenti supplenti del Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti e di un voto per il Coordinatore dell'Ufficio Esteri e per il componente supplente del Collegio dei Proibiviri.

3. Il candidato alla carica di Vice Presidente Nazionale che avrà riportato il maggior numero di voti sarà nominato Vice Presidente Nazionale Vicario dell'Associazione.

#### Art. 18 IL CONGRESSO NAZIONALE STRAORDINARIO

1. Il Congresso Nazionale Straordinario è convocato dal Presidente Nazionale e si svolge con le stesse modalità previste per il Congresso Nazionale ordinario nei precedenti artt. 16 e 17, fatta eccezione per il preavviso, che è ridotto a 45 giorni e per le decisioni che sono adottate nel rigoroso rispetto dell'ordine del giorno, al quale non è consentito apportare variazioni ed integrazioni.

#### Art. 19 COMPOSIZIONE DEL CONSIGLIO NAZIONALE

1. Il Consiglio Nazionale è costituito da componenti effettivi e da componenti di diritto.

2. Sono componenti effettivi il Presidente Nazionale dell'Associazione, i tre Vice Presidenti Nazionali delle tre aree geografiche del Paese, il Coordinatore dell'Ufficio Esteri ed i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali di Trento e Bolzano dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

3. Sono componenti di diritto con diritto a un voto:

- il Presidente Nazionale uscente dell'Associazione, limitatamente ad un solo mandato successivo a quello da lui ricoperto;
- il Presidente pro tempore della Società Italiana di Anestesia, Rianimazione, Emergenza e Dolore (S.I.A.R.E.D.);
- il Presidente pro tempore della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (S.I.A.A.R.T.I.).

4. Sono altresì componenti di diritto senza diritto di voto il Segretario Nazionale ed il Tesoriere Nazionale dell'Associazione, nonché il Direttore Responsabile dell'organo ufficiale dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

5. I componenti effettivi del Consiglio Nazionale entrano in carica al termine dei lavori del Congresso Nazionale ordinario, durano nella stessa quattro anni e comunque fino al termine dei lavori del successivo Congresso Nazionale ordinario e sono rieleggibili.

6. In caso di impedimento a partecipare alle riunioni del Consiglio Nazionale i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali di Trento e Bolzano possono farsi rappresentare, a tutti gli effetti ed a mezzo di regolare delega scritta, da un Vice Presidente Regionale o da un Consigliere Regionale. L'assenza ingiustificata o la sostituzione per più di tre Consigli Nazionali consecutivi sarà oggetto di valutazione da parte del Consiglio Nazionale per eventuali provvedimenti.

#### Art. 20 COMPETENZE DEL CONSIGLIO NAZIONALE

1. Il Consiglio Nazionale è l'organo centrale dell'Associazione che, nel rispetto delle norme statutarie e regolamentari, ha tutti i poteri di ordinaria e straordinaria amministrazione dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

2. Nella sua prima riunione dopo il Congresso Nazionale ordinario, su proposta del Presidente Nazionale dell'Associazione, il Consiglio Nazionale:

- affida con delega scritta a tre Consiglieri Nazionali, preferibilmente ma non necessariamente i Vicepresidenti eletti, sulla base di esperienza, competenze ed attitudini riconosciute al candidato il compito di coordinare rispettivamente le attività inerenti:

- alla stipula ed alla applicazione del contratto collettivo nazionale di lavoro;
- all'erogazione dei servizi previsti per i soci;
- all'organizzazione operativa e alla cura dell'immagine dell'Associazione;

b. nomina il Direttore responsabile dell'organo ufficiale dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.

3. Al Consiglio Nazionale compete:

- stabilire le linee programmatiche, amministrative ed operative per l'attuazione della politica sindacale definita dal Congresso Nazionale;
- promuovere azioni sindacali per la tutela dei diritti e la realizzazione delle istanze della categoria medica rappresentata;
- deliberare sugli atti non di competenza del Congresso Nazionale nonché su quanto proposto dal Presidente Nazionale;
- ratificare gli eventuali provvedimenti e decisioni, adottati di urgenza dallo stesso Presidente Nazionale;
- determinare le quote associative annuali dei soci ordinari e dei soci pensionati e stabilire le modalità del loro pagamento e della loro ripartizione tra la Tesoreria Nazionale e le Tesorerie delle Sezioni;
- firmare le condizioni e le modalità per il rimborso delle spese sostenute dai componenti degli organi centrali per l'espletamento delle attività istituzionali;

g. approvare il bilancio preventivo preparato dal Tesoriere Nazionale ed esaminare il rendiconto consuntivo, predisposto dallo stesso, prima di sottoporlo alla verifica del Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti ed all'approvazione del Consiglio di bilancio;

h. modificare almeno centottanta giorni prima dell'inizio dei lavori del Congresso Nazionale ordinario il numero dei soci rappresentati dai delegati delle singole Sezioni dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.;

i. nominare i consulenti nazionali dell'Associazione ed i componenti di delegazioni e di speciali commissioni, scegliendoli, quando ciò è possibile, tra i suoi componenti o tra i soci sulla base della loro esperienza e specifica competenza;

l. istituire e far cessare sedi di rappresentanza all'estero;

m. decidere a maggioranza dei 2/3 (esclusa la sola/e sezione/i interessata/e) per motivi - a proprio insindacabile giudizio - particolarmente gravi, lo scioglimento di un Consiglio Direttivo di Sezione, provvedendo contestualmente alla nomina di un Commissario, scelto di norma tra i Presidenti di Sezione Interregionale, Regionale o Provinciale in carica, che avrà tutti i poteri previsti dal presente Statuto e dal Regolamento esecutivo per il Presidente ed il Consiglio Direttivo della Sezione interessata, durerà in carica per il periodo di tempo stabilito e per lo stesso periodo sarà considerato a tutti gli effetti componente effettivo del Consiglio Nazionale;

n. decidere insindacabilmente sia sui ricorsi presentati avverso le decisioni della Commissione congressuale per la verifica dei poteri dei delegati che sui ricorsi presentati dai soci colpiti da provvedimenti disciplinari adottati dal Collegio dei Proibiviri;

o. approvare a maggioranza dei 2/3 le operazioni di acquisto e vendita di beni immobili.

#### Art. 21 ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO NAZIONALE

1. Il Consiglio Nazionale è convocato dal Presidente Nazionale ogni volta che egli lo ritenga opportuno o ne faccia richiesta scritta e motivata almeno un terzo dei componenti effettivi. Le convocazioni del Consiglio Nazionale debbono essere fatte per posta, fax o e-mail e debbono contenere il luogo, il giorno e l'ora della riunione in prima ed in seconda convocazione e l'ordine del giorno dei lavori. In prima convocazione la seduta del Consiglio Nazionale è valida se è presente la maggioranza dei suoi componenti effettivi; in seconda convocazione la seduta è valida se è presente almeno un terzo degli stessi componenti effettivi.

2. Il Consiglio Nazionale delibera sempre a maggioranza semplice.

3. Nelle votazioni i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. dispongono di un numero di voti pari a quello dei soci delle Sezioni rappresentate, in regola con il pagamento della quota associativa al 31 dicembre dell'anno precedente. Il Presidente Nazionale, i tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso Nazionale ed il Coordinatore dell'Ufficio Esteri, se non sono contemporaneamente Presidenti di una Sezione Interregionale, Regionale o Provinciale, nonché il Presidente Nazionale uscente dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C., il Presidente pro tempore della S.I.A.R.E.D. ed il Presidente pro tempore della S.I.A.A.R.T.I. dispongono di un voto per ciascuno. In caso di parità di voti prevale il voto del Presidente Nazionale.

#### Art. 22 IL PRESIDENTE NAZIONALE

1. Il Presidente Nazionale è il rappresentante legale dell'Associazione. Egli è eletto dal Congresso Nazionale ordinario, dura in carica quattro anni, è rieleggibile e può fruire del distacco sindacale con rimborso delle perdite economiche secondo le modalità previste dal Regolamento esecutivo del presente Statuto.

2. Il Presidente Nazionale:

a. nomina scegliendoli tra i soci ordinari e revoca a sua esclusiva ed inoppugnabile decisione il Segretario Nazionale ed il Tesoriere Nazionale;

b. concorda con i tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso il lavoro da svolgere per conseguire i migliori risultati nei tre settori di attività affidati dal Consiglio Nazionale a norma dell'art. 20 comma 2, lettera a) del presente Statuto;

c. vigila sul rispetto delle norme statutarie e regolamentari; convoca e presiede i Congressi Nazionali ordinari e straordinari, il Consiglio Nazionale ed il Consiglio di bilancio, sottoscrivendo, insieme con il Segretario Nazionale, i verbali delle sessioni e delle riunioni;

d. cura l'esecuzione delle deliberazioni dei suddetti organi centrali.

STATUTO Approvato dal X Congresso Nazionale dell'Associazione svoltosi a Sorrento dal 20 al 22 Giugno 2013

A.A.R.O.I.-EM.A.C. Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica 00187 Roma - Via XX Settembre 98/E C.F. 80062360633 - P.IVA 07156580636 Tel: 06 47825272 - Fax: 06 47882016 - website: www.aaroiemac.it - e-mail: aaroiemac@aaroiemac.it

3. Il Presidente Nazionale, avvalendosi della collaborazione di legali di sua scelta, agisce e resiste in giudizio in nome e per conto dell'Associazione in qualsiasi sede e grado, ha tutti i poteri per l'ordinaria Amministrazione, dispone le riscossioni ed i pagamenti ed opera con firma singola sui conti correnti bancari e/o postali, aperti a nome dell'Associazione.

4. In caso di impedimento il Presidente Nazionale è a tutti gli effetti sostituito dal Vice Presidente Nazionale Vicario, che subentrerà a lui nella carica in caso di dimissioni prima della scadenza del mandato e vi rimarrà per tutta la durata dello stesso, ovvero sino alla conclusione del successivo Congresso Nazionale ordinario.

#### Art. 23 I VICE PRESIDENTI NAZIONALI

1. I Vice Presidenti Nazionali sono quattro. Tre di essi sono eletti dal Congresso Nazionale

ordinario, che li sceglie, con riferimento alle tre aree geografiche del Paese, tra i soci ordinari, durano in carica quattro anni e sono rieleggibili. Il quarto Vice Presidente è il Presidente pro tempore della S.I.A.R.E.D. Egli riveste la carica di diritto e, per tutta la durata del suo mandato nella S.I.A.R.E.D., assolve i compiti di cui all'art. 19, comma 3 del presente Statuto.

2. I Vice Presidenti Nazionali eletti coadiuvano il Presidente Nazionale nell'espletamento del suo mandato, lo sostituiscono nelle sue funzioni per esplicita delega e, d'intesa con lui, coordinano le attività affidate ad ognuno di essi dal Consiglio Nazionale o da norme statutarie, in particolare presiedendo le commissioni di lavoro di volta in volta istituite ove non presiedute dal Presidente Nazionale.

3. I tre Vice Presidenti Nazionali eletti dal Congresso possono fruire del distacco sindacale con diritto al recupero delle conseguenti perdite economiche con le stesse modalità previste dal Regolamento esecutivo del presente Statuto per il Presidente Nazionale.

4. Se alla carica di Vice Presidente Nazionale è stato eletto un socio, che contemporaneamente ricopre la carica di Presidente di una Sezione Interregionale, Regionale o Provinciale, lo stesso deciderà discrezionalmente se mantenere entrambe le cariche o rinunciare ad una di esse.

#### Art. 24 IL COORDINATORE DELL'UFFICIO ESTERI DELL'A.A.R.O.I.

1. Il Coordinatore dell'Ufficio Esteri è eletto dal Congresso Nazionale, che lo sceglie tra i soci ordinari, dura in carica quattro anni ed è rieleggibile. Egli rappresenta l'Associazione negli Organi Internazionali, nei quali essa è confederata o comunque presente, e cura i rapporti con le Associazioni mediche di categoria dei Paesi europei ed extra-europei, al fine di concordare linee uniformi di politica sindacale.

2. Se alla carica di Coordinatore dell'Ufficio Esteri è stato eletto un socio, che contemporaneamente ricopre la carica di Presidente di una Sezione Interregionale, Regionale o Provinciale dell'Associazione, lo stesso deciderà discrezionalmente se mantenere entrambe le cariche o rinunciare ad una di esse.

#### Art. 25 IL SEGRETARIO NAZIONALE

1. Il Segretario Nazionale, nominato dal Presidente Nazionale, collabora con lo stesso, con i Vice Presidenti Nazionali e con il Tesoriere Nazionale. Svolge compiti di carattere organizzativo, è responsabile dell'attività burocratica dell'Associazione, cura le pubbliche relazioni.

2. Il Segretario Nazionale partecipa ai Congressi Nazionali, alle riunioni del Consiglio Nazionale ed a quelle del Consiglio di bilancio senza diritto di voto, redige e sottoscrive, insieme con il Presidente Nazionale, i verbali delle sessioni congressuali, delle riunioni del Consiglio Nazionale e di quelle del Consiglio di bilancio, mantiene aggiornato l'elenco dei soci ed ordinato l'archivio ed opera, senza limiti di ammontare e con firma singola, sui conti correnti bancari e/o postali aperti a nome dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C. Può fruire del distacco sindacale con rimborso delle perdite economiche secondo le modalità previste dal Regolamento esecutivo del presente Statuto.

#### ART. 26 IL TESORIERE NAZIONALE

1. Il Tesoriere Nazionale, nominato dal Presidente Nazionale, è responsabile dell'amministrazione dell'Associazione e, in particolare, cura la preparazione dei bilanci preventivi e dei rendiconti di esercizio, che debbono essere predisposti entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, e si fa carico della loro illustrazione al Consiglio Nazionale e del loro invio al Collegio dei Revisori dei conti per la prevista verifica ed al Consiglio di bilancio per la definitiva approvazione.

2. Il Tesoriere Nazionale tiene la cassa sociale ed opera, senza limiti di ammontare e con firma singola, sui conti correnti bancari e/o postali, aperti a nome dell'Associazione.

3. Il Tesoriere Nazionale partecipa ai Congressi Nazionali e alle riunioni del Consiglio Nazionale senza diritto di voto. Può fruire del distacco sindacale con rimborso delle perdite economiche secondo le modalità previste dal Regolamento esecutivo del presente Statuto.

#### ART. 27 IL COLLEGIO NAZIONALE DEI REVISORI DEI CONTI

1. Il Collegio Nazionale dei Revisori dei conti è composto da tre membri effettivi e due supplenti, eletti dal Congresso Nazionale ordinario, che li sceglie tra i soci ordinari con almeno sei anni di iscrizione continuativa e preferibilmente appartenenti ad aree geografiche diverse.



2. Tutti i membri del Collegio Nazionale dei Revisori dei conti, effettivi e supplenti durano in carica quattro anni, sono rieleggibili e non possono ricoprire altre cariche all'interno dell'Associazione.

3. Il Presidente Nazionale comunica agli interessati la loro elezione a componenti il Collegio dei Revisori dei conti e, in caso di rifiuto dell'incarico, così come in caso di successive dimissioni, provvede alle sostituzioni seguendo le graduatorie dei voti riportati dai candidati alle rispettive cariche di Revisori dei conti effettivi e supplenti.

4. Dopo l'accettazione della carica i Revisori dei conti effettivi e supplenti sono convocati dal Presidente Nazionale per l'elezione del Presidente del Collegio, che avviene con voto segreto ed a maggioranza semplice.

5. Per la validità delle riunioni del Collegio Nazionale dei Revisori dei conti è necessaria la presenza del Presidente dello stesso Collegio e dei due Revisori effettivi. In caso di impedimento questi saranno sostituiti dai Revisori supplenti.

6. I Revisori dei conti esercitano i controlli amministrativi contabili e di cassa previsti dalla legge, con espresso riferimento alle norme contenute in un apposito regolamento, approvato dal Consiglio Nazionale entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Statuto, e del Regolamento del Collegio Nazionale dei Revisori dei conti e, per quanto si riferisce all'approvazione del rendiconto economico e finanziario predisposto dal Tesoriere Nazionale, essi ne accompagnano l'approvazione o meno con una relazione.

7. Con il consenso del Presidente Nazionale i Revisori dei conti possono avvalersi anche di consulenze esterne all'Associazione.

#### ART. 28 IL COLLEGIO DEI PROBIVIRI

1. Il Collegio dei Proviviri è composto da tre membri effettivi ed uno supplente, eletti dal Congresso Nazionale ordinario, che li sceglie tra i soci ordinari con almeno dieci anni di iscrizione continuativa all'Associazione e preferibilmente appartenenti ad aree geografiche diverse.

2. Tutti i membri del Collegio dei Proviviri, effettivi e supplente, durano in carica quattro anni, sono rieleggibili e non possono contemporaneamente ricoprire altre cariche all'interno dell'Associazione.

3. Il Presidente Nazionale comunica agli interessati l'avenuta elezione a componente effettivo o supplente del Collegio dei Proviviri e, in caso di rifiuto dell'incarico, così come in caso di successive dimissioni, provvede alle sostituzioni seguendo le graduatorie dei voti riportati dai candidati alle rispettive cariche di componenti effettivi e di componente supplente del Collegio.

4. Il componente effettivo più anziano per età è di diritto il Presidente del Collegio, le cui riunioni sono valide soltanto se, oltre al Presidente, sono presenti gli altri due componenti effettivi del Collegio. Se uno di questi è impedito, il Presidente del Collegio chiamerà a sostituirlo il componente supplente.

5. Il Collegio dei Proviviri ha funzione arbitrale e giurisdizionale. Tutte le funzioni sono espletate dal Collegio con espresso riferimento alle norme contenute in un apposito regolamento, approvato dal Consiglio Nazionale entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Statuto.

#### ART. 29 RICORSI AL CONSIGLIO NAZIONALE CONTRO I PROVVEDIMENTI ADOTTATI DAL COLLEGIO DEI PROBIVIRI

1. I soci colpiti da sanzioni, adottate nei loro confronti dal Collegio dei Proviviri in funzione giurisdizionale, possono presentare, entro novanta giorni dalla relativa comunicazione, ricorso al Consiglio Nazionale inoltrandolo attraverso il Presidente Nazionale. Su tale ricorso il Consiglio Nazionale decide in maniera inoppugnabile.

#### ART. 30 IL CONSIGLIO DI BILANCIO

1. Il Consiglio di bilancio è composto dai rappresentanti titolari delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali eletti dalle Assemblee delle rispettive Sezioni. La loro nomina è ratificata dal Congresso Nazionale ordinario. Essi durano in carica quattro anni e sono rieleggibili.

2. I rappresentanti supplenti subentreranno ai titolari in caso di impedimento di questi ultimi.

3. Il Consiglio di bilancio è presieduto dal Presidente Nazionale, al quale spetta ogni iniziativa per quanto attiene l'attività dell'organo.

4. Il Consiglio di bilancio procede all'approvazione del rendiconto economico e finanziario

entro il 31 maggio di ogni anno, sulla base dei documenti contabili forniti dal Tesoriere Nazionale e della relazione del Collegio dei Revisori dei conti.

5. Il Consiglio di bilancio è convocato dal Presidente Nazionale a mezzo posta, fax o e-mail, con un preavviso di almeno venti giorni e con l'indicazione del luogo, della data e dell'ora della riunione.

6. Il Consiglio di bilancio è validamente costituito se sono presenti almeno i due terzi dei suoi componenti.

7. Il Consiglio di bilancio delibera sempre a maggioranza semplice. Il voto dei singoli componenti, espresso sempre per alzata di mano, equivale al numero dei soci della Sezione rappresentata, in regola con il pagamento della quota associativa al 31 dicembre dell'anno precedente.

#### ART. 31 IL COORDINATORE DEI DELEGATI SCIENTIFICI REGIONALI

1. Ai sensi dell'art. 19, comma 3, del presente Statuto la funzione di Coordinatore dei Delegati Scientifici Regionali è svolta dal Presidente pro tempore della S.I.A.R.E.D., che di diritto è anche uno dei quattro Vice Presidenti Nazionali dell'Associazione.

2. Il Coordinatore, convoca e presiede le riunioni dei Delegati Scientifici Regionali e, su richiesta del Consiglio Nazionale, esprime un parere, obbligatorio ma non vincolante, sulle iniziative dell'Associazione relative a congressi, seminari, simposi e corsi aventi comunque carattere scientifico.

3. Il Coordinatore dura in carica per tutta la durata del suo mandato di Presidente della S.I.A.R.E.D.

#### B. GLI ORGANI PERIFERICI

#### ART. 32 LE ASSEMBLEE INTERREGIONALI, REGIONALI E PROVINCIALI

1. Le Assemblee delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali sono convocate in via ordinaria, in occasione del rinnovo delle cariche regionali entro 60 giorni prima del Congresso Nazionale ed inoltre in via straordinaria dai Presidenti delle rispettive Sezioni ogni volta che ne ravvisino la necessità o ne abbiano ricevuto motivata richiesta dalla maggioranza dei componenti il Consiglio Direttivo o da almeno un quinto dei soci della Sezione.

2. Le convocazioni debbono essere inviate ai soci almeno 20 giorni prima della data dell'assemblea e nelle stesse debbono essere precisati il luogo, il giorno e l'ora dell'inizio dei lavori nonché l'ordine del giorno.

3. Alle Assemblee delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali partecipano gli iscritti delle rispettive Sezioni in regola con il pagamento della quota associativa.

4. Ogni iscritto può rappresentare, al massimo, altri tre soci a mezzo delega, rilasciata dai soci deleganti ai termini di legge o su carta intestata, controfirmata dal Rappresentante Aziendale del delegante o da un componente il Consiglio Direttivo della Sezione interessata.

5. Le Assemblee Interregionali, Regionali e Provinciali deliberano sempre a maggioranza semplice e per alzata di mano, fatta eccezione per l'elezione dei Presidenti delle Sezioni, dei Consiglieri, dei Revisori dei conti, effettivi e supplenti, dei delegati al Congresso Nazionale e dei componenti il Consiglio di bilancio che vengono sempre eletti a maggioranza semplice, con votazione segreta e distinta.

6. I Revisori dei Conti effettivi e supplenti debbono essere scelti tra i soci ordinari con almeno sei anni di iscrizione continuativa all'Associazione.

#### ART. 33 I CONSIGLI DIRETTIVI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI E PROVINCIALI

1. I Consigli Direttivi delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali provvedono ad attuare la politica sindacale dell'Associazione nelle rispettive giurisdizioni.

2. I Consigli Direttivi delle suddette Sezioni sono costituiti dal Presidente, da uno o più Vice Presidenti, dai Consiglieri, che durano in carica quattro anni e sono rieleggibili, dal Delegato Scientifico, e dal Segretario-Tesoriere, che partecipano alle riunioni del Consiglio direttivo senza diritto di voto.

3. Possono fare parte del Consiglio Regionale/Provinciale su delibera dell'Assemblea regionale anche:

– Un Consigliere Libero Professionista eletto

dai soci Liberi Professionisti nell'Assemblea Regionale, con diritto di voto.

– Un Medico Specializzando, nominato dal Consiglio Regionale con maggioranza dei 2/3 su proposta del Presidente Regionale, senza diritto di voto, che cesserà automaticamente dall'incarico con il conseguimento della specialità.

4. I Vice Presidenti sono eletti a maggioranza semplice dai Consigli Direttivi delle Sezioni, che li scelgono tra i Consiglieri.

5. Il numero dei Consiglieri delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali va da un minimo di quattro, come nelle Sezioni Provinciali di Trento e Bolzano, ad un massimo stabilito dal Consiglio Direttivo competente nella proporzione di un Consigliere ogni venti-settanta iscritti, garantendo comunque ad ogni Provincia, la rappresentanza in seno allo stesso Consiglio Direttivo.

6. In caso di dimissioni i componenti dei Consigli Direttivi vengono sostituiti sulla base delle graduatorie dei voti riportati nelle ultime elezioni dai candidati alle singole cariche e per le singole province. Nel caso in cui ciò non dovesse essere possibile, si provvederà alla sostituzione attraverso nuove elezioni. Tale circostanza non proroga la durata in carica dei Consigli Direttivi interessati.

7. Le riunioni dei Consigli Direttivi delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali sono valide soltanto se è presente la maggioranza dei loro componenti. Le deliberazioni sono assunte sempre a maggioranza semplice dei componenti presenti. In caso di parità di voti prevale il voto del Presidente.

#### ART. 34 I PRESIDENTI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI E PROVINCIALI

1. Nelle rispettive aree di competenza territoriale i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali godono delle stesse prerogative del Presidente Nazionale dell'Associazione.

2. Essi provvedono a proprio insindacabile giudizio alla nomina e revoca dei Segretari-Tesoriere delle rispettive Sezioni, scegliendoli tra i soci ordinari delle stesse.

3. I Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali possono fruire del distacco sindacale con diritto al recupero delle conseguenti perdite economiche con le stesse modalità previste dal Regolamento Esecutivo del presente Statuto per il Presidente Nazionale, i Vicepresidenti Nazionali, il Segretario Nazionale e il Tesoriere Nazionale.

#### ART. 35 I SEGRETARI-TESORIERI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI E PROVINCIALI

1. I Segretari-Tesoriere delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali sono nominati dai Presidenti delle rispettive Sezioni, che li scelgono tra i soci ordinari delle stesse, li sostituiscono in caso di dimissioni e possono revocarne la nomina.

2. Nelle aree di competenza territoriale i Segretari-Tesoriere hanno contemporaneamente le stesse attribuzioni e gli stessi compiti, previsti per il Segretario Nazionale e per il Tesoriere Nazionale dell'Associazione dai precedenti artt. 25 e 26 del presente Statuto.

3. I Segretari-Tesoriere delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali partecipano alle riunioni dei Consigli direttivi delle rispettive Sezioni senza diritto di voto.

#### ART. 36 I DELEGATI SCIENTIFICI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI E PROVINCIALI

1. I Delegati Scientifici delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali di Trento e Bolzano, sono nominati, su proposta del Presidente, dal Consiglio Regionale/Provinciale con la maggioranza dei 2/3, nel primo Consiglio Regionale successivo al Congresso Nazionale.

2. Essi sono sostituibili con le stesse modalità, con provvedimento motivato, anche prima della scadenza del mandato.

3. Essi sono di diritto componenti effettivi del Consiglio Direttivo della S.I.A.R.E.D.

#### ART. 37 I COLLEGI DEI REVISORI DEI CONTI DELLE SEZIONI INTERREGIONALI, REGIONALI E PROVINCIALI

1. I Collegi dei Revisori dei conti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali sono costituiti da tre Revisori effettivi e due supplenti, che durano in carica quattro anni, sono rieleggibili, non possono contemporaneamente ricoprire altre cariche all'interno dell'Associazione.

2. Nell'ambito delle rispettive Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali i Collegi dei Re-

visori dei conti espletano le loro funzioni ed i loro compiti in analogia con quanto previsto per il Collegio Nazionale dei Revisori dei Conti.

#### ART. 38 LE RAPPRESENTANZE AZIENDALI

1. Le Rappresentanze Aziendali raccolgono i soci dipendenti:

a. dalle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere ed Ospedaliere-Universitarie integrate;

b. dagli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico;

c. dagli Ospedali Religiosi;

d. dai Policlinici Universitari;

e. dalle Case di Cura private.

2. Le Rappresentanze Aziendali attuano la politica sindacale dell'Associazione nelle singole Aziende.

3. I Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali convocano e presiedono le Assemblee dei soci ordinari dipendenti dalle singole Aziende per l'elezione dei Rappresentanti aziendali, effettivi e supplenti, presso gli stessi Enti. In caso di impedimento i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali possono delegare un Vice Presidente o un Consigliere a presiedere le Assemblee.

4. I Rappresentanti Aziendali, effettivi e supplenti, sono eletti nel numero congruamente previsto a maggioranza semplice e con votazione segreta, durano in carica quattro anni, sono rieleggibili. In caso di dimissioni i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali convocano le Assemblee aziendali per le nuove elezioni.

5. In caso di sfiducia, espressa nei confronti del Rappresentante Aziendale nel corso di assemblea aziendale appositamente richiesta al Presidente Regionale da almeno i 2/3 degli iscritti e da lui convocata e presieduta ai sensi del precedente comma 3, i Presidenti delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali procedono a nuove elezioni.

6. Per la soluzione di problematiche comuni in due o più Aziende Sanitarie Locali e/o Ospedaliere di un "area vasta" l'art. 13, comma 1, del presente Statuto prevede, limitatamente alla durata della conseguente trattativa sindacale, anche la figura di un Coordinatore, che assolverà il suo compito d'intesa con il Presidente della Sezione Interregionale o Regionale interessata.

#### 6. DISPOSIZIONI FINALI

#### ART. 39 RESPONSABILITÀ DELL'A.A.R.O.I.-E.M.A.C.

1. L'A.A.R.O.I.-E.M.A.C. non assume responsabilità legale ed amministrativa per l'operato degli organi delle Sezioni Interregionali, Regionali e Provinciali dell'Associazione. Infatti le suddette Sezioni, fermo restando l'obbligo al rispetto dello Statuto e dei Regolamenti dell'A.A.R.O.I.-E.M.A.C. nonché della sua linea di politica sindacale, godono di un'ampia autonomia gestionale ed amministrativa.

#### ART. 40 REGOLAMENTO ESECUTIVO

1. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente Statuto il Consiglio Nazionale dell'Associazione provvederà, se necessario, a modificare il Regolamento esecutivo per quanto si riferisce alle norme relative al funzionamento degli organi centrali e periferici dell'A.A.R.O.I.-E.M.A.C.

#### ART. 41 RICHIESTA DI MODIFICHE

1. Il presente Statuto può essere modificato in tutto o in parte.

2. Le richieste di modifiche debbono specificatamente indicare gli articoli da modificare, riportare il nuovo testo proposto, ed essere presentate al Presidente Nazionale almeno trenta giorni prima della data di inizio del Congresso Nazionale ordinario da almeno un terzo dei componenti effettivi il Consiglio Nazionale o da almeno un quinto dei soci in regola con il pagamento della quota associativa.

3. Per l'approvazione delle modifiche dello Statuto è necessaria la maggioranza di due terzi dei voti congressuali.

#### ART. 42 FORO COMPETENTE

1. Per le controversie con l'A.A.R.O.I.-E.M.A.C. il Foro competente è quello di Roma.

#### ART. 43 RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE

1. Per quanto non previsto dal presente Statuto si fa espresso riferimento alle norme di legge che disciplinano la materia.

#### ART. 44 ENTRATA IN VIGORE

1. Il presente Statuto entrerà in vigore subito dopo la sua approvazione.

# LE 38 ORE SETTIMANALI DEL MEDICO OSPEDALIERO PUBBLICO DIPENDENTE

Arturo Citino – Presidente AAROI-EMAC Piemonte/Valle d'Aosta e Coordinatore della Formazione Sindacale

Alessandro Vergallo – Presidente AAROI-EMAC Nazionale

## ANNO 2014: 365 GIORNI DI CALENDARIO, DI CUI:

- 303 o 251 giorni lavorativi per una settimana lavorativa rispettivamente di 6 o di 5 giorni
  - 52 sabati\*, 52 domeniche, 8 giorni festivi infrasettimanali\*\*, eventuale S. Patrono
- \* di cui nessuno festivo – \*\* 01 Gennaio – Capodanno; 06 Gennaio – Epifania; 21 Aprile – Lunedì dell'Angelo; 25 Aprile – Liberazione; 01 Maggio – F. Lavoro; 08 Dicembre – I. Concezione; 25 Dicembre – S. Natale; 26 Dicembre – S. Stefano

**Tabella 1: Debito Orario Contrattuale e Assistenziale Annuo per settimana lavorativa di 6 giorni**

COMPUTO ORARIO DETTAGLIATO PER ISTITUTO CCNL				ORE TEORICHE PER ISTITUTO CCNL	ORE DETTRATTE PER OBBLIGO CCNL	ORE DOVUTE MASSIME (CASELLE COLORATE)
1	Orario di Lavoro (6,33 ore medie/giorno x 303 giorni lavorativi)	STANDARD	1918	#		1918
2	Ferie*** + Festività Soppresse (32 + 4 + S. Patrono se non domenica o festivo (6,33 ore medie/giorno x 36 o 37 giorni))	VARIABILE S. Patrono: min 228 max 234		-228		1690
3A	DEBITO ORARIO ANNUO CONTRATTUALE STANDARD PER TUTTI I MEDICI (esclusi Titolari di Rischio Anestesiologico e/o Radiologico)	STANDARD	44	-44		1690
3B	DEBITO ORARIO ANNUO CONTRATTUALE STANDARD PER I MEDICI TITOLARI DI RISCHIO ANESTESIOLOGICO (8 giorni continuativi di calendario = 6,33 ore x 7 giorni lavorativi)	STANDARD	82	-82		1608
3C	PER I MEDICI TITOLARI (ANCHE) DI RISCHIO RADIOLOGICO (15 giorni continuativi di calendario = 6,33 ore x 13 giorni lavorativi)	VARIABILI: min 182 max 208		-182		1508
4	Attività Non Assistenziali (3,5 ore minime/4 ore massime settimanali x 52 settimane)	VARIABILI: min 0 max 51		-0		1508
5	Aggiornamenti Facoltativi (8 giorni annuali massimi x 6,33 ore/giorno)	X STIMA IN C.I.A.		-0		1508
6	Aggiornamenti Obbligatori, Malattie, etc. L.104, Part Time, Congedi, Permessi, etc.	X LEGGE/CCNL		-0		1508
7A	DEBITO ORARIO ANNUO ASSISTENZIALE STANDARD PER I MEDICI TITOLARI DI RISCHIO ANESTESIOLOGICO					1508
7B	DEBITO ORARIO ANNUO ASSISTENZIALE STANDARD PER I Medici Titolari di Rischio Anestesiologico e/o Radiologico					1464
7C	DEBITO ORARIO ANNUO ASSISTENZIALE STANDARD per i Medici Titolari di Rischio Anestesiologico e/o Radiologico					1426

\*\*\*Per effetto del CCNL del 05/12/1996 e s.m.i., per i neoassunti fino al 3° anno di servizio il congedo ordinario per ferie è ridotto di 2 giorni

**Tabella 2: Debito Orario Contrattuale e Assistenziale Annuo per settimana lavorativa di 5 giorni**

COMPUTO ORARIO DETTAGLIATO PER ISTITUTO CCNL				ORE TEORICHE PER ISTITUTO CCNL	ORE DETTRATTE PER OBBLIGO CCNL	ORE DOVUTE MASSIME (CASELLE COLORATE)
1	Orario di Lavoro (7,60 ore medie/giorno x 251 giorni lavorativi)	STANDARD	1923	#		1908
2	Ferie*** + Festività Soppresse (28 + 4 + S. Patrono se non sabato o domenica o festivo (7,60 ore medie/giorno x 32 o 33 giorni))	VARIABILE S. Patrono: min 243 max 251		-243		1665
3A	DEBITO ORARIO ANNUO CONTRATTUALE STANDARD PER TUTTI I MEDICI (esclusi Titolari di Rischio Anestesiologico e/o Radiologico)	STANDARD	46	-46		1665
3B	DEBITO ORARIO ANNUO CONTRATTUALE STANDARD PER I MEDICI TITOLARI DI RISCHIO ANESTESIOLOGICO (8 giorni continuativi di calendario = 7,60 ore x 6 giorni lavorativi)	STANDARD	84	-84		1619
3C	PER I MEDICI TITOLARI (ANCHE) DI RISCHIO RADIOLOGICO (15 giorni continuativi di calendario = 7,60 ore x 11 giorni lavorativi)	VARIABILI: min 182 max 208		-182		1581
4	Attività Non Assistenziali (3,5 ore minime/4 ore massime settimanali x 52 settimane)	VARIABILI: min 0 max 61		-0		1483
5	Aggiornamenti Facoltativi (8 giorni annuali massimi x 7,60 ore/giorno)	VARIABILI: min 0 max 61		-0		1483
6	Aggiornamenti Obbligatori, Malattie, etc. L.104, Part Time, Congedi, Permessi, etc.	X STIMA IN C.I.A. X LEGGE/CCNL		-0		1483
7A	DEBITO ORARIO ANNUO ASSISTENZIALE STANDARD PER I MEDICI TITOLARI DI RISCHIO ANESTESIOLOGICO					1483
7B	DEBITO ORARIO ANNUO ASSISTENZIALE STANDARD per i Medici Titolari di Rischio Anestesiologico e/o Radiologico					1437
7C	DEBITO ORARIO ANNUO ASSISTENZIALE STANDARD per i Medici Titolari di Rischio Anestesiologico e/o Radiologico					1399

\*\*\*Per effetto del CCNL del 05/12/1996 e s.m.i., per i neoassunti fino al 3° anno di servizio il congedo ordinario per ferie è ridotto di 2 giorni

TUTTI I VALORI SONO ARROTONDATI AL PIÙ PROSSIMO NUMERO INTERO  
L'ORARIO DI LAVORO MEDIO GIORNALIERO È IN CENTESIMALI DI ORE  
(6ore:20minuti equivalgono a 6,33 ore; 7ore:36minuti equivalgono a 7,60 ore)

- **ORE TEORICHE PER OBBLIGO CCNL:** POSSONO VARIARE ENTRO I LIMITI NORMALI IN RAGIONE DELL'EFFETTIVO VERIFICARSI
- **ORE DETTRATTE PER OBBLIGO CCNL:** SONO CONTEGGIATE QUELLE "DI DIRITTO" EX CCNL IN RAGIONE DELL'EFFETTIVA FRUIZIONE
- **ORE DOVUTE MASSIME:** POSSONO DISCOSTARSI DAI VALORI RIPORTATI IN RAGIONE DEL VERIFICARSI E DELLA FRUIZIONE DEI SUDETTI ISTITUTI/OBBLIGHI CONTRATTUALI, E NON CONTEMPLANO LE ASSENZE DELLE RIGHE 5 E 6 (ORE DA DETRARSI A PARTE)
- **DEBITO ORARIO CONTRATTUALE:** ORARIO COMPRESO ALL'INTERNO DELLE 38 ORE SETTIMANALI CONTRATTUALI
- **DEBITO ORARIO ASSISTENZIALE:** ORARIO DEDICATO ALLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI ALL'INTERNO DELLE 38 ORE SETTIMANALI

LA CAPACITÀ POTENZIALE DI OGNI UNITÀ OPERATIVA PER ASSICURARE LE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI MEDICHE SVOLTE ALL'INTERNO DELLE 38 ORE SETTIMANALI È DATA DALLA SOMMATORIA DEL DEBITO ORARIO ASSISTENZIALE DI CIASCUN MEDICO

# 10

La programmazione dell'orario di Servizio dell'Unità Operativa e dell'orario di Lavoro di individuale non dipende da concessioni o imposizioni arbitrarie, ma deriva da regole legislative e contrattuali nazionali, anche sulla base di normative europee. I livelli di trattativa regionale e locale (aziendale) possono specificare l'applicazione delle regole, ma non possono in alcun modo ignorarle.

## GLOSSARIO

**Orario di Servizio:** l'arco orario (giornaliero e settimanale su base mensile) durante il quale sono assicurate la funzionalità delle strutture e l'erogazione dei servizi all'utenza. L'orario di Servizio è la base di computo della Dotazione Organica necessaria alle suddette funzionalità ed erogazione, in relazione all'orario di Lavoro.

**Orario di Lavoro:** il quantitativo di tempo durante il quale, in conformità al CCNL, ciascun dipendente assicura la prestazione lavorativa nell'ambito dell'orario di Servizio. L'orario di Lavoro è distribuito, per fasce orarie o continuativamente, in tutti i giorni lavorativi o anche nei giorni non lavorativi, in base all'organizzazione dell'UO.

**Orario di Lavoro Medio Giornaliero (individuale):** l'orario mediamente dovuto da ciascun Dirigente Medico per ogni giorno considerato lavorativo in base all'organizzazione dell'orario di Servizio, che può essere distribuito convenzionalmente su 6 o su 5 giorni settimanali. Dal valore orario giornaliero vanno sempre detratte, ai fini della programmazione del servizio finalizzato all'assistenza clinica, le ore di aggiornamento.

**Ore di Lavoro Medie Giornaliere per una settimana di 6 giorni lavorativi:** 38/6 = 6,33.

**Ore di Lavoro Medie Giornaliere per una settimana di 5 giorni lavorativi:** 38/5 = 7,60.

**Ore di Lavoro Mensili Contrattualmente Dovute:** n° ore medie giornaliere complessive x n° giorni lavorativi del mese di riferimento.

**Ore di Lavoro Mensili dedicate alle Attività Non Assistenziali:** le 208 ore di aggiornamento annue (che possono essere ridotte di max 26, a seguito di contrattazione di budget per obiettivi assistenziali, fino a 182), possono essere ricondotte su base mensile a una media giornaliera di 0,66 (minimo 0,58) e 0,80 (minimo 0,70) per settimana lavorativa organizzata rispettivamente su 6 e su 5 giorni.

**Ore di Lavoro Mensili dedicate alle Attività Assistenziali:** (n° ore medie giornaliere complessive – n° ore medie giornaliere assistenziali) x n° giorni lavorativi del mese di riferimento.

**Attività/Turni di Servizio/Lavoro:** archi orari di programmazione delle presenze in servizio; a ciascuna attività e a ciascun turno dev'essere attribuito preventivamente un valore orario. Sono compiti del Responsabile di UO, nel rispetto delle norme di legge e del contratto, anche in merito alla sicurezza del lavoro, la pianificazione su base almeno mensile e la verifica a consuntivo delle Attività e dei Turni di Servizio e di Lavoro assicurati dall'UO, che devono risultare in un prospetto mensile; tale prospetto deve avere valenza di ordine di servizio, e da esso dev'essere facilmente individuabile e quantificabile l'impegno richiesto ad ogni singolo Dirigente Medico, e all'intera Equipe di UO, con corrispondenza di massima (fatta salva la Compensazione) tra orario dovuto e orario programmato.

**Credito Orario Riconosciuto (ExtraOrario):** corrisponde alle ore lavorate in esubero oltre il dovuto contrattuale, riconosciute come necessarie al servizio in quanto preventivamente richieste o successivamente autorizzate, attese la corrispondenza di massima tra l'orario programmato e/o richiesto e l'orario effettivamente svolto come risultante dalla registrazione delle presenze. Il Credito Orario Riconosciuto dev'essere obbligatoriamente oggetto di remunerazione o di compensazione secondo CCNL. Tale Credito Orario, che deve trovare piena capienza nel monte-ore timbrato, non può in alcun modo essere cassato, e qualora destinato a compensazione dev'essere programmato il suo smaltimento a compensazione oraria e/o giornaliera (Recupero Ore).

**Recupero Ore a Compensazione Oraria e/o Giornaliera:** la Compensazione Oraria (eventualmente anche a recupero di intera giornata lavorativa) deve preferibilmente essere mensile; nei casi in cui non sia possibile, di regola trimestrale o semestrale. Le ore accumulate devono restare accantonate in un monte-ore disponibile che non può essere cassato in alcun modo o misura.

## Modalità di Computo del Debito Orario su Base Mensile

- per settimana lavorativa di 6 giorni = giorni lavorativi mensili (escluse domeniche e festività) x 6,33
- per settimana lavorativa di 5 giorni = giorni lavorativi mensili (esclusi sabati, domeniche e festività) x 7,60
- **Orario di Lavoro Mensile dedicato alle Attività Non Assistenziali**
- per settimana lavorativa di 6 giorni = giorni lavorativi mensili (escluse domeniche e festività) x 0,66 (min. 0,58)
- per settimana lavorativa di 5 giorni = giorni lavorativi mensili (esclusi sabati, domeniche e festività) x 0,80 (min. 0,70)
- **Orario di Lavoro Mensile dedicato alle Attività Assistenziali**
- settimana lavorativa di 6 giorni = giorni lavorativi mensili (escluse domeniche e festività) x 5,67 (max 5,75)
- settimana lavorativa di 5 giorni = giorni lavorativi mensili (esclusi sabati, domeniche e festività) x 6,80 (max 6,90)

## Esempio pratico di computo del Debito Orario Contrattuale e Assistenziale su Base Mensile (Mese con 31 giorni di Calendario, con 4 sabati, 4 domeniche, 1 festività infrasettimanale)

**Tabella A: Debito Orario per settimana lavorativa di 6 giorni = 26 giorni lavorativi per il mese in esempio**

COMPUTO ORARIO DETTAGLIATO PER ISTITUTO CCNL	ORE TEORICHE PER ISTITUTO CCNL	ORE DETTRATTE PER OBBLIGO CCNL	ORE DOVUTE MASSIME
1 Ore Mensili Complessive (6,33 ore medie/giorno x 26 giorni lavorativi)	STANDARD 164,67	#	164,67
2 Ore Mensili dedicate alle Attività Non Assistenziali (variabili tra 0,58 e 0,66 ore medie/giorno x 26 giorni lavorativi)	VARIABILI: min 15,08 max 17,33	-15,08	#
4 Ore Mensili dedicate alle Attività Assistenziali (variabili tra 5,67 e 5,75 ore medie/giorno x 26 giorni lavorativi)	VARIABILI: min 147,42 max 149,50	#	149,50

**Tabella B: Debito Orario per settimana lavorativa di 5 giorni = 22 giorni lavorativi per il mese in esempio**

COMPUTO ORARIO DETTAGLIATO PER ISTITUTO CCNL	ORE TEORICHE PER ISTITUTO CCNL	ORE DETTRATTE PER OBBLIGO CCNL	ORE DOVUTE MASSIME
1 Ore Mensili Complessive (7,60 ore medie/giorno x 22 giorni lavorativi)	STANDARD 167,20	#	167,20
2 Ore Mensili dedicate alle Attività Non Assistenziali (variabili tra 0,70 e 0,80 ore medie/giorno x 22 giorni lavorativi)	VARIABILI: min 15,40 max 17,60	-15,40	#
4 Ore Mensili dedicate alle Attività Assistenziali (variabili tra 6,80 e 6,90 ore medie/giorno x 22 giorni lavorativi)	VARIABILI: min 149,60 max 151,80	#	151,80

PER LA PREDISPOSIZIONE DEI TURNI DI SERVIZIO DI UO SI CONSIGLIA DI UTILIZZARE UN FOGLIO DI CALCOLO ELETTRONICO CON I VALORI ORARI CORRISPONDENTI AD OGNI ATTIVITÀ

# ...ne Utili

a cura di Cosimo Sibilla

## Incannulamento per via centrale (seconda parte)

Anestesia Cardiovascolare (Anesthesia-Analgesia 2012; 114; 46-72)

facilitano l'accesso alle vene profonde non visibili direttamente o facilmente attraverso il derma. Alcuni anestesisti e medici di Terapia Intensiva hanno descritto l'uso degli ultrasuoni per facilitare l'accesso venoso periferico in soggetti difficili. Sandhu e Sidhu sostengono un approccio con ultrasuoni usando le immagini dell'asse lungo dei vasi e inserendo il catetere nella vena per 2,5 centimetri.

In un follow-up eseguito da medici dell'emergenza sull'introduzione di un catetere venoso in pazienti con accesso difficile, sono state poste a confronto la tecnica ecoguidata in tempo reale con la tecnica tradizionale con palpazione e punti di reperi. Il successo dell'incannulamento ecoguidato è stato più alto (97%) rispetto ai controlli (33%). Il tempo richiesto nel gruppo con ultrasuoni è stato minore (13 rispetto a 30 minuti), minore il tempo di incannulazione del vaso dalla prima puntura (4 rispetto a 15 minuti) e minor il numero di punture percutanee (1,7 rispetto a 3,7) e maggiore la soddisfazione del paziente (8,7 rispetto a 5,7) rispetto alla tecnica tradizionale. È importante rilevare che tutti gli utilizzatori degli ultrasuoni avevano partecipato a una serie di 15 ore di lezioni didattiche sugli ultrasuoni e a 100 esami con gli ultrasuoni durante il tirocinio. Un altro studio prospettico in medicina d'emergenza non ha dimostrato una riduzione del numero di punture o del tempo d'incannulamento con gli ultrasuoni o un miglioramento della soddisfazione del paziente rispetto al gruppo senza ultrasuoni. Un confronto tra l'uso della tecnica con reperi cutanei identificati con immagini ecografiche statiche e l'uso in tempo reale degli ultrasuoni per l'incannulamento venoso periferico in una popolazione di pazienti adulti non ha dimostrato un miglioramento nella frequenza del successo ma ha ridotto il tempo d'incannulamento quando sono stati usati gli ultrasuoni in tempo reale.

La cateterizzazione venosa centrale per via percutanea (PICC) è una procedura simile ma distinta. Le linee PICC sono posizionate per un lungo periodo di cate-terizzazione venosa per terapia antibiotica o chemioterapia o per l'assistenza di pazienti che richiedono un accesso venoso. La flebografia è stata la tecnica di accesso prima che due studi descrivessero l'uso degli ultrasuoni.

Sofocleous ha validato l'uso dell'ecografia rispetto alla flebografia per l'accesso centrale con una serie di 355 pazienti con un successo del 99%.

Parkinson ha rilevato un successo del 100% con l'uso degli ultrasuoni rispetto all'incannulamento alla cieca con cui in successo era dell'82%.

Robinson ha evidenziato che un gruppo dedicato alla PICC, usando gli ultrasuoni ha aumentato la frequenza di successo dal 73% al 94%, riducendo i tempi di procedura per il posizionamento del catetere e i costi medi e il numero dei cateteri utilizzati.

L'utilizzo del PICC è in via di diffusione nonostante la scarsa evidenza di una maggiore sicurezza rispetto alla tecnica tradizionale di posizionamento di un catetere venoso centrale. Il minore rischio presunto di alcune complicanze che si accompagnano al cateterismo venoso centrale come il pneumotorace e l'incannulamento involontario della arteria carotide e succlavia, è stato utilizzato come motivazioni a favore del PICC. Tuttavia i maggiori rischi di complicanze a lungo termine associate al PICC sono stati trascurati negli studi precedenti. Una recente review contesta l'uso del PICC nei pazienti chirurgici. Questo è il solo studio disponibile che confronta in diversi gruppi di pazienti tutte le complicanze importanti associate all'uso del PICC rispetto ai cateteri posizionati per via centrale.

Per l'uso del catetere per brevi periodi la posizione della punta del catetere ha scarsa importanza clinica. Per un uso di lungo periodo la posizione della punta del catetere è più importante poiché aumenta il rischio di trombosi venosa centrale, embolia polmonare e malfunzionamento del catetere se la punta del catetere non è posizionata nell'atrio destro o nella parte bassa della vena cava superiore. Dai dati disponibili si rileva che la malposizione del catetere è più

di tre volte più frequente dopo PICC rispetto all'inserimento del catetere a livello centrale. Nella pratica clinica il mal posizionamento si evidenzia con l'esecuzione della radiografia del torace dopo l'inserimento e di solito richiede la ripetizione dell'incannulamento con incremento del tempo impiegato, maggiore disagio per il paziente e aumento dei costi. Cowl ritiene che negli anziani la riduzione dei costi con l'uso del PICC rispetto al cateterismo per via centrale è in parte controbilanciato dai costi di mal posizionamento che richiedono un nuovo cateterismo. La tromboflebite causata da catetere venoso centrale oltre che causare disagio ai pazienti, richiede terapia anticoagulante (con i suoi effetti collaterali), una rimozione prematura del catetere, un re-incannulamento e aumento dei costi. La maggior parte delle trombosi venose sono asintomatiche, tuttavia possono determinare embolia polmonare o stenosi dei vasi rendendo in seguito l'accesso venoso più difficile. La stenosi venosa è particolarmente importante nei pazienti nei quali è necessario un accesso venoso prolungato (per esempio pazienti con intestino corto, insufficienza renale cronica); si è visto che l'incidenza di tromboflebiti può essere più di 10 volte maggiore con il PICC rispetto ai cateteri posizionati per via centrale. Un importante problema clinico è l'incidenza delle infezioni da catetere, che si accompagna a costi elevati e aumento della morbilità e della mortalità. È stato visto che l'incidenza delle infezioni da catetere è simile nel cateterismo dei vasi centrali per via centrale e periferica. Il malfunzionamento dei cateteri è dovuto soprattutto a occlusione o perdita che richiede la rimozione e la sostituzione del catetere con una frequenza cinque volte maggiore con il PICC.

Il rischio maggiore di malfunzionamento o mal posizionamento può essere dovuto alla sua maggiore lunghezza e minore diametro; la maggiore incidenza di tromboflebiti si accompagna con l'uso di inserimenti periferici quando si utilizzano vasi molto piccoli nei quali lo scorrimento del sangue all'interno del vaso verso la via centrale è fortemente rallentato.

La frequenza media di complicanze è due volte maggiore con il PICC rispetto al posizionamento centrale del catetere anche comprendendo in questo calcolo il pneumotorace.

In conclusione, sono disponibili pochi studi comparativi delle complicanze connessi con l'uso del PICC rispetto ai cateteri inseriti centralmente, e la maggior parte di essi hanno un alto rischio di errore in quanto non randomizzati. I rischi di disfunzione del catetere, tromboflebiti e posizione della punta del catetere sono inferiori nei cateteri posizionati centralmente rispetto al PICC.

### Raccomandazioni per l'accesso venoso periferico

Sebbene gli ultrasuoni possono identificare la presenza, la localizzazione e la pervietà delle vene periferiche, non si raccomanda l'uso di routine degli ultrasuoni per l'incannulamento venoso periferico, sebbene esistono studi che suggeriscano i vantaggi degli ultrasuoni nella PICC. Infatti, gli ultrasuoni sono utilizzati con molta efficacia nell'identificare la localizzazione e la pervietà delle vene per l'inserimento periferico di un catetere venoso centrale.

### Scelta del vaso

Il vantaggio nell'uso degli ultrasuoni come guida nel miglioramento del successo dell'incannulamento e nella riduzione delle complicanze varia in accordo alla sede scelta. Il rischio di trombosi e infezioni varia rispetto alla sede scelta per l'incannulamento ed è importante tenerne conto quando si sceglie una sede particolare. L'accesso femorale ha l'incidenza più alta d'infezioni e trombosi del 19,8% e del 21,5% rispettivamente.

Peraltro è utilizzata per un accesso d'emergenza o come linea d'accesso secondaria.

La frequenza d'infezione per la vena GI varia dal 4% all'8,6%, e la frequenza della trombosi è del

7,6%. L'accesso alla SC presenta il vantaggio di una maggiore durata del cateterismo, con la più bassa incidenza d'infezioni (1,5%-4%) e di trombosi (1,2%-1,9%).

Il rischio d'infezione e trombosi per un catetere nella vena GI è lo stesso del catetere tunnelizzato nella vena SC. I cateteri di calibro maggiore con un lume più ampio presentano un maggiore rischio d'infezione. Condizioni dovute al paziente come piastrinopenia, obesità, BPCO, infarto del miocardio, sepsi, e malnutrizione aumentano il rischio in tutte le sedi di accesso.

Le condizioni d'ipercoagulabilità, come la piastrinopenia indotta dall'eparina con trombosi, la presenza del fattore V di Leiden, la lunghezza del catetere, la pre-senza di neoplasie maligne e la durata della cateterizzazione aumentano il rischio di trombosi.

### CONFERMA DELL'ACCESSO VASCOLARE

Le complicanze dovute a un incannulamento sbagliato di un'arteria con un catetere di grosso calibro destinato a una vena vicina determinano un aumento rilevante della morbilità e della mortalità. Questo è soprattutto vero per l'incannulamento involontario dell'arteria carotide durante il cateterismo della vena GI ma vale anche per punture arteriose involontarie in altre sedi.

Un'ecografia affidabile evidenzia il filo guida nel vaso scelto prima della dilatazione e dell'inserimento del catetere ma non sostituisce la radiografia per verificare la posizione del catetere e rilevare complicanze come il pneumotorace o l'emotorace. Altre conferme tecniche dell'incannulamento venoso centrale del passaggio del filo guida con la tecnica di Seldinger comprendono la radio-scopia, la visualizzazione del filo guida con un'ecocardiografia transesofagea nella vena cava superiore o inferiore, la misurazione della pressione con una colonna liquida collegata con il catetere, l'emogasanalisi e la misura diretta della pressione.

### RACCOMANDAZIONI PER LA CONFERMA DELL'ACCESSO VASCOLARE

Si raccomanda l'uso degli ultrasuoni in tempo reale per la conferma del successo nell'incannulamento del vaso. È di vitale importanza che sia visualizzato il filo guida nel vaso scelto e le strutture adiacenti per confermare l'assenza del filo guida. Poiché vi può essere incertezza sulla posizione del filo guida con la sola proiezione trasversa, si raccomanda di misurare la pressione con un catetere riempito di liquido attraverso un tubo flessibile quando non sono usate le proiezioni longitudinali per confermare la posizione del catetere venoso. Se disponibile può dare una conferma definitiva del posizionamento in una vena centrale la visualizzazione del filo guida nella vena cava superiore o inferiore, l'ecocardiografia transesofagea o le immagini radiosopiche.

### Test d'apprendimento

Quesiti	Risposta corretta
1. Secondo le linee guida americane nel cateterismo dei vasi venosi centrali è raccomandato l'uso dell'ecografo?	a) no; b) sì; c) in casi specifici b
2. Nella pratica clinica negli Stati Uniti nel cateterismo dei vasi centrali dei bambini è:	a) utilizzato in meno del 30% dei casi; b) è obbligatorio l'uso in tutti i pazienti; c) è utilizzato in quasi tutti i pazienti a
3. Nei bambini con l'abduzione e l'extra rotazione dell'anca la sovrapposizione tra vena e arteria femorale:	a) aumenta; b) si riduce; c) non si modifica b
4. Nel cateterismo della vena femorale dei bambini con l'uso dell'ecografo il successo alla prima puntura:	a) aumenta di poco; b) non varia; c) aumenta c
5. Nel cateterismo ecoguidato della vena femorale nei bambini la frequenza della puntura arteriosa:	a) aumenta; b) diminuisce; c) non varia b
6. La difficoltà del cateterismo dell'arteria femorale rispetto alla vena femorale è:	a) simile; b) minore; c) maggiore c
7. La frequenza del successo nel cateterismo ecoguidato dell'arteria femorale rispetto alla tecnica dei reperi cutanei è:	a) aumentata; b) uguale; c) aumentata in presenza di condizioni anatomiche particolari c
8. Nel cateterismo venoso periferico l'uso degli ultrasuoni è:	a) raccomandato; b) non esiste letteratura al riguardo; c) sconsigliato c
9. L'incidenza di trombosi e d'infezione nel cateterismo della vena giugulare interna rispetto a quella della vena succlavia è:	a) più alta; b) più bassa; c) simile b
10. L'uso del PICC nei pazienti chirurgici	a) è raccomandato; b) è sconsigliato; c) non esistono studi al riguardo b

### FORMAZIONE

Recentemente sono state descritte numerose tecniche di addestramento per l'incannulamento venoso centrale ecoguidato. Tutte le modalità di formazione devono prendere in considerazione l'importanza dell'apprendimento di competenze conoscitive e psicomotorie.

La formazione deve prevedere la capacità dell'acquisizione delle immagini, la loro interpretazione, l'uso in tempo reale degli ultrasuoni per la puntura vasale e per l'incannulamento, e un istruttore esperto che dimostri al tirocinante come utilizzare le immagini bidimensionali per eseguire una manovra tridimensionale. La tecnica usata per migliorare la sicurezza della procedura con la guida dei reperi cutanei non deve essere abbandonata durante l'ecografia, ma piuttosto le immagini ecografiche dovrebbero migliorare la sicurezza della tecnica usata durante la formazione con la guida dei reperi. La formazione completa dovrebbe comprendere una combinazione di lezioni didattiche, dimostrazioni in vivo o simulate, e la guida di un ecografista esperto.

La formazione dovrebbe ridurre la frequenza d'insuccessi di incannulamenti ecoguidati, e infine migliorare la sicurezza. Non è disponibile una letteratura specifica che indichi il numero di procedure necessarie per sviluppare la competenza nell'esecuzione dell'incannulamento vascolare ecoguidato in tempo reale, in quanto i medici acquisiscono la competenza e sviluppano una manualità in tempi diversi. È opinione degli esperti con più di 10 anni di esperienza con questa tecnica che la formazione comprenda un minimo di dieci procedure eseguite con la guida di un utilizzatore esperto. Si raccomanda che ognuno acquisisca le conoscenze necessarie, sviluppi la necessaria manualità, ed esegua 10 procedure di accesso vascolare ecoguidato sotto una supervisione per evidenziare la capacità di eseguire autonomamente questa tecnica.

Una parte di questa formazione può avvenire in un ambiente simulato che permetta la pratica per sviluppare la manualità necessaria per manipolare la sonda e contemporaneamente inserire l'ago. È preferibile che la formazione sia realizzata in una sede particolare, in modo tale che sia prioritario l'apprendimento della tecnica ecografica rispetto alla conoscenza ecografica delle diverse sedi. Tuttavia, una volta che la tecnica con ultrasuoni è acquisita, i principi possono essere usati per l'accesso ai vasi senza la necessità di una supervisione. Questa formazione è necessaria per conoscere i dati clinici relativi supportati dalla letteratura. È molto importante che l'operatore abbia una buona conoscenza dell'anatomia degli ultrasuoni dei vasi scelti, sia capace d'identificare il punto ottimale d'entrata, la corretta angolazione dell'ago, e conosca i limiti della tecnica ecoguidata. Non devono essere abbandonate la sicurezza tecnica usata con la tecnica dei reperi cutanei, come l'angolazione dell'ago diretto lateralmente quando si usano gli ultrasuoni, ma piuttosto tali capacità dovrebbero migliorare con le immagini a ultrasuoni. Per esempio se le immagini a ultrasuoni evidenziano un'importante sovrapposizione vasale, e se si deve scegliere un punto di entrata nel vaso più latero-laterale, questo si deve considerare come informazione utile migliorare la sicurezza nell'incannulamento e ridurre il rischio di complicanze.

# Competenze infermieristiche, accordo difficile

**L'iter del provvedimento che ha sollevato e continua a sollevare reazioni**

La "Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico" è il documento del Tavolo Congiunto Ministero Regioni sui profili professionali delle professioni sanitarie, che ha iniziato i lavori nel dicembre 2011. Da allora il provvedimento sta provocando, nel suo difficile percorso, le reazioni delle diverse figure professionali coinvolte, primi fra tutti i medici.

L'AAROI-EMAC è stata la prima, tra le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Sanitaria, ad individuare molti punti critici della bozza di Accordo. Lo aveva fatto anche attraverso un documento del luglio 2012, indirizzato all'allora Ministro della Salute, Renato Balduzzi, e al Presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, in cui si chiarivano i diversi punti di dissenso e venivano individuati i vari fattori di rischio.

In particolare, si riscontravano elementi di illegittimità nell'attribuzione agli infermieri di competenze professionali che presuppongono lo svolgimento di attività di diagnosi e di prescrizione terapeutica. Veniva inoltre sottolineato lo stretto rapporto esistente tra competenze e responsabilità professionali, che devono andare di pari passo e non possono essere soggette ad un atto di delega. Il documento AAROI-EMAC, tra le altre cose, auspicava che fossero chiariti i limiti tra le due professioni, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze (art. 1 comma 2 della Legge 42/1999), a tutela non solo degli interessi dei medici e degli stessi infermieri, ma anche dei cittadini utenti.

La bozza di Accordo ha poi proseguito il suo iter fino ad ottenere il parere favorevole della Commissione Salute delle Regioni nel febbraio 2013. Passaggio che ha sollevato nuovamente le reazioni dei Sindacati medici, in particolare per la completa assenza di un confronto con le parti sindacali e con gli ordini professionali.

Richiesta accolta soltanto lo scorso ottobre, quando le OOSS della Dirigenza Medica e Sanitaria sono state convocate per un incontro con i rappresentanti del Ministero e il rappresentante del Coordinamento delle Regioni per discutere sulla implementazione delle competenze dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico. In quell'occasione Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI EMAC, ha espresso alcune delle per-

plexità sulla nuova versione della bozza di Accordo: "Lo snellimento che è stato apportato al documento è preoccupante perché lascia troppo spazio e libertà alle regioni; l'assenza di regole precise potrebbe portare ad una deregolamentazione di una materia così delicata che, ovviamente, impatta sulla salute pubblica. Sono sparite regole di mansionario della prima versione troppo rigide, ma la categoria di professionisti che rappresenta è preoccupata da alcune procedure (INDIA, Perimed, See and Treat) avviate in alcune Regioni.

In situazioni di urgenza le azioni dell'infermiere possono essere giustificate, ma fino ad un certo punto, perché le multi-competenze e le multiprofessionalità che si vogliono attribuire a questa figura non possono sopperire alla professionalità dei medici. Il problema potrebbe essere superato soltanto con una corretta definizione dei ruoli e delle responsabilità, e non, come invece si pretende di fare, attraverso "deleghe in bianco" all'infermiere da parte del medico, che da tali procedure è di fatto obbligato, oborto collo, ad assumersi tutti i rischi di "validare a distanza", per telefono, diagnosi e terapie, nel mentre è già impegnato ad assistere altri pazienti".

A distanza di qualche giorno dall'incontro, alcune sigle dell'Intersindacale della Dirigenza Sanitaria, tra cui l'AAROI-EMAC, per ribadire i punti critici che permangono nella bozza di Accordo, hanno inviato una lettera (box in basso) al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, per sottolineare ancora una volta la necessità di apportare importanti modifiche al documento.

Il tentativo di continuare il dialogo non è stato apprezzato, in particolare, dall'Ipasvi e dal Nursing up, che hanno reagito pesantemente considerando la lettera dell'Intersindacale addirittura una "dichiarazione di guerra". Altre sigle sindacali, non firmatarie della lettera, hanno chiesto un immediato incontro per condividere l'iter di conclusione del percorso per l'approvazione definitiva del documento.

Nel dibattito mediatico è intervenuto anche Saverio Proia, Dirigente del Ministero della salute, e promotore dell'Accordo, che in un articolo pubblicato da Quotidiano Sanità ha manifestato la sua sorpresa rispetto all'intervento dell'Intersindacale e il timore che si possa aprire un conflitto interno al personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Al momento, nonostante i tanti interventi che nell'arco di un mese sono stati pubblicati sui media, non è ancora chiaro quali saranno i prossimi passaggi.

## Hanno detto

*"Interpretando la voce dei miei colleghi devo dire che questa lettera è stata vista come una dichiarazione di guerra... Se questo deve essere l'intento vorrà dire che cominceremo anche noi a prepararci alla guerra per affrontarla con tutta la nostra forza"*

**Annalisa Silvestro - Presidente Ipasvi  
 Quotidiano Sanità - 21 Novembre 2013**

*"È ormai consolidato il fatto che una professione, in questo caso l'infermiere, possa esercitare, se debitamente formato ed eventualmente con protocolli concordati, competenze non esclusive della professione medica nella giurisprudenza e nella normativa"*

**Saverio Proia - Dirigente Min. Salute  
 Quotidiano Sanità - 25 Novembre 2013**

*"Si insiste nell'allargare le competenze di qualcuno a scapito di qualcun altro, oltre tutto per discutibili motivi economicistici, a dispetto delle relazioni interprofessionali"... "penso che queste meravigliose professioni meritino un pensiero strategico più avanzato che consenta loro di coevolvere insieme"*

**Ivan Cavicchi  
 Quotidiano Sanità - 03 Dicembre 2013**

## La lettera indirizzata al Ministro Lorenzin e al Presidente della Conferenza Stato-Regioni

**ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FVM - FASSID - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - SDS SNABI - AUIPI - SINAFO**

On. Beatrice Lorenzin  
 Ministro della Salute

e, per conoscenza

Al Presidente Conferenza Stato Regioni  
 Al Coordinatore Commissione salute delle Regioni  
 Al Presidente Comitato di Settore Comparto Sanitario

Roma 20 novembre 2013

Con riferimento all'incontro avvenuto presso il Ministero della salute il 28 ottobre u.s., concernente la "Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico", anche alla luce delle posizioni espresse in tale occasione, l'unica, nell'iter di tale accordo, in cui sono state convocate le OOSS della Dirigenza Medica e Sanitaria, si intende rappresentare quanto segue.

Nel demandare all'Accordo Stato-Regioni la ridefinizione delle suddette competenze e responsabilità emergono alcune criticità, oltre che sul piano dei rapporti con le altre professioni, quella medica in primis, anche sotto altri profili: normativo, giuridico, contrattuale.

Configurandosi, infatti, tali modifiche come una legittimazione ad esercitare, de facto, competenze proprie di altre categorie professionali, le quali dovrebbero essere definite parallelamente de jure, appare appropriato uno specifico percorso legislativo, anche per evitare conflitti di ruoli e di responsabilità che sarebbero inevitabilmente generati dalla conseguente confusione nei rispettivi ambiti.

Nella sua impostazione generale l'intero articolato della Bozza di Accordo oggetto dell'incontro prevede esplicitamente, per competenze professionali che dovrebbero rispettare criteri uniformi a livello nazionale, una potenziale differenziazione nei diversi contesti regionali, e addirittura in quelli locali, attraverso accordi pattizi sconosciuti alla legislazione in materia. Il comma 3 dell'articolo 3 riconosce, addirittura, alle singole Università

un'autonoma discrezionalità, fonte di ulteriore disomogeneità applicativa delle regole. Ciò, nonostante il comma 2 dell'art. 1 si proponga di riportare le applicazioni finora declinate come esperienze regionali e aziendali nell'alveo di una vision meno frammentata della mission, in capo al nostro SSN, di garanzia al cittadino/paziente.

Inoltre, l'art. 3 parrebbe mettere sullo stesso piano le esigenze regionali con quelle professionali, quasi che queste ultime rappresentino un fine, e non invece un mezzo, di garanzia della salute (comma 2) ed afferma, in sostanza, che le pattuizioni decentrate costituiranno elementi di vincolo alla contrattazione nazionale, invertendo in questo modo il loro rapporto con precisi criteri nazionali di garanzia procedurale (comma 4).

Un'ulteriore criticità emerge dall'ipotesi di percorsi formativi del tutto confondibili con i percorsi di specializzazione universitaria previsti per l'area medica. Essi, infatti, rappresenterebbero, con ogni probabilità, una legittimazione specialistica di quegli stessi master, già in essere, che hanno finora di porsi in una prospettiva di completa indipendenza istituzionale rispetto alla formazione professionale del personale del SSN, talora autoreferenziano le proprie qualifiche formative. Non è un caso che proprio alcuni master abbiano condotto, per esempio, a correnti di pensiero che già oggi considerano erroneamente legittime, per l'infermiere, potestà "certificatorie" che la legge riserva invece esclusivamente al medico, sostenendo che la compilazione infermieristica della scheda di triage in PS o in Emergenza Territoriale rappresenti una certificazione stilata da pubblico ufficiale, mentre trattasi, a norma di legge, di un'attestazione redatta da incaricato di pubblico servizio. Né appare, comunque, condivisibile il fatto che, ancora una volta, la formazione professionale di personale del SSN sia appaltata ad una diversa istituzione, attraversata peraltro da una innegabile crisi, senza nemmeno una verifica delle capacità formative disponibili.

Alla luce di quanto esposto si chiede alla S.V. di voler riconsiderare l'iter previsto per il provvedimento esaminato, prevedendo ulteriori e più specifici momenti di confronto sulle procedure da adottare, necessariamente supportati da studi di fattibilità in un più globale disegno di razionalizzazione degli effettivi fabbisogni, anche al fine di apportare al testo le necessarie modifiche.

Distinti saluti.

# CHI POTRÀ ANDARE IN PENSIONE NEL 2014

**Anzianità, vecchiaia o totalizzazione. I traguardi previsti dal decreto "Salva-Italia" di fine 2011**



Nuovi traguardi per le pensioni a partire dal 2014. Non si tratta di una nuova riforma, ne abbiamo avute anche troppe, ma degli effetti delle disposizioni previste dal decreto «salva-Italia» di fine 2011 (Dl 201/2011, convertito dalla legge 214/2011).

## Le pensioni di vecchiaia

Gli uomini sia del pubblico impiego, sia del privato, e le donne (solo del pubblico) potranno andare in pensione di vecchiaia con 66 anni 3 mesi di età: gli stessi requisiti in vigore nel 2013. Le donne dipendenti del settore privato, invece, vedranno innalzarsi i requisiti di 18 mesi. Si passa dai 62 anni e 3 mesi del 2013 ai 63 anni e 9

mesi previsti per il 2014. L'aumento è limitato a 12 mesi per le donne lavoratrici autonome, che potranno accedere al pensionamento di vecchiaia con 64 anni 9 mesi. Naturalmente, il requisito anagrafico non è sufficiente, occorrono, anche, almeno 20 anni di contributi. L'accesso alla pensione è subordinato altresì alla risoluzione del rapporto di lavoro e può essere ammesso anche con 15 anni di contributi, a condizione che questa anzianità si collochi temporalmente entro il 31 dicembre 1992 (circolare Inps 16/2013).

## Le pensioni di anzianità

Sul fronte delle pensioni di anzianità, anche per il prossimo anno è confermata la possibilità, per le donne, di accedere con il regime speciale previsto dalla legge 243/2004 (articolo 1, comma 9), optando, però, per il sistema di calcolo contributivo. Con 57 anni e 3 mesi di età, 35 anni di contributi e con uno scivolamento di 12 mesi legato ancora alla finestra mobile (che in questo caso continua a trovare applicazione) potranno riscuotere un assegno pensionistico calcolato con le regole del sistema contributivo. È certamente una soluzione meno favorevole in termini economici rispetto alla pensione ex retribuitiva o anche mista, ma che consente un accesso anticipato alla prestazione anche di cinque e più anni. Possono ricorrere a questa possibilità le donne del settore privato nate entro agosto 1957 e che maturano i 35 anni di contributi entro novembre 2014. Conti alla mano, riusciranno a perfezionare la finestra entro novembre 2015 e quindi accedere alla pensione il 1° dicembre 2015. Sono «salve» le donne del pubblico, classe 1957, se nate entro settembre, con perfezionamento del requisito contributivo entro il 30 dicembre 2014. Per loro la pensione potrà avere decorrenza anche dal 31 dicembre 2015. Au-

mentano di un mese i requisiti richiesti per accedere al pensionamento anticipato previsto, però, con elevate anzianità contributive: 41 anni 6 mesi per le donne, 42 anni 6 mesi per gli uomini. Nessun problema per coloro che accederanno alla pensione con un'età non inferiore a 62 anni. Per gli altri, invece, bisognerà verificare se l'anzianità contributiva derivi da prestazione effettiva di lavoro, includendo i periodi di astensione obbligatoria per maternità, per l'assolvimento degli obblighi di leva, per infortunio, per malattia, cassa integrazione guadagni ordinaria, e periodi di riscatto finalizzati alla costituzione di rendita vitalizia. In caso contrario, saranno applicate le penalizzazioni pari all'1% per ogni anno di anticipo rispetto ai 62, che saliranno al 2% per ogni ulteriore anno rispetto ai 60.

## La totalizzazione

I soggetti con contribuzioni accreditate in diverse gestioni previdenziali che non vogliono ricongiungere le varie posizioni, possono accedere alla pensione in regime di totalizzazione con 65 anni e 3 mesi di età e almeno 20 anni di contributi. La pensione potrà essere riscossa non prima di 18 mesi dal perfezionamento dei requisiti. Per i soggetti che accedono alla pensione, indipendentemente dal requisito anagrafico, saranno richiesti 40 anni e 3 mesi di contributi. In questo caso, la finestra mobile subirà un ulteriore posticipo di tre mesi. Questa pensione comporta l'applicazione del sistema di calcolo contributivo, tranne nel caso in cui in una delle gestioni risulti perfezionato un diritto autonomo. In questo caso, limitatamente a questa gestione, il sistema di calcolo seguito sarà quello proprio dell'ordinamento di appartenenza.

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali

## LE SCADENZE PER IL 2014

### 63 anni e 9 mesi

*Donne dipendenti nel privato e nel pubblico*

Si innalzerà di 18 mesi, l'anno prossimo, il requisito anagrafico richiesto alle lavoratrici dipendenti del settore privato per accedere alla pensione di vecchiaia.

Le lavoratrici del pubblico accedono alla vecchiaia con 66 anni e 3 mesi (come i colleghi maschi).

### 64 anni e 9 mesi

*Donne autonome nel privato*

Aumenta di 12 mesi, dal 2014, il requisito per accedere alla pensione di vecchiaia per le lavoratrici autonome del settore privato.

Come per le dipendenti, è necessario aver perfezionato anche 20 anni di contributi.

### 42 anni e 6 mesi

*L'anticipata per gli uomini*

Sale di un mese, dal 2014, l'anzianità contributiva necessaria agli uomini per accedere alla pensione anticipata: 42 anni e sei mesi.

La soglia si innalza anche per le lavoratrici, passando a 42 anni e 6 mesi.

Sotto i 62 anni di età, possono scattare le penalizzazioni.

### 31 dicembre 2015

*La scadenza per le donne «optanti»*

È la data entro la quale deve scattare la pensione per le lavoratrici che scelgono di anticipare l'assegno di anzianità, optando per il sistema di calcolo contributivo.

La domanda va presentata tenendo conto delle finestre di 12 mesi per le dipendenti e di 18 mesi per le autonome

## Medico inadempiente? Doppia prova

**La decisione in una nuova sentenza della Cassazione**

Avere assolto in modo esatto l'obbligazione sanitaria e avere osservato i doveri informativi verso il paziente. Ecco in cosa consiste la doppia prova a carico del medico che sia stato accusato di inadempimento. L'ha deciso la Cassazione con la sentenza 24109 del 2013. Il paziente, invece, deve solo provare l'esistenza del contratto e allegare un inadempimento qualificato, idoneo a produrre l'evento dannoso.

«Ad aprire la questione, la citazione in giudizio promossa da una coppia, nei confronti di un istituto di ricovero dove la donna aveva partorito, con taglio cesareo, il suo terzo bambino. In quell'occasione i sanitari le consigliano di procedere alla sterilizzazione chirurgica per evitare altre e indesiderate gravidanze. La signora si sottopone all'intervento ma, a distanza di qualche mese, resta nuovamente incinta di due gemelli, dato che, dopo l'intervento, non ha adottato alcuna precauzione. Di qui l'azione per responsabilità medica, visto il disagio, anche economico, dovuto alla crescita della famiglia e alla decisione della donna, divenuta necessaria, di lasciare il lavoro.

La domanda viene respinta dai giudici di merito e la coppia fa quindi ricorso per Cassazione. I giudici di appello – si legge nel ricorso – hanno bocciato la pretesa ritenendo che la donna non abbia provato il contenuto dell'obbligazione. Ma in realtà, afferma il legale della donna, è a carico dei sanitari dimostrare che il danno era dipeso

da un evento imprevisto e imprevedibile. È stato violato, inoltre, l'obbligo informativo circa la possibilità che la sterilizzazione potesse avere esito negativo.

La Cassazione concorda. Il mancato raggiungimento del risultato – spiega la Corte – determina l'inadempimento quando deriva da una «non diligente prestazione» o da una «colpevole omissione dell'attività sanitaria». Inoltre, «l'inadempimento (o l'inesatto adempimento) consiste nell'aver tenuto un comportamento non conforme alla diligenza richiesta, non solo con riguardo alla corretta esecuzione della prestazione sanitaria ma anche con riferimento a quei doveri di informazione e di avviso, definiti prodromici e integrativi dell'obbligo primario della prestazione». Le ragioni dei coniugi, pertanto, sono fondate. Infatti, precisa la sentenza, rientra tra le comuni conoscenze di un ginecologo (ma non anche di una paziente) che la legatura delle tube eseguita in occasione di un parto cesareo non assicura l'irreversibilità della sterilizzazione. Di conseguenza, l'informativa dei sanitari non doveva esaurirsi in notizie generiche sull'operazione, ma doveva investire – visto l'obiettivo perseguito dalla donna – «i profili di incertezza» della sua definitività. Ai coniugi, invece, è stato fatto sottoscrivere un modulo nel quale sono stati informati «dell'irreversibilità dell'intervento». Un'informativa, afferma la Cassazione, non solo «inesatta» ma anche «fuorviante», tanto da «incidere in maniera determinante sul valido e corretto processo formativo della volontà» della coppia in relazione alla scelta del momento, e del contesto operatorio, in cui eseguire l'intervento. Del resto, la Corte d'appello non ha accertato l'assolvimento del dovere d'informazione, ma si è limitata a sostenere che la notizia corretta sulla possibilità d'insuccesso «potrebbe essersi stata», senza chiarire però da quali elementi avesse tratto tale ipotesi e per quale ragione questi elementi avessero valenza probatoria. I giudici di legittimità cassano quindi la sentenza, con rinvio per un più approfondito esame del caso. (fonte: *ILSole24Ore*)

## Il Tar del Lazio dà ragione ai Sindacati

**Illegittimo l'aumento del 10% sulle tariffe intra moenia**



Il 14 novembre 2008 il Presidente della Regione Lazio, in qualità di Commissario ad acta, emetteva il decreto n.40 con il quale rideterminava la misura della trattenuta aziendale relativa all'attività libero professionale, prevedendo un aumento del 10% delle tariffe delle prestazioni libero professionali. Incremento che sarebbe dovuto essere considerato quale quota destinata al ristoro delle spese di gestione sostenute, per la suddetta attività, dalle Aziende sanitarie. AAROI-EMAC, insieme ad altri sindacati ha impugnato il decreto deducendo vizi di violazione di legge e di eccesso di potere. Ecco la decisione del Tar del Lazio.

«Il Tar per il Lazio, Sez. III quater, con sentenza n. 9253/2013 depositata il 29.10.2013, ha accolto il ricorso collettivo presentato dall'AAROI-EMAC, unitamente ad altri, per l'annullamento del Decreto del Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario ad Acta n. 40 del 14.11.2008.

Con tale decisione è stato accertato che l'incremento del 10% della tariffa delle prestazioni libero professionali intra moenia, non trova giustificazione in una corrispondente percentuale dei costi non coperti dalla tariffa, e che comunque l'aumento tariffario del 10% era stato disposto in contrasto con la vigente normativa, per coprire il deficit sanitario della Regione.

Tale sentenza fa seguito a precedente sentenza istruttoria n. 3755/2013 con cui il medesimo Tar aveva ordinato alla Regione Lazio di depositare la prova dell'effettivo aumento dei costi sostenuti dalle aziende in relazione alla attività intra muraria, e la prova delle informative che la Regione asseriva di aver reso alle organizzazioni sindacali in ordine all'intenzione di incrementare al 10% la tariffa a carico dell'utente del servizio.

Gli avvocati dell'AAROI-EMAC, vista la documentazione depositata in giudizio dalla Regione, avevano ribadito la mancanza di prova di un rilevante aumento dei costi, l'assenza di concertazione della tariffa con le organizzazioni sindacali rappresentative della categoria, la reale destinazione dell'incremento tariffario del 10% a ripianare i disavanzi della sanità laziale, la mancanza dello svolgimento di una effettiva istruttoria prima dell'adozione del provvedimento e la violazione dell'art. 20 della delibera della Giunta regionale n. 342 dell'8.562008.

La sentenza depositata a conclusione del giudizio ha dunque accolto il ricorso, ribadendo la necessità che il Commissario ad Acta, verifichi per il futuro che le aziende sanitarie rispettino la necessaria fase partecipativa, trasmettendo i dati idonei a giustificare l'incremento delle tariffe.



# La Sanità alla ricerca del ben-essere lavorativo

**Gli individui non devono essere considerati portatori di problemi, ma l'origine delle soluzioni**

Il benessere nelle organizzazioni, lavorative in generale e in Sanità in particolare, non va inteso solo come assenza di mobbing, stress, burnout e altri sintomi di disagio, ma come uno stato di armonia con se stessi, con gli altri e con l'ambiente fisico, sociale e culturale in cui si opera.

È importante valutare il livello di "salute organizzativa" dei dipendenti che faccia emergere la "percezione" che gli stessi hanno del proprio vissuto organizzativo.

Affrontare il tema del benessere in Sanità non è cosa semplice: gli operatori sanitari sono impegnati sia nell'erogazione di un servizio professionale all'utenza, ma anche nella complessa gestione dei vissuti emotivi legati alle relazioni con i pazienti, i familiari dei pazienti oltre che con i colleghi. Nonostante l'impegno delle aziende e delle persone nel cercare di creare ambienti di lavoro positivi, la qualità della vita lavorativa individuale e il benessere organizzativo sono obiettivi ancora lontani da raggiungere.

Negli ultimi anni si è verificato un radicale cambiamento nei sistemi sanitari dal punto di vista organizzativo e negli aspetti più professionali.

Il lavoratore si trova di fronte alla necessità di sviluppare competenze sempre più fluide e versatili per garantire una rapida adattabilità a condizioni in cui il lavoro è più.

Si apre un'era nuova che impone modi diversi di stare nelle organizzazioni, di concepire il lavoro, di gestire le proprie ansie, sofferenze, illusioni e di pensare al proprio progetto di vita (Perini, 2007).

Questo cambiamento continuo rende più insicuri i confini tra organizzazione e mondo esterno, generando un ambiente discordante con la necessità di promuovere e rafforzare l'identità sociale.

Oggi, molto più che in passato, il tema del "Benessere Organizzativo" si impone all'attenzione di un numero sempre maggiore di organizzazioni lavorative, per conoscere le trasformazioni in atto e per prevenire sintomi emergenti e nuovi rischi psicosociali.

Nelle strutture sanitarie, i rischi psico-sociali, "quell'insieme delle variabili organizzative, gestionali, ambientali e relazionali che possono causare un danno psicologico, sociale o fisico alle persone (Cox & Rial-Gonzales, 2002), nonché determinare effetti negativi in termini di efficienza e di immagine a livello organizzativo, economico, sociale e ambientale" (De Carlo, Falco & Siragusa, 2008), stanno assumendo una dimensione complessa: il personale è esposto a pericoli per la salute che comprendono non solo agenti chimici, fisici e biologici, ma anche la tensione legata alla natura del lavoro e alla sua organizzazione. Uno dei rischi psicosociali più frequenti appare quello legato allo stress lavoro correlato inteso come "una risposta psicofisica che emerge quando le richieste del lavoro superano le risorse o le capacità del lavoratore di farvi fronte o si scontrano eccessivamente con i suoi bisogni" (D.lgs 81/08).

Il personale ospedaliero, nel percorso di cura, a contatto con le sofferenze delle persone costituisce una categoria lavorativa altamente a rischio. Amplificano il problema il contesto ed il clima lavorativo, con le loro variabili.

Da paracadute potrebbe fungere la promozione del benessere nei contesti lavorativi, un processo socio-politico globale, che, attraverso azioni finalizzate al consolidamento delle capacità e delle competenze degli individui, potenzia le condizioni sociali, ambientali ed economiche, e limita l'eventuale impatto negativo.

Lo sviluppo del ben-essere sul luogo di lavoro si traduce nel ben-fare organizzativo, in termini di sviluppo di efficacia ed efficienza sui luoghi di lavoro e superamento di fenomeni negativi: bassi livelli di motivazione, alto turnover, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza d'impegno e difficoltà ad offrire servizi di qualità.

## Salute e Benessere Organizzativo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (1948) definì la salute come: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità".

Alcuni psicologi, come Avallone e Paplomatas (2005), hanno definito il benessere organizzativo come: "l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative".

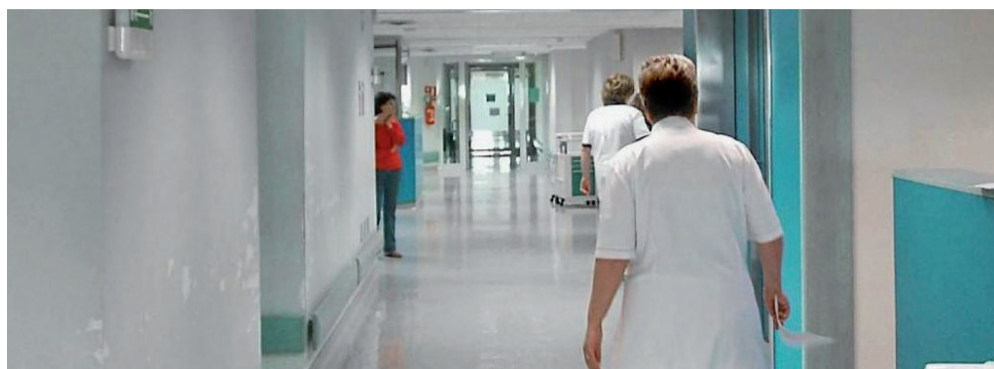
Per questi studiosi, i concetti di benessere e di salute, fanno riferimento alla capacità di un'organizzazione di crescere e di svilupparsi promuovendo un adeguato grado di benessere psico-fisico tra i lavoratori e alimentando costruttivamente la convivenza sociale, quel "vivere insieme" che si realizza nei contesti di lavoro, dove non solo si spende buona parte del tempo di vita ma si investono molte energie, emozioni e speranze, che negli ultimi tempi, sta andando in crisi.

Il benessere organizzativo risiede nella qualità della relazione esistente tra le persone e il loro contesto di lavoro: quanto più l'attività svolta dall'individuo sarà espressione della sua natura fisica, psicologica e sociale, tanto migliore sarà il risultato, anche in termini economici.

## Uno scatto in azienda

L'indagine sul benessere organizzativo in azienda rappresenta un valido strumento per conoscere e far emergere la percezione del grado di soddisfazione dei dipendenti e l'immagine che hanno della struttura di appartenenza.

Si tratta di una valutazione di processo che prevede: 1) una valutazione preliminare; 2) un'individuazione delle criticità; 3) misure correttive; 4) una post valutazione, con la possibilità di mettere in atto altri interventi.



Gli obiettivi che si desidera raggiungere mirano a rilevare aspetti caratteristici della percezione del benessere organizzativo da parte dei lavoratori; fornire modello di intervento per la promozione del benessere al lavoro; individuare presenza di criticità legate a fattori di rischio psicosociale; capire se e quali caratteristiche dell'ambiente di lavoro appaiono correlati a qualche forma di disagio individuale al fine di delineare possibili strategie di prevenzione; sottolineare i "punti di forza" dell'organizzazione da mantenere e valorizzare.

Un'organizzazione può considerarsi in buona salute se (Avallone e Paplomatas, 2005): allestisce un ambiente di lavoro confortevole; pone obiettivi chiari ed è coerente tra enunciati e prassi operative; valorizza le competenze e gli apporti dei singoli; ascolta le istanze dei dipendenti, considerando le proposte come elementi che contribuiscono al miglioramento dei processi organizzativi e decisionali; vi è la presenza di processi di negoziazione, in cui viene riconosciuta "l'esistenza" delle due parti (dirigenza-dipendenti); rende disponibili le informazioni pertinenti il lavoro; stimola un ambiente collaborativo; mantiene livelli tollerabili di stress; incoraggia nei dipendenti, il senso di utilità sociale, contribuendo a dar senso alla giornata lavorativa dei singoli; adotta le azioni necessarie a prevenire gli infortuni e i rischi professionali; è aperta all'innovazione tecnologica e culturale e agli scambi con l'ambiente esterno.

L'esito di tale atteggiamento proattivo può produrre: soddisfazione per l'appartenenza all'organizzazione e per le relazioni interpersonali costruite; disponibilità a lavorare oltre il dovuto; percezione di appartenere ad una "squadra"; ed infine condivisione dell'operato e dei valori espressi dall'organizzazione.

In mancanza della sopraindicata strategia si possono al contrario produrre i seguenti effetti negativi: rifiuto o difficoltà di recarsi al lavoro; assenteismo; scarsa collaborazione tra colleghi; disturbi psicologici e psicosomatici; scarsa partecipazione emotiva all'attività nell'ambito dell'organizzazione.

Per concludere, il concetto chiave è che bisogna interessarsi agli individui non più soltanto per ciò che fanno, ma per ciò che sono. Si passa

da una logica del "preoccuparsi degli individui" a quella dell' "occuparsi delle persone".

Le persone nei contesti lavorativi vogliono essere viste, è importante a tale scopo cercare di lasciare da parte temporaneamente il "fare" per dare spazio al sentire, al percepire, alla riflessione che corrisponde alla porta d'accesso per ognuno di noi per comprendere la realtà delle situazioni, degli eventi, per trovare delle soluzioni creative, più mirate ed efficaci. L'individuo non deve rappresentare un portatore di problemi, ma un portatore e origine delle soluzioni.

*Caterina Ravenna, Psicologa*

NB: La versione integrale del testo è disponibile online sul sito [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)

## Il Comitato Unico di Garanzia (CUG)

L'articolo 21 della Legge n. 183 del 4 novembre 2010 prevede che le Pubbliche Amministrazioni, costituiscano al proprio interno il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni". Il CUG ha composizione paritetica, è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione. Sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing. Il presidente del Comitato unico è designato dall'amministrazione.

Il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica; attiva piani di azioni positive triennali, collabora con enti di eguali finalità, viene consultato e chiamato nella contrattazione decentrata ogniqualvolta debbano essere adottati atti interni nelle materie di competenza dello stesso. Uno degli aspetti oggi più importanti da affrontare ritengo sia quello dello stress lavoro correlato e del benessere organizzativo.

*Teresa Matarazzo*

*Vice Presidente AAROI-EMAC Area Nord  
 Coordinatore Organizzazione e Immagine*

# Vita da Anestesista Rianimatore, figura spesso dimenticata

**Il romanzo d'esordio di Roberta Mauro che racconta delle giornate di lavoro nei reparti intensivi degli ospedali**



"Bisogna solo aspettare", romanzo d'esordio di Roberta Mauro, dirigente medico di Anestesia e Rianimazione presso l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma. Questo romanzo è incentrato sulla vita nei reparti intensivi degli ospedali. I protagonisti sono quattro medici anestesisti rianimatori romani durante una tipica giornata di lavoro. I loro turni di dodici ore sono pieni di concentrazione, stress, ansie, paure; familiari che varcano le porte dell'ospedale in cerca di qualcuno che dia loro aiuto, che presti loro cure ed attenzione; pazienti che non possono fare altro che guardare il soffitto e quello che li circonda aspettando la propria guarigione e il giorno più felice: quello della dimissione; malati terminali per i quali la fine non può essere evitata, e altri per i quali l'attesa, purtroppo, è l'unica speranza. Il dolore e l'ansia dell'incertezza vista attraverso gli occhi dei pazienti e dei medici che, a causa di un tragico incidente, si troveranno a capire quello che si prova nell'ascoltare le faticose parole: "Bisogna solo aspettare".

Perché un medico che lavora da anni in ospedale decide di scrivere un romanzo? La Dottoressa Mauro ha voluto testimoniare alcune storie più significative accadute nel suo lavoro. La sua testimonianza ci dice che noi medici viviamo una grande realtà, ricca di persone, siano essi pazienti, familiari o medici, e, soprattutto di storie; tutti hanno qualcosa da raccontare. Per una volta ha cercato di scrivere quello che non tutti sanno, quello che è coperto alla vista del pubblico dallo schermo del camice bianco. Ciò che Le premeva far conoscere a chi non

vive nell'ambiente è soprattutto l'anestesista rianimatore, che di solito è la figura professionale che il paziente tende a dimenticare. Normalmente si ringrazia il chirurgo, e la sua equipe, invece l'anestesista è quello che il malato non ricorda, è quello che ti fa dormire e ti fa svegliare bene, ma il cui volto si perde tra i vapori dell'anestesia. Un'altra figura sfuggente per i degenti, ma centrale nel romanzo è quella del rianimatore, che purtroppo entra nelle vite della gente nei momenti peggiori. Il paziente per tanti motivi non ricorda e il parente, una delle figure con cui si ha più a che fare, anche se si incontra casualmente ha quasi il timore di salutarti, perché rappresenti un periodo talmente brutto della sua vita che vuole solo dimenticare. Questo romanzo è stato ispirato dal suo lavoro, dai colleghi, dai pazienti che il caso ha fatto arrivare in reparto e da tutte quelle persone che vivono la rianimazione e l'ospedale. La sua attenzione quindi è stata rivolta non solo agli anestesisti rianimatori ma anche alle altre figure che collaborano con loro, tutto il personale medico ed infermieristico. Il nostro è un lavoro di equipe, il medico da solo è poco, ha bisogno di una squadra che, per fortuna nel suo ospedale, è composta da persone molto capaci e qualificate che aiutano e sostengono l'anestesista rianimatore nel suo lavoro.

*Recensione di Quirino Piacevoli  
 Presidente AAROI-EMAC Lazio  
 Coordinatore Clinical Risk Management*

# QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

**Le risposte di Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC**

## MOBILITÀ VOLONTARIA

**Quesito:** In assenza di clausole che vincolino la permanenza nella stessa Azienda per un certo numero di anni, è possibile richiedere il trasferimento per mobilità dopo i 6 mesi di prova?



**Risposta:** Il CCNL del 03/11/2005, all'art. 22 (Disciplina transitoria della mobilità), recita:

1. Il dirigente ammesso a particolari corsi di formazione o di aggiornamento previamente individuati (quali ad esempio corsi post - universitari, di specializzazione, di management e master) a seguito dei relativi piani di investimento dell'azienda o ente anche nell'ambito dell'ecm deve impegnarsi a non accedere alla mobilità volontaria di cui all'art. 20 del C.C.N.L. 8 giugno 2000 se non siano trascorsi due anni dal termine della formazione.

2. In caso di perdurante situazione di carenza di organico, il dirigente neo assunto non può accedere alla mobilità se non

siano trascorsi due anni dall'assunzione comprensivi del preavviso previsto dall'art. 20, comma 2 del C.C.N.L. 8 giugno 2000.

3. Il comma 2 entra in vigore il 30 settembre 2005. Sono fatte salve le procedure dell'art. 20 citato per le domande di mobilità che abbiano ottenuto il nulla osta dell'azienda o ente di destinazione del dirigente alla data del 29 settembre 2005.

4. In considerazione dell'eccezionalità e temporaneità della situazione evidenziata al comma 2 nonché del carattere sperimentale della presente norma, la clausola è soggetta a verifica delle parti al termine del quadriennio. In caso di vacanza contrattuale, la clausola scadrà comunque il 31 dicembre 2006.

È utile inoltre sottolineare quanto prescritto dallo stesso CCNL all'art. 4, comma 5: "I contratti collettivi integrativi non possono essere in contrasto con vincoli e limiti risultanti dai contratti collettivi nazionali e si svolgono sulle materie stabilite nel presente articolo. Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate".

Di conseguenza, dalla combinazione delle due norme, ad oggi, non è possibile vincolare la permanenza presso una Azienda, né secondo il CCNL, né attraverso un Contratto Integrativo Aziendale. Resta molto discutibile la liceità di prevedere tale vincolo nel Contratto Individuale che viene proposto al collega in occasione dell'assunzione.

A.V.

## ORARIO DI LAVORO SU 5 O 6 GIORNI

**Quesito:** La nostra Unità Operativa è organizzata con orario lavorativo calcolato sui 6 gg, ma al sabato è presente solo un Collega in servizio di guardia anestesiologicala (oltre al Collega in servizio di guardia rianimatoria) ed in aggiunta Collega in servizio di pronta disponibilità. È corretta una tale organizzazione del lavoro?

**Risposta:** Il comma 3 dell'art. 21 del CCNL del 05/12/1996 recita:

"Nel caso che presso la struttura cui il dirigente è preposto l'orario settimanale di lavoro sia articolato su cinque giorni, il sabato è considerato non lavorativo ed i giorni di ferie spettanti sono ridotti a 28 per i dirigenti che hanno un'anzianità di servizio maggiore di tre anni e a 26 per quelli che hanno un'anzianità di servizio minore di tre anni."

Si ritiene opportuna una turnazione su 6 giorni solo se il sabato prevede un'attività lavorativa sovrapponibile agli altri giorni feriali. Se, al contrario, nella giornata di sabato sono garantite soltanto le urgenze, in assenza di attività di routine, come descritto nel quesito, è opportuno un orario lavorativo articolato su 5 giorni: in questo caso, il sabato viene appunto considerato "non lavorativo".

A.V.

**Le risposte di Domenico Minniti  
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria**

## FONDI CONTRATTUALI

**Quesito:** È possibile destinare il fondo destinato alla retribuzione di risultato al pagamento delle reperibilità?

**Risposta:** La composizione e l'utilizzo dei fondi contrattuali segue precise regole normative.

Per la retribuzione del trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro (ex art. 51 CCNL del 08/06/2000), a cui deve attingere, tra l'altro, il pagamento delle pronte disponibilità, non è assolutamente previsto di intaccare né il fondo per la retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale (ex art. 52 del CCNL del 08/06/2000), né il fondo per



l'indennità di specificità medica, retribuzione di posizione, equiparazione, specifico trattamento o indennità per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa (art. 50 CCNL del 08/06/2000).

È invece previsto esattamente il contrario, cioè una "flessibilità dell'utilizzo delle risorse del fondo (legato alle condizioni di lavoro, Ndr) con riguardo al loro spostamento temporaneo o permanente nei fondi, rispettivamente, per la retribuzione di risultato o di posizione" (art. 51, comma 2).

In sintesi, il CCNL del 08/06/2000 prevede invece quanto segue, beninteso esclusivamente in caso di "risparmi residui", evidentemente derivanti da una contabilità "a consuntivo":

- possibilità di "integrare il fondo di cui all'art. 50 ovvero destinare i relativi risparmi a rideterminare l'importo dell'in-

dennità di pronta disponibilità... L'eventuale trasferimento di risorse nel fondo per la retribuzione di posizione è irreversibile" (art. 51, comma 4);

- "utilizzo - anche temporaneo - nel fondo per la produttività collettiva (risultato, Ndr) - di eventuali risparmi accreditati a consuntivo nella gestione dei fondi di cui agli artt. 50 e 51" (art. 52, comma 4, lettera d).

Qualora le mutate condizioni organizzative rendessero il fondo accessorio legato alle condizioni di lavoro ex art. 51 (straordinario, pronta disponibilità, guardia) insufficiente, l'Azienda e le OOSS dovrebbero costituire un tavolo tecnico paritetico con il compito di analizzare l'attività pregressa (per poter escludere utilizzi impropri e/o eccessivi del fondo), procedere al ricalcolo, e, se necessario, incrementare il fondo, per renderlo sufficientemente capiente rispetto alle esigenze di servizio.

D.M.

**Le risposte di Arturo Citino  
Presidente AAROI-EMAC Piemonte-Valle d'Aosta  
Coordinatore della Formazione Sindacale**

## MOBILITÀ D'URGENZA

**Quesito:** L'Azienda Ospedaliera ci obbliga, con ordine di servizio, a prestare servizio, a rotazione, presso un altro Ospedale della stessa Azienda. Vorrei sapere quali norme e quali criteri regolano la mobilità intra-aziendale.



**Risposta:** La mobilità oggetto del quesito è inquadrabile nell'istituto della "mobilità interna d'urgenza", che secondo il CCNL integrativo del 10/02/2004 "avviene, nell'ambito della disciplina di appartenenza, nei casi in cui sia necessario soddisfare le esigenze funzionali delle strutture interessate in presenza di eventi contingenti e non prevedibili, ai quali non si possa far fronte con l'istituto della sostituzione di cui all'art. 18 del CCNL 8 giugno 2000."

(art. 16 comma 3). Il comma 4 dello stesso articolo contrattuale dispone che "ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza, ha carattere provvisorio, essendo disposta per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare consenso del dirigente, espresso sia per la proroga che per la durata. La mobilità di urgenza - ove possibile - è effettuata a rotazione tra tutti i dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito. Agli interessati, se ed in quanto dovuta, spetta l'indennità di trasferta prevista dall'art. 32 per la durata dell'assegnazione provvisoria."

Il principio dal quale partire è l'assegnazione della sede di lavoro, prevista dalla lettera f) del comma 2 dell'art. 14 del CCNL del 05/11/1996.

La normativa contrattuale è in linea con la norma ben più ampia, e tuttora vigente, che deriva dal D.P.R. n. 384 del 28 novembre 1990, il quale, all'art. 81, fa rientrare nel potere organizzativo dell'Ente l'utilizzazione del personale nell'ambito di presidi, servizi, uffici situati a non oltre 10 Km dalla località sede di assegnazione, prescrive inoltre la necessità di consultare le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative quando avviene al di fuori dal presidio, servizio o ufficio di assegnazione, e ribadisce altresì che tale utilizzazione non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare.

In conclusione: dato per assodato che ciascuno dei colleghi debba avere una ed una sola sede di lavoro, l'Azienda può attivare l'istituto della mobilità d'urgenza per eventi non prevedibili, al massimo per un mese nell'anno solare, verso ospedali situati a non oltre 10 Km dalla località sede di prima assegnazione, a rotazione a tutti i dirigenti. Non è prevista dalle norme in materia una rotazione che escluda alcuni dirigenti dalla mobilità d'urgenza a discapito di altri.

A.C.

## PRONTA DISPONIBILITÀ, FESTIVI E RIPOSO COMPENSATIVO

**Quesito:** 1) Qual è la durata massima in ore di ciascun turno di pronta disponibilità?

2) È vero che se si effettua una pronta disponibilità festiva di 24 ore si ha diritto ad un riposo compensativo senza decurtazione di orario?

**Risposta:** L'art. 17 del CCNL del 03/11/2005 prescrive che il servizio di pronta disponibilità abbia una durata di dodici ore, e che due turni di pronta disponibilità siano prevedibili

solo per le giornate festive; prescrive inoltre che, di regola, non possono essere previsti, per ciascun Dirigente Medico, più di dieci turni di pronta disponibilità nel mese; prescrive altresì, nel caso in cui la pronta disponibilità cada in un giorno festivo, che spetti un giorno di riposo compensativo, senza riduzione del debito orario settimanale. Il riposo compensativo per pronta disponibilità festiva non va confuso con il recupero delle ore effettuate in esubero rispetto al dovuto contrattuale di 38 ore settimanali.

A.C.

## RIPOSO TRA TURNI

**Quesito:** 1) È vero che non è possibile fare mattino e notte nello stesso giorno (cioè che devono passare 11 ore tra un turno e l'altro)?

2) È vero che in caso di incidenti l'assicurazione si potrebbe rifiutare di coprire il danno?

**Risposta:** La DIRETTIVA 2003/88/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO del 04 novembre 2003, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro, all'art. 3 (Riposo giornaliero) recita: "Gli Stati membri prendono le misure necessarie affinché ogni lavoratore benefici, nel corso di ogni periodo di 24 ore, di un periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive".

Tuttavia, ciascuna Regione italiana, per delega del CCNL, ha trattato (o avrebbe dovuto trattare!) con le OO.SS. mediche le "Linee di indirizzo ex art. 5 del CCNL del 17/10/2008", anche in tema di riposo giornaliero: quindi, la situazione potrebbe essere diversa in ciascuna Regione.

In caso di incidenti, sia le Assicurazioni che la Magistratura potrebbero senz'altro considerare negativamente il non essersi attenuti alle norme vigenti sui riposi.

A.C.

**NOTA BENE:** le risposte ai quesiti possono essere utili per situazioni analoghe a quelle descritte, previa le necessarie verifiche nei casi specifici

**1<sup>st</sup> ANNOUNCEMENT**

# 10<sup>o</sup> CONGRESSO NAZIONALE S.I.A.R.E.D.

## APPROPRIATEZZA DELLE CURE E RISORSE DISPONIBILI

**12-14 Maggio 2014 Sheraton Catania Hotel**

**SAVE THE DATE**



### **S.I.A.R.E.D.**

**PRESIDENTE**  
**VICE PRESIDENTE**

**Adriana Paolicchi**  
**Alessandro Vergallo**

**SEGRETARIO**  
**TESORIERE**

**Antonino Franzesi**  
**Antonio Amendola**

### **CONSIGLIERI**

Piemonte  
Lombardia  
Veneto  
Friuli Venezia  
Trentino  
Bolzano  
Liguria  
Toscana  
Emilia Romagna  
Umbria

**Gian Maria Bianchi**  
**Giovanni Morando**  
**Ezio Vincenti**  
**Giulio Lucangelo**  
**Daniele Dossi**  
**Giuseppe Capozzoli**  
**Claudio Spena**  
**Adriana Paolicchi**  
**Paolo Gregorini**  
**Lorenzo Firmi**

Abruzzo  
Molise  
Marche  
Lazio  
Campania  
Calabria  
Puglia  
Basilicata  
Sicilia  
Sardegna

**Franco Marinangeli**  
**Romeo Flocco**  
**Emanuele Iacobone**  
**Luigi Tritapepe**  
**Aldo Barbati**  
**Giovanni Maltese**  
**Marcello Difonzo**  
**Antonio Maria Coviello**  
**Giuseppina Di Fiore**  
**Fernanda Diana**