

il nuovo Anestesista Rianimatore

MAGGIO - GIUGNO - LUGLIO
2017
3
Anno XXVIII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

Riforma Pubblico Impiego Poche le luci tante le ombre



Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 19 Maggio, ha approvato in via definitiva il testo di Riforma del Pubblico Impiego. Nonostante la notizia di una mo-

difica dell'ultim'ora, per l'AAROIEMAC resta sibillina e insidiosa.

«Non abbiamo alcuna intenzione di accontentarci a fronte di quella che consideriamo un'apertura di facciata – ha affermato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROIEMAC –. Non c'è stata una reale volontà di ascoltare le nostre ragioni».

a pagina 11

Anestesisti vs Oculisti Dialogo, ma con buon senso!

Dibattito aperto tra Anestesisti Rianimatori e Oculisti dopo il documento congiunto AAROIEMAC, SIAARTI, SIARED inviato a tutti gli Enti del SSN.

Da una parte l'intervento della SOI (Società Oftalmologica Italiana) e della ASMOOI (Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani) caratterizzato da accuse ed esposti. Dall'altra quello dell'AIMO con una richiesta di confronto.

Chiara la risposta della nostra Associazione: «Dialogo con gli Oculisti? Volentieri, ma con interlocutori di buon senso».



a pagina 10

Contenzioso Sanitario: il nostro Studio

I dati dello Studio AAROIEMAC, realizzato dall'Osservatorio Nazionale Permanente sul contenzioso medico-legale istituito nel 2016, mostrano un trend in calo delle denunce negli ambiti dell'Anestesia, della Rianimazione, e dell'Emergenza-Urgenza. L'analisi, che si riferisce al triennio 2014 - 2016, dimostra che la nostra Associazione è sempre più protagonista nella tutela dei suoi Iscritti. Con o senza miracoli (finora solo promessi) della "Legge Gelli".



a pagina 7

www.aaroiemac.it



@AaroiEmac



SIARED 2017

A Roma oltre 500 Colleghi Il Resoconto del Congresso

Si è chiuso a Roma il 13° Congresso SIARED. Tre giorni di approfondimento su numerosi temi legati alla Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Area Critica e Dolore, oltre ai workshop teorico pratici e agli eventi "Oltre il Congresso" dedicati alla Simulazione e alla Responsabilità Professionale alla luce della nuova "Legge Gelli".

Le immagini del Congresso e le interviste sono pubblicati sui siti www.aaroiemac.it e www.siared.it e sui canali social dell'AAROIEMAC:

<https://www.youtube.com/channel/UCF1eZB7Yj660XM6MLCFgb3g/>
<https://www.flickr.com/photos/aaroi-emac/>



alle pagine 8 e 9

Eletti i Consigli Periferici e i Delegati all'XI Congresso

Dal 28 al 30 Settembre 2017 appuntamento a Bergamo



L'elenco e le foto dei Presidenti delle Sezioni Periferiche dell'AAROIEMAC, eletti nel corso delle Assemblee degli Iscritti che si sono svolte da Marzo a Maggio 2017, oltre ai nominativi dei Consiglieri e dei Delegati all'XI Congresso Nazionale AAROIEMAC che si terrà presso il Centro Congressi Giovanni XXIII di Bergamo dal 28 al 30 Settembre 2017.

A pagina 16 il programma completo dei tre giorni.

alle pagine 3-4-5-6 e 16

Lo Studio Lesioni da morso di cane

I dati di una originale ricerca condotta presso il Centro di Terapia Iperbarica dell'A.O.R.N. "A. Cardarelli" di Napoli, tra il 2010 e il 2016 su 22 casi clinici di pazienti morsi da cani (domestici e randagi) con lesioni dalle caratteristiche più diverse.

Nella stessa pagina, prosegue il dibattito sul ruolo dell'Anestesista Rianimatore sulla operabilità del paziente, iniziato nel primo numero del 2017 e continuato nel secondo.

In questo numero il contributo del Dr. Claudio Melloni. Gli altri contributi pervenuti verranno pubblicati nei successivi numeri.



a pagina 14

L'Intervista Emanuele Scarpuzza AAROIEMAC Sicilia

Un successo a 360° gradi grazie alla collaborazione con il Referente Regionale della SIAARTI e alla capacità di ascolto dell'Assessore alla Salute.

Il Dr. Emanuele Scarpuzza, Presidente AAROIEMAC Sicilia e Vice Presidente Nazionale Area Sud, racconta l'iter

fatto per arrivare alla definizione della nuova Rete ospedaliera regionale che ha accolto tutte le richieste degli Anestesisti Rianimatori. Il risultato è il significativo aumento dei Posti Letto di Rianimazione e un piano di assunzioni per completare tutte le piante organiche della Regione.

a pagina 12

Eletti i Presidenti, i Consigli delle Sezioni Periferiche e i Delegati al Congresso Nazionale

Le Assemblee degli Iscritti AAROI-EMAC che si sono svolte tra Marzo e Maggio hanno eletto i Consigli delle Sezioni Periferiche dell'Associazione e i Delegati al Congresso Nazionale AAROI-EMAC che si svolgerà a Bergamo dal 28 al 30 Settembre 2017. In questa pagina e nelle successive i nominativi di tutti gli eletti.



Abruzzo
Dr Fabrizio Marzilli



Basilicata
Dr Francesco Allegrini



Calabria
Dr Domenico Minniti



Campania
Dr Giuseppe Galano



Emilia Romagna
Dr Matteo Nicolini



Friuli Venezia Giulia
Dr Alberto Peratoner



Lazio
Dr Quirino Piacevoli



Liguria
Dr.ssa Marialuisa Pollarolo



Lombardia
Dr Alessandro Vergallo



Marche
Dr Marco Chiarello



Molise
Dr David Di Lello



Piemonte
Dr Gilberto Fiore



Puglia
Dr Antonio Amendola



Sardegna
Dr Cesare Jesu



Sicilia
Dr Emanuele Scarpuzza



Toscana
Dr Luigi De Simone



Umbria
Dr Alvaro Chianella



Veneto
Dr Massimiliano Dalsasso



Provincia di Bolzano
Dott.ssa Roberta Pedrazzoli



Provincia di Trento
Dr Piergiorgio Casetti



I CONSIGLI AAROI-EMAC DELLE SEZIONI PER

ABRUZZO

Presidente

Fabrizio Marzilli

Consiglieri Regionali

Nicola Angelucci
Giovanna Cacciafiori
Michele Favale
Roberto Romualdi
Sara Visconti

Consiglio di Bilancio

Michele Favale (Effettivo)
Aurelio Soldano (Supplente)

Revisori dei Conti

Tiziana Bracalente (Effettivo)
Ferdinando Martini (Effettivo)
Vincenzo Pace (Effettivo)
Vittorio Diodato (Supplente)

BASILICATA

Presidente

Francesco Allegrini

Consiglieri Regionali

Alfredo Filippone
Giovanna Guttieri
Antonio Mazzarella
Jolanda Misuriello
Liborio Antonio Perciaccante
Mauro Luigi Vito Rosucci

Consiglio di Bilancio

Nicola Scaccuto (Effettivo)
Giuseppe Schettino (Supplente)

Revisori dei Conti

Giovanni Gazzaneo (Effettivo)
Giuseppe Griesi (Effettivo)
Concettina Lambiase (Effettivo)
Maria Carmela Brando (Supplente)
Giuseppe Schettino (Supplente)

CALABRIA

Presidente

Domenico Minniti

Consiglieri Regionali

Vincenzo Brescia
Giovanni Cosco
Antonio Giacomelli
Domenico Iannizzi
Luigi Francesco Ida
Domenico Minniti
Marcello Mura
Peppino Oppedisano
Pino Pasqua
Francesco Sinopoli
Stefania Teodoro
Fiore Torchia

Consiglio di Bilancio

Vito Cianni (Effettivo)
Gaetana Franco (Supplente)

Revisori dei Conti

Giuseppe Furchi (Effettivo)
Vincenzo Stivala (Effettivo)
Marco Tescione (Effettivo)
Vincenzo Barillaro (Supplente)
Orazio Stefano Giovanni Filippelli (Supplente)

CAMPANIA

Presidente

Giuseppe Galano

Consiglieri Regionali

Massimo Carbone
Franco Cirillo
Bennardo Di Matteo
Francesco Frunzo
Giuseppe Gazzero
Mario Guariglia
Vittoriano L'Abbate
Vincenzo Landi
Delia Lucugnano
Giovanni Manfredi
Roberto Mannella
Maria Montanaro
Giovanni Olibet
Giuseppe Oriolo
Eugenio Piscitelli
Salvatore Sorrentino
Annateresa Spirito
Maria Giuseppina Tonto
Andrea Torretta
Simone Viscardi
Enrico Zollo

Consiglio di Bilancio

Benedetta Finelli (Effettivo)
Vincenzo Mautone (Supplente)

Revisori dei Conti

Vito Bossoni (Effettivo)
Amalia Palmisani (Effettivo)
Matilde Miranda Picilli (Effettivo)
Salvatore Ambrosio (Supplente)
Teresa Giuliani (Supplente)

EMILIA - ROMAGNA

Presidente

Matteo Nicolini

Consiglieri Regionali

Deanna Cangini
Erika Cordella
Giuseppe Luciano Formaro
Fulvio Fracassi
Maurizio Leccabue
Demostene Marifoglou
Teresa Matarazzo
Matteo Nicolini
Carla Olivieri
Valeria Poci
Rita Regoli
Ilario Riganello

Consiglio di Bilancio

Rodolfo Galli (Effettivo)
Giulia Dallochio (Supplente)

Revisori dei Conti

Anna Maria Ghirardini (Effettivo)
Marina Malagodi (Effettivo)
Laura Mosca (Effettivo)
Andrea Nanni (Supplente)
Germana Rontini (Supplente)

FRIULI VENEZIA-GIULIA

Presidente

Alberto Peratoner

Consiglieri Regionali

Claudia Ambrosio
Katuscia Battaglia
Luca Dal Tin
Davide Durì
Nicola Fasano
Massimo Ferluga
Francesco Leone Sossi

Diego Morri
Chiara Martina Pellegrino
Marco Rojatti
Andrea Roncarati
Alessandra Spasiano

Consiglio di Bilancio

Emanuele Marras (Effettivo)
Matteo Ciccolini (Supplente)

Revisori dei Conti

Pierpaolo Accolla (Effettivo)
Giuseppe Davide Caggegi (Effettivo)
Marco Piva (Effettivo)
Marzia Umari (Supplente)
Marco Zambon (Supplente)

LAZIO

Presidente

Quirino Piacevoli

Consiglieri Regionali

Silvia Arzano
Massimo Boglione
Fabrizio Caccamo
Alessandra Castellano
Denis Ciochetti
Antonio Clemente
Paolo Costantino
Luigi Costanzo
Fabrizio Cottini
Andrea D'Alonzo
Daniele Di Cerbo
Carlo Felici
Luisa Gatta
Angelo Giuliani
Marco Marano
Luisa Marchioni
Antonio Mascia
Ida Minnocci
Giancarlo Muzzi
Andrea Pellico
Massimo Perfetti
Francesca Principi
Franco Ruberto
Andrea Sbroscia
Marco Traversa
Giuseppe Zannella
Veronica Zullino
Luigi Zurlo

Consiglio di Bilancio

Gianfranco Fusco (Effettivo)
Edoardo De Ruvo (Supplente)

Revisori dei Conti

Pietro Fortunato Assisi (Effettivo)
Daniela Cuccoli (Effettivo)
Anna Lilli (Effettivo)
Emilia Genovese (Supplente)

LIGURIA

Presidente

Maria Luisa Pollarolo

Consiglieri Regionali

Massimo Carbone
Simone Carlini
Lorenzo Cavalleri
Andrea Derchi
Claudio Faraldi
Michela Gandini
Paolo Marin
Francesco Robbiano
Marco Santini
Antonia Siri

Claudio Spena

Consiglio di Bilancio

Stefano Fazzari (Effettivo)
Paolo Marin (Supplente)

Revisori dei Conti

Lucia Irene Labocchetta (Effettivo)
Franca Zappa (Effettivo)
Giampaolo Ghigliotti (Supplente)

LOMBARDIA

Presidente

Alessandro Vergallo

Consiglieri Regionali

Giuseppe Ambrosino
Simone Alberto Ambrosini
Ernesto Maria Boracchi
Anna Brambilla
Antonino Caldarella
Federico Capra Marzani
Andrea Coelli
Stefano D'Amico
Antonino Franzesi
Sergio Fusco
Angelantonio Giussani
Federico Guardia Nicola
Mario Giovanni Leoni
Cristina Mascheroni
Bruno Oria
Stefano Rinaldo Paolatti
Mauro Ravazzoli
Ivano Riva
Luigi Rossetti
Gianluca Russo
Giuseppe Sofì
Erminia Emilia Maria Spadotto
Alessandro Zanon

Consiglio di Bilancio

Maria Grazia Bonalumi (Effettivo)
Alessandro Zanon (Supplente)

Revisori dei Conti

Sergio Abbati (Effettivo)
Enrico Boselli (Effettivo)
Andrea Patriarca (Effettivo)
Sergio Fusco (Supplente)
Luigi Rossetti (Supplente)

MARCHE

Presidente

Marco Chiarello

Consiglieri Regionali

Franco Allegrezza
Mirco Amici
Luca Antognini
Daniela Antonelli
Giampiero Bagalini
Andrea Capriotti
Vito Maria Carfi
Giampiero Di Serafino
Maurizio Donati
Romano Graziani
Alessandro Guidi
Mario Narcisi
Roberto Polisca
Roberto Rossi
Giovanni Ruggiero

Consiglio di Bilancio

Angelo Leo (Effettivo)
Gilberto Sassaroli (Supplente)

Revisori dei Conti

VERIFICHE E DELLE PROVINCE AUTONOME

Cinzia Boccolini (Effettivo)
Tiziana Ciccola (Effettivo)
Pietro Savelli (Effettivo)
Franco Ferrara (Supplente)
Massimiliano Massari (Supplente)
Simone Venturi (Supplente)

MOLISE

Presidente

David Di Lello

Consiglieri Regionali

Antonio Aceto
Fulvio Aloj
Francesco Fraticelli
Salvatore Iapalucci

Consiglio di Bilancio

Giuseppe Aloisi (Effettivo)
Romeo Flocco (Supplente)

Revisori dei Conti

Attilio Gatta (Effettivo)
Roberta Mascio (Effettivo)
Pasquale Penserino (Effettivo)
Fulvio Aloj (Supplente)
Francesco Fraticelli (Supplente)
Walter Prezioso (Supplente)

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Presidente

Gilberto Fiore

Consiglieri Regionali

Pierpaolo Vincenzo Agnello
Marco Bensi
Alessandro Buttiglieri
Enrico Emina
Tiziano Fontana
Fabio Fornara
Luca Fiore Gramaglia
Michele Grio
Laura Lorenzelli
Maurizio Meineri
Maria Aldina Mura
Pasquale Portolese
Rodolfo Domenico Tuscano
Alessandro Zito

Consiglio di Bilancio

Angelo Cifariello (Effettivo)
Leonarda Deriu (Supplente)

Revisori dei Conti

Maria Luisa Belleri (Effettivo)
Carlo Franco (Effettivo)
Franco Olivero (Effettivo)
Francesco Lemut (Supplente)
Paolo Tamanti (Supplente)

PUGLIA

Presidente

Antonio Amendola

Consiglieri Regionali

Giovanni Andriulli
Michele Luigi Debitonto
Vito Delmonte
Marcello Difonzo
Giancarlo Negro
Francesco Proto
Salvatore Rao
Raffaele Santamaria
Giovanni Vitale

Consiglio di Bilancio

Salvatore Rao (Effettivo)
Giancarlo Negro (Supplente)

Revisori dei Conti

Giuseppe Columbo (Effettivo)
Gaetano Dipietro (Effettivo)
Anna Maria Natola (Effettivo)
Lucia Anna Addante (Supplente)
Valeria Ventura (Supplente)

SARDEGNA

Presidente

Cesare Iesu

Consiglieri Regionali

Ali Alvandi Shomali
Mariano Cabras
Paoletta Cau
Cristiano Chirra
Maurizio Cocco
Bruna Denotti
Fernanda Diana
Salvatore Farci
Tania Favini
Daniela Ledda
Assunta Marongiu
Pier Paolo Mura
Nadia Luciana Rosa Ninniri
Vittorina Olianis
Carlino Rum
Lucio Silveti
Francesco Tolis
Marco Vidili

Consiglio di Bilancio

Andrea Farris (Effettivo)
Pieralba Arba (Supplente)

Revisori dei Conti

Raffaele De Fazio (Effettivo)
Francesco Tolis (Effettivo)
Demetrio Mario Vidili (Effettivo)
Cristiano Chirra (Supplente)
Luca Patrignani (Supplente)

SICILIA

Presidente

Emanuele Scarpuzza

Consiglieri Regionali

Carmelo Angelone
Marcello Aricò
Giuseppe Caccamo
Luciano Calderone
Filippo Cavalli
Ezio Massimo De Rose
Davide Neva Di Fabrizio
Giuseppe Di Graziano
Vincenzo Di Mari
Giuseppe Frassetta
Salvatore Frenda
Domenico Garbo
Fabio Genco
Giuseppe Gennaro
Giovanni Geraci
Vincenzo Giuseppe Grasso
Filippo Mauro
Francesco Oliveri
Giambattista Pappalardo
Francesco Petrusa
Giuseppe Picone
Giuseppe Rapisarda
Giovanni Rizzo
Domenico Runci

Gianpietro Scalia
Maria Scivoli
Francesco Sgalambro
Francesco Tarantino
Salvatore Tinè
Sebastiano Tiralongo

Consiglio di Bilancio

Salvatore Ferrigno (Effettivo)
Massimo Cali (Supplente)

Revisori dei Conti

Rodolfo Amato (Effettivo)
Luigi Infantino (Effettivo)
Gaetano Piruozzolo (Effettivo)
Biagio Bonanno (Supplente)
Maria Maddalena Rotolo (Supplente)

TOSCANA

Presidente

Luigi De Simone

Consiglieri Regionali

Rodolfo Alfonso Cambi
Mauro Cavuta
Cristina Cerone
Fabio Cricelli
Dino Aurelio Cleto Di Pasquale
Ada Doveri
Paolo Fontanari
Mario Iovine
Michele Martini
Francesca Montanaro
Paolo Rufini
Elena Valeri
Decio Viscidi
Cesare Vittori
Silvio Zuccotti

Consiglio di Bilancio

Chiara Leoni (Effettivo)
Rodolfo Alfonso Cambi (Supplente)

Revisori dei Conti

Massimo Arena (Effettivo)
Giovanni Bertelli (Effettivo)
Sergio Pittino (Effettivo)
Gianluca Antonio Diddi (Supplente)
Giuliana Fognani (Supplente)

UMBRIA

Presidente

Alvaro Chianella

Consiglieri Regionali

Sergio Falconi
Claudia Ferrazzano
Giulia Guerrieri
Sandro Morelli
Riccardo Pannacci
Luca Viglienza

Consiglio di Bilancio

Daniela Damiani (Effettivo)
Manuela Toccoletti (Supplente)

Revisori dei Conti

Patrizia Moretoni (Effettivo)
Maria Quaranta (Effettivo)
Marina Vissani (Effettivo)
Giancarlo Nizzi (Supplente)
Luigi Rinaldi (Supplente)

VENETO

Presidente

Massimiliano Dalsasso

Consiglieri Regionali

Andrea Boscolo
Rosadele Danza
Vinicio Danzi
Paolo Gennaro
Fabrizio Lucchin
Maria Grazia Maggiolini
Ivo Martinelli
Laura Pat
Thrinadha Rao Polamarasetti
Roberto Rapisardi
Gianluca Angelo Santangelo
Alberto Todesco
Vincenzo Tripaldi

Consiglio di Bilancio

Marco Montagna (Effettivo)
Giancarlo Galzignato (Supplente)

Revisori dei Conti

Fiorenzo Laterra (Effettivo)
Angelo Mangano (Effettivo)
Thrinadha Rao Polamarasetti (Effettivo)
Piero Di Pasquale (Supplente)
Lorenzo Tagliapietra (Supplente)

Provincia di BOLZANO

Presidente

Roberta Pedrazzoli

Consiglieri

Luca Baccarini
Massimo Bertelli
Andrea Brasola
Erika Schroffenegger

Consiglio di Bilancio

Anastasia Zandonai (Effettivo)
Astrid Maffei (Supplente)

Revisori dei Conti

Raffaella Dalla Valle (Effettivo)
Loris Fabbro (Effettivo)
Roberto Pittini (Effettivo)
Maurizio Ferraro (Supplente)
Martin Mur (Supplente)

Provincia di TRENTO

Presidente

Piergiorgio Casetti

Consiglieri

Daniele Dossi
Guido Girardi
Gerardo Liguori
Michela Zardin

Consiglio di Bilancio

Ivano Gazzini (Effettivo)
Chiara Bussini (Supplente)

Revisori dei Conti

Gianni Gasperotti (Effettivo)
Francesco Mattedi (Effettivo)
Elisabetta Sevegnani (Effettivo)
Monica Salvetta (Supplente)
Giulia Caterina Ventura (Supplente)

I DELEGATI ELETTI PER L'XI CONGRESSO AARO-EMAC

ABRUZZO

Nicola Angelucci
 Annunziata Anna D'Urso
 Walter Di Laudo
 Vittorio Diodato
 Roberto Romualdi

BASILICATA

Rosaria Barbano
 Carmelina Vitagliano

CALABRIA

Rocco Chiaro
 Giovanni Cosco
 Orazio Stefano Giovanni Filippelli
 Nicola Loddo
 Peppino Oppedisano
 Francesco Sinopoli

CAMPANIA

Gianfranco Aprea
 Vincenzo Bancone
 Giuseppe Cangiano
 Massimo Carbone
 Fausto Ferraro
 Angela Grasso
 Vincenzo Landi
 Delia Lucugnano
 Giovanni Manfredi
 Vincenzo Mautone
 Nicola Mercolino
 Carmine Mocerino
 Giovanni Olibet
 Giuseppe Oriolo
 Amalia Palmisani
 Matilde Miranda Picilli
 Eugenio Piscitelli
 Raffaella Ricciotti
 Salvatore Sorrentino
 Annateresa Spirito
 Enrico Zollo

EMILIA-ROMAGNA

Luciano Bortone
 Deanna Cangini
 Giuseppe Luciano Formaro
 Fulvio Fracassi
 Rodolfo Galli
 Maurizio Leccabue
 Teresa Matarazzo
 Andrea Nanni
 Matteo Nicolini
 Carla Olivieri
 Valeria Poci
 Rita Regoli
 Ilario Riganello

FRIULI VENEZIA GIULIA

Valeria Agata Leo
 Diego Morri
 Massimo Nordio
 Alberto Peratoner
 Marco Rojatti
 Andrea Roncarati

LAZIO

Massimo Boglione
 Fabrizio Caccamo

Alessandra Castellano
 Denis Ciochetti
 Luigi Costanzo
 Fabrizio Cottini
 Andrea D'Alonzo
 Edoardo De Ruvo
 Daniele Di Cerbo
 Carlo Felici
 Gianfranco Fusco
 Gabriele Garotto
 Luisa Gatta
 Lorenzo Gionfra
 Angelo Giuliani
 Anna Lilli
 Luisa Marchioni
 Monica Marzano
 Ida Minnocci
 Saverio Paventi
 Andrea Pellico
 Massimo Perfetti
 Andrea Sbroscia
 Marco Traversa
 Roberto Trima
 Giuseppe Zannella
 Luigi Zurlo

LIGURIA

Massimo Carbone
 Lorenzo Cavalleri
 Stefano Fazzari
 Paolo Marin
 Elisa Giuseppina Porcile
 Marco Santini
 Claudio Spena

LOMBARDIA

Sergio Abbati
 Giuseppe Ambrosino
 Giovanna Battaglia
 Maria Grazia Bonalumi
 Anna Brambilla
 Antonino Caldarella
 Federico Capra Marzani
 Sergio Fusco
 Angelantonio Giussani
 Cristina Mascheroni
 Fabio Motta
 Bruno Oria
 Andrea Patriarca
 Luigi Rossetti
 Erminia Emilia Maria Spadotto
 Alessandro Zanon

MARCHE

Andrea Capriotti
 Giampiero Di Serafino
 Daniela Fiore
 Giovanni Ruggiero
 Pietro Savelli
 Mohammad Hossein Zahedi

MOLISE

David Di Lello
 Romeo Flocco

PIEMONTE

Pierpaolo Vincenzo Agnello
 Massimo Audisio
 Fabrizio De Biasi
 Leonarda Deriu

Gilberto Fiore
 Tiziano Fontana
 Fabio Fornara
 Francesco Lemut
 Edoardo Moriondo
 Maria Aldina Mura
 Franco Olivero
 Marina Marcella Parodi
 Pasquale Portolese
 Elisa Stra
 Marco Salvaggio
 Vincenzo Trotta
 Rodolfo Domenico Tuscano
 Alessandro Zito

PUGLIA

Giovanni Andriulli
 Marcello Difonzo
 Giancarlo Negro
 Francesco Proto
 Salvatore Rao
 Raffaele Santamaria
 Giovanni Vitale

SARDEGNA

Graziano Carta
 Fernanda Diana
 Salvatore Farci
 Assunta Marongiu
 Marina Pisu
 Lucio Silveti
 Alessandra Simula
 Marco Vidili

SICILIA

Rodolfo Amato
 Carmelo Angelone
 Calogero Bellia
 Filippo Cavalli
 Ezio Massimo De Rose
 Carmela Di Giacinto
 Giuseppe Di Graziano
 Domenico Garbo
 Giuseppe Gennaro
 Luigi Infantino
 Francesco Oliveri
 Luigi Rabito
 Giovanni Rizzo
 Maria Maddalena Rotolo
 Giuseppe Scarpinati
 Romano Tetamo
 Roberto Trupia

TOSCANA

Caterina Bertelloni
 Rodolfo Alfonso Cambi
 Luigi De Simone
 Ada Doveri
 Laura Falsini
 Chiara Gasperini
 Chiara Leoni
 Michele Martini
 Alessandra Panchetti
 Marcello Pasculli
 Massimo Rabassini
 Giuseppina Rombo
 Elena Valeri
 Decio Viscidi

UMBRIA

Settimo Bronzetti
 Rocco Francesco Cavallo
 Daniela Damiani
 Patrizia Moretoni

VENETO

Giuliano Carturan
 Massimiliano Dalsasso
 Rosadele Danza
 Vinicio Danzi
 Piero Di Pasquale
 Maria Grazia Maggiolini
 Angelo Mangano
 Ivo Martinelli
 Marco Montagna
 Laura Pat
 Giovanna Pisana
 Thrinadha Rao Polamarasetti
 Irma Preciso
 Roberto Rapisardi
 Mario Annunziato Rodà
 Giampiero Ruzzi
 Paride Trevisiol
 Vincenzo Tripaldi

Provincia di BOLZANO

Roberta Pedrazzoli

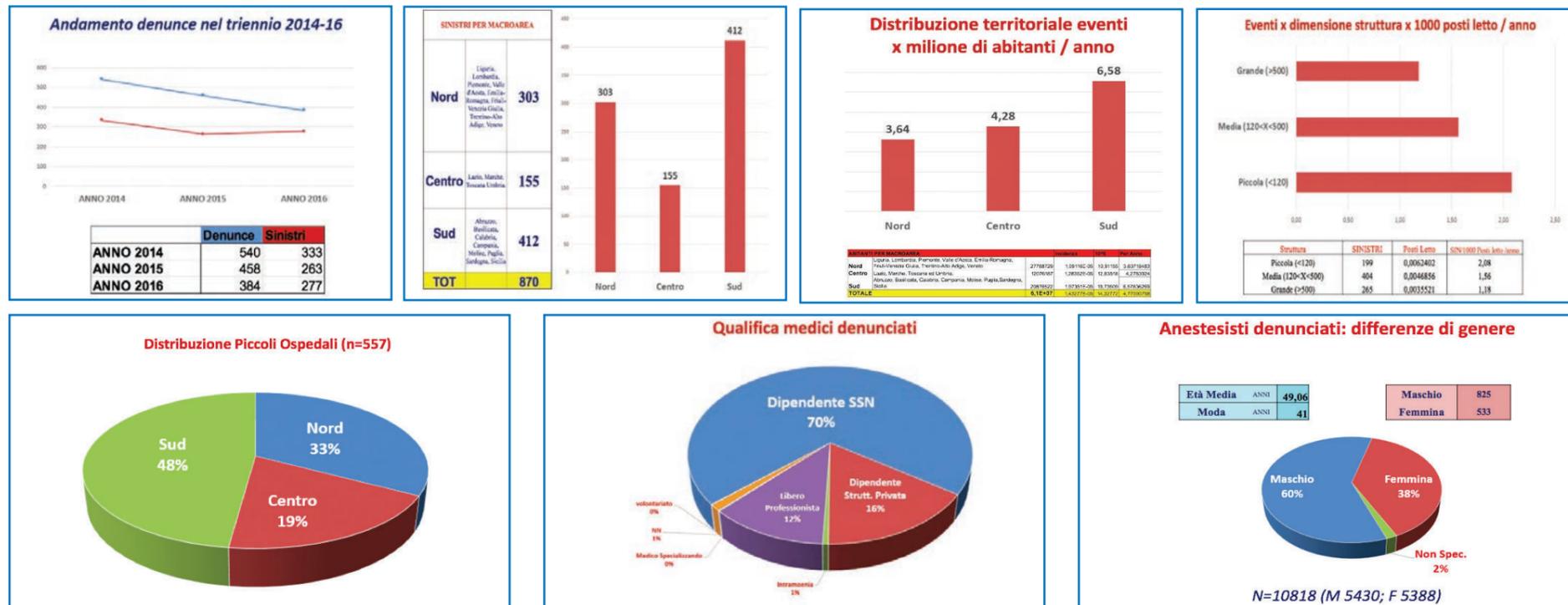
Provincia di TRENTO

Ivano Gazzini
 Marta Pozzi



Contenzioso Sanitario: conoscere i rischi per prevenirli

I dati 2014 - 2016 dell'Osservatorio Nazionale AAROI-EMAC sul contenzioso medico-legale



Il trend delle denunce negli ambiti dell'Anestesia, della Rianimazione, e dell'Emergenza-Urgenza è in calo. A dimostrarlo è la seconda edizione dello Studio AAROI-EMAC realizzato dall'Osservatorio Nazionale Permanente sul contenzioso medico-legale istituito dall'Associazione nel 2016, presentata al 13° Congresso SIARED che si è svolto a Roma dal 25 al 27 Maggio.

Dopo i dati preliminari del 2014 diffusi lo scorso anno, l'Osservatorio ha monitorato l'andamento della situazione prendendo in esame il triennio 2014 - 2016.

Le denunce analizzate sono state complessivamente 1.382 per un totale di 873 sinistri su oltre 10mila Iscritti all'Associazione. In particolare nel 2014 sono state rilevate 540 denunce e 333 sinistri, 458 denunce e 263 sinistri nel 2015 e 384 denunce e 277 sinistri nel 2016 che equivale ad un -20% nel triennio. I dati mostrano una riduzione in particolare delle denunce che acquista anche un maggiore significato se si considera che nel triennio analizzato si è verificato un aumento d'Iscritti all'AAROI-EMAC.

Rispetto alla distribuzione territoriale il numero di sinistri al Sud è stato di 412, a seguire il Nord con 303 sinistri, decisamente più basso il numero di sinistri rilevati al Centro (152). Un dato che tuttavia va letto insieme alla distribuzione territoriale degli eventi per posto letto. In questo caso "la classifica", infatti, cambia. Il sud rimane comunque il territorio con una maggiore incidenza di sinistri con 2,27 eventi per 1.000 posti letto all'anno, subito dopo il Centro con

1,30 eventi per 1.000 posti letto all'anno ed infine il Nord con 1,09 eventi. Ulteriore conferma del trend arriva dal numero di eventi per milioni di abitanti all'anno, pari a 6,58 al Sud, 4,28 al Centro e 3,64 al Nord.

L'indagine ha elaborato i dati anche rispetto alla dimensione della struttura mostrando come il numero di sinistri per 1.000 posti letto all'anno è maggiore nelle strutture più piccole (2,08), ossia con meno di 120 posti letto, mentre è decisamente minore nelle strutture con più di 500 posti letto (1,18). Intermedio il valore per quel che riguarda le strutture tra i 120 e 500 posti letto (1,56). Altro dato significativo riguarda la tipologia della struttura. In riferimento al numero di posti letto, la diffusione degli eventi rilevati è di gran lunga superiore nel privato con 7,64 eventi per 1.000 posti letto rispetto a 2,01 eventi del pubblico.

Lo studio AAROI-EMAC ha inoltre valutato le caratteristiche dei sinistri denunciati, che - con una stretta approssimazione - nel 70% dei casi hanno riguardato Dipendenti di Enti Pubblici, nel 16% Dipendenti di Enti Privati, e nel 12% Liberi Professionisti. L'1% circa delle denunce riguardanti i Dipendenti Pubblici e Privati ha avuto origine da prestazioni eseguite in regime di libera professione intra-moenia. Nel 60% le denunce hanno riguardato maschi, nel 38% femmine, mentre nel 2% non è stato possibile risalire al genere. Rispetto all'esperienza lavorativa, nel 24% dei casi si è trattato di Medici con meno di 5 anni di esperienza, nel 40% di Medici con

esperienza tra 5 e 20 anni e nel 36% dei casi di Medici con oltre 20 anni di lavoro alle spalle.

Altro dato riguarda la tipologia di denunce, che nel 72% dei casi sono riferibili a decessi e nel 25% a lesioni permanenti. Le richieste di risarcimento per danni morali o patrimoniali sono state una piccola percentuale. Gli eventi denunciati si sono verificati nel 39% dei casi in sala operatoria, nel 30% in terapia intensiva, nel 24% in altri reparti, in percentuali minori sul territorio o durante trasporti. Sul totale degli eventi segnalati, nel 60% dei casi si tratta di sinistri con un legame diretto o indiretto con l'area dell'Anestesia.

"Lo studio dell'andamento delle denunce e dei sinistri è uno strumento indispensabile per valutare le azioni messe a punto e quelle da programmare - spiega Franco Marinangeli, Consigliere SIARED e Direttore Scientifico del Centro AAROI-EMAC "SimuLearn®" - Il dato che emerge dall'indagine triennale dimostra che il sistema AAROI-EMAC è decisamente efficace. Si tratta di un progetto integrato in cui l'Associazione - attraverso Intesa Provider, il Centro AAROI-EMAC SimuLearn® e la SIARED - offre ai propri iscritti la garanzia di una formazione continua e all'avanguardia, un monitoraggio costante dei dati di malpractice a livello nazionale, la valutazione delle possibili aree di miglioramento e la definizione di strumenti adeguati per accrescere le competenze ed allo stesso tempo aumentare la consapevolezza dell'importanza di lavorare

in luoghi sicuri e di seguire gli standard anche alla luce della recente riforma Gelli-Bianco sulla Responsabilità Professionale".

"L'Osservatorio permanente realizzato dall'AAROI-EMAC nel 2016 in collaborazione con il broker AON, unico nel mondo delle associazioni professionali per completezza di dati e per gli algoritmi di elaborazione degli stessi, oltre che per una casistica ampia ma al tempo stesso omogenea, è uno strumento fondamentale per l'Associazione, che consente di avere il polso della situazione su un fenomeno, quello del contenzioso medico-legale, di grande importanza per i Medici - afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC - Lo studio dell'andamento delle denunce e l'analisi dei sinistri, reso possibile grazie al database in costante implementazione, ha lo scopo di individuare in maniera tempestiva le azioni da portare avanti su più livelli, da quello prettamente formativo con la definizione di corsi ad hoc per aumentare le competenze negli ambiti di maggior rischio a quello di tutela dei Professionisti là dove vengono registrate criticità di tipo organizzativo. Il risultato dello Studio conferma che la strada intrapresa è quella giusta, non solo nei confronti degli Iscritti, ma anche e soprattutto rispetto ai pazienti a cui va garantita - nonostante le difficoltà in cui versa la sanità italiana - la massima garanzia di sicurezza e competenza".

Medicus Miles Contra Mortem Mortique Ipse Subjectus

In ricordo di Caterina Pesce

«Antonio, da domani lascio l'ospedale e inizio a lavorare nelle strutture aziendali territoriali, al fine di instaurare un rapporto più stabile e continuativo con gli ammalati.» Con queste parole, qualche anno fa, la Collega Dr.ssa Caterina Pesce mi comunicò la sua decisione di trasferimento dalla Sala Operatoria del Presidio Ospedaliero "San Paolo" ai Servizi Territoriali della medesima ASL Bari.

Conoscevo molto bene Caterina, la sua serietà e competenza professionale, lo straordinario senso di responsabilità per gli impegni assunti, la capacità di programmare, di organizzare e perseguire progetti condivisi, nonché quella spinta interiore che alcune persone avvertono verso il rispetto dei doveri e dei diritti di cui, come Rappresentante Aziendale della più grande Azienda Sanitaria del Sud d'Italia, si faceva interprete con la capacità di emozionarsi e di indignarsi, e allo stesso tempo di smorzare i contrasti con un sorriso.

Anche di questo parlammo in quella telefonata, ben sapendo Caterina che la nuova attività sul territorio l'avrebbe allontanata dalle problematiche ospedaliere, rendendo di fatto molto difficile lo svolgimento del suo ruolo sindacale, di cui per tale motivo stava per passare il testimone.

Caterina sapeva affrontare e superare le difficoltà personali, anche di salute, sempre con serenità e speranza, anche in prospettiva del

futuro professionale che la attendeva al servizio dell'assistenza domiciliare dei pazienti fragili.

Ma quello che Caterina invece non poteva certamente prevedere fu un fulmine a ciel sereno, che sconvolse letteralmente la sua vita e che nessuno che l'abbia conosciuta si sarebbe mai potuto aspettare: nell'aprile del 2014 fu accusata, e denunciata alla Procura, di essersi rifiutata di assistere a domicilio una paziente con SLA per sostituire una cannula tracheostomica.

Alcune figure istituzionali, anche sui media, si scatenarono in una gogna mediatica di accuse tanto assurde quanto travisatorie della realtà dei fatti (un esempio tra tutti: http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=21121).

Gli Anestesisti Rianimatori, tanti, che la conoscevano, e per tutti loro anche l'AAROI-EMAC, per tramite del suo Presidente (http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=21193), così come l'OMCeO di Bari (http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?approfondimento_id=5044) stigmatizzarono pubblicamente la ricerca di un capro espiatorio su cui scaricare colpe inesistenti, a danno della stessa giustizia che con pericolosa faciloneria - occorre sottolineare - in troppi confondono con la tortura mediatica giustizialista. Caterina, coraggiosamente co-

me sempre aveva affrontato ogni difficoltà, confidandomi anche personalmente il suo dolore, riuscì a trovare nel massacro di cui fu vittima una ragione in più per la massima determinazione nello svolgimento del suo lavoro a favore dei pazienti domiciliari, pur senza mai riuscire a guarire dalle mortali ferite professionali che le erano state inferte con tanta leggerezza e ingiustificata spietatezza.

L'inchiesta fu rapidamente conclusa per assoluta totale infondatezza delle accuse, ma nessuno dei giustizialisti dell'epoca si sentì in dovere di porre rimedio alle gravissime e infamanti dichiarazioni rese.

Caterina ci ha lasciati qualche giorno fa, in un tragico incidente stradale avvenuto durante la sua attività di servizio, mentre rientrava alla sua sede territoriale, da dove giornalmente partiva, dopo aver accudito un paziente SLA in assistenza domiciliare.

Caterina era una mia grande Amica, e perciò desidero esprimere ciò che provo con i versi finali di una bellissima canzone, dedicati per l'appunto ad una Amica: «Voglio però ricordarti com'eri, pensare che ancora vivi, voglio pensare che ancora mi ascolti e che come allora sorridi».

Antonio Amendola
Presidente AAROI-EMAC Puglia

Il 13° Congr

**Oltre 500 Colleghi si sono incontrati a Roma dal 25 al 27 Maggio
 "Le nuove frontiere in Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Area Critica e Dolore".**

Si è chiuso il 27 Maggio il 13° Congresso SIARED che si è svolto nella sede di Roma Eventi - Fontana di Trevi a Roma. Ancora una volta è stata un'occasione di approfondimento di altissimo livello dedicato ad alcuni temi fondamentali per gli Anestesisti Rianimatori e per i Colleghi dell'Emergenza-Area Critica.

Focus del Congresso è stato il rapporto tra nuove tecnologie e professione che ha fatto da filo conduttore a tutte le Sessioni e ai diversi workshop.

"L'applicazione delle nuove tecnologie è fondamentale in tutte le aree che ci riguardano direttamente" - ha spiegato Adriana Paolicchi, Presidente SIARED - *"Per trattare il paziente critico in Terapia Intensiva, così come per quel che riguarda l'Anestesia."*

La tailored anestesia, ad esempio, ovvero l'anestesia a misura di ogni paziente, sta sostituendo l'approccio con dosaggi standard dei farmaci."

Un monitoraggio adeguato ci permette di migliorare le nostre conoscenze - ha affermato Paolicchi - in modo da rispondere meglio alle esigenze di ogni singolo individuo. Oggi, i pazienti sono sempre più anziani e hanno delle caratteristiche diverse rispetto ai più giovani".

L'applicazione delle nuove tecnologie è importante anche in tanti altri casi, come nella terapia del dolore e nel trattamento post-chirurgico con tecniche loco-regionali diverse per ogni tipo di intervento.

"Oggi nella gestione del malato è giusto tener conto di diversi fattori: dell'antibiotico terapia evidence based, della programmazione e del trattamento del delirio - ha sottolineato la Presidente SIARED - la cui prevenzione è multidimensionale e deve prevedere tra l'altro un trattamento adeguato del dolore, l'uso limitato della sedazione profonda, la mobilitazione precoce, la promozione del sonno, la rimozione precoce dei mezzi di contenimento".

L'obiettivo è quello di favorire il passaggio dal laboratorio al letto del paziente anche attraverso la cosiddetta medicina traslazionale. Un approccio che mira ad *"avvicinare i risultati della grande opera di ricerca nei laboratori al progresso clinico e in ulti-*



Questo gap è il fattore critico - ha sottolineato Vergallo - La sfida è quindi riuscire a superarlo cercando di ottimizzare la distribuzione dei fondi, anche andando ad individuare i centri di eccellenza su cui focalizzare la maggior parte degli interventi operatori o delle degenze in rianimazione".

Per Vergallo le innovazioni che promettono di avere un maggiore impatto sul lavoro sono quelle che riguardano *"la strumentazione diagnostica, che consente ad esempio di aumentare la sicurezza delle cure"*. Ricerca e innovazione, inoltre, mettono sempre più il medico nelle condizioni di doversi confrontare con problematiche di impatto etico, anche in relazione alle scelte cliniche da compiere.

"Le nuove tecnologie devono essere guidate nella loro applicazione da uno sviluppo dell'etica professionale - ha affermato il Presidente AAROI-EMAC - Se ho teoricamente a disposizione un nuovo ritrovato, come medico sono obbligato

sottolineato nel corso della Relazione - è critico tanto quanto quello che soffre di asma. Soprattutto nel postoperatorio il rischio di complicazioni è concreto.

L'inquadramento del paziente, soggetto a russamento o ad apnee notturne, è fondamentale durante la visita preoperatoria nel corso della quale la sussistenza di queste condizioni deve essere adeguatamente indagata e valutata ai fini di un percorso operatorio predisposto nella massima sicurezza possibile.

Nella stessa Sessione si è parlato dell'insufficienza respiratoria grave e sulle corrette modalità di cura del bambino, soprattutto di quello di età inferiore ai tre anni. Quasi il 50% dei pazienti pediatrici - è stato evidenziato - viene trattato nelle terapie intensive per adulti e non in tutte le Regioni esistono terapie intensive pediatriche.

L'insufficienza respiratoria grave (ARDS) nel bambino è la conseguenza di situazioni critiche come possono essere per esempio una sepsi, l'annegamento, la bronchiolite, la pertosse o anomalie congenite. Se colpisce i bambini entro i 3 anni, per quanto risolvibile, ha una percentuale di insuccesso che varia tra il 25 e il 35%.

Altre importanti Sessioni hanno approfondito i temi del trauma cranico e addominale, del dolore postoperatorio e cronico e delle situazioni complesse nella paziente ostetrica.



mo al beneficio per i pazienti".

Come per tutti gli approcci nuovi, la corretta applicazione della medicina traslazionale incontra ancora ostacoli, a causa del persistere di limiti formativi, tecnologici e organizzativi in ambienti sanitari. E questo nonostante l'obiettivo sia proprio eliminare le barriere che troppo spesso si creano tra il laboratorio e la clinica. Una problematica comunque destinata a cambiare: l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche - come spiegato nella sessione intitolata *"Gap tra scienza, evidenza e applicazione pratica"* - sta rapidamente modificando i percorsi di cura verso un futuro avvicinamento tra i due poli per offrire le migliori cure al paziente.

"Stiamo assistendo ad un progresso estremamente rapido delle nuove tecnologie, che si traducono in strumentazioni sempre più sicure e sofisticate per la tutela dei pazienti ma anche degli operatori sanitari, medici in primis, che si occupano di loro nelle situazioni più delicate - ha affermato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC in un commento ai microfoni dell'Agenzia DIRE - Il rovescio della medaglia è che al progresso tecnologico così rapido non corrispondono adeguati stanziamenti per le risorse necessarie ad acquistare le nuove tecnologie da mettere a disposizione.

eticamente a usarlo per assicurare la migliore qualità delle cure. Ma se invece ho delle difficoltà a reperirlo nel mio ospedale, si pone un problema che non possiamo certo affrontare da soli: la politica e gli amministratori del Servizio sanitario nazionale devono dare una mano nel trovare coerenza tra il progresso tecnologico e la disponibilità di strumentazioni e attrezzature".

Numerosi gli altri temi emersi nei tre giorni. Nella Sessione dedicata alla *"Ventilazione in terapia intensiva e in sala operatoria"* - ad esempio - si è parlato di diversi aspetti tra cui la gestione dei pazienti che soffrono di OSA (Obstructive Sleep Apnea).

E' fondamentale - nel momento della visita preoperatoria - identificare i pazienti a maggior rischio ed essere in grado di riconoscerne i segnali.

Il paziente che soffre di OSA - è stato



esso SIARED

in occasione del 13° Congresso SIARED. Tre giorni dedicati a
Tutte le immagini sono disponibili al link: <https://www.flickr.com/photos/aaroi-emac/>

Critical Care e Medicina delle Catastrofi



Anche alla luce dei terribili avvenimenti che negli ultimi mesi si sono verificati in Italia, una delle Sessioni del 13° Congresso SIARED è stata dedicata alla Critical Care e alla Medicina delle Catastrofi (nella foto in alto alcuni dei Relatori).

Il punto di partenza è stato il quadro dell'elisoccorso in Italia. In dieci anni la situazione non è affatto cambiata. Per quel che riguarda l'elisoccorso e la formazione ad esso collegata ancora oggi il Paese va avanti a diverse velocità, con Regioni che offrono un servizio di eccellenza ed altre in cui addirittura non esiste. Mancano di-

rettive nazionali che impongano un sistema organizzativo unico e obbligatorio in tutta l'Italia. Eppure, i dati dimostrano che l'elisoccorso è un servizio salvavita indispensabile, in particolar modo in un Paese ricco di zone impervie e purtroppo non di rado flagellato da diverse calamità.

La situazione - ha spiegato Franco Marinangeli, Consigliere SIARED - è ferma all'Accordo Stato-Regioni n°2200 del 3 febbraio 2005 - "Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero" che di fatto non impone alcuna precisa regola a livello nazionale, lasciando ampi spazi a libere interpretazioni regionali o addirittura locali.

Gli ultimi dati disponibili parrebbero risalire infatti al 2010; forse oggi, rispetto ad allora, la situazione è migliorata, ma sicuramente non è stato ancora fatto il salto di qualità necessario a mettere in sicurezza l'intera penisola. Nel 2010 risultavano cen-

site 50 stazioni di elisoccorso, per il 68% a servizio di zone di montagna, soltanto 3 in più rispetto al 2004, con 11 elicotteri per i voli notturni rispetto ai 6 del 2004. In alcune Regioni non esisteva l'elisoccorso e sappiamo che a tutt'oggi permangono situazioni simili in territori difficili.

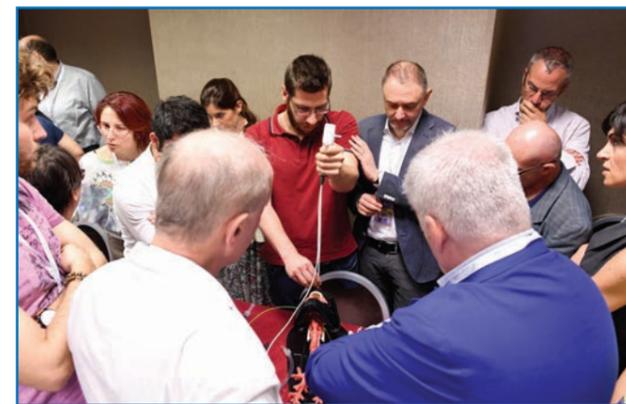
Eppure l'importanza di un elisoccorso con mezzi tecnologicamente è stata ribadita dal Dr Gianluca Facchetti che nel corso della Sessione ha ripercorso - come già anticipato su queste pagine - la terribile vicenda dell'Hotel Rigopiano. Al termine della relazione è emersa chiaramente la necessità di dotarsi di mezzi sempre più avanzati in grado di affrontare anche situazioni estreme.

Su un altro tragico evento ha fatto il punto il Dr Gaetano Dipietro, Presidente dell'Associazione Italiana di Medicina delle Catastrofi, con un'analisi sull'incidente tra due treni tra Andria e Corato in Puglia.

I Workshop

Notevole successo hanno avuto i sette workshop (uno in doppia edizione) proposti dal programma congressuale.

Di seguito due immagini, una selezione più ampia è disponibile su: www.flickr.com/photos/aaroi-emac/.



Le Aule



Oltre il Congresso

Simulazione a tutto campo

Cinque postazioni per 50 Colleghi

Cinque postazioni con altrettanti manichini interattivi per la formazione di 50 Colleghi. E' il percorso formativo dal titolo "Il Paziente al Centro in 5 mosse" che si è svolto a Roma come evento parallelo al 13° Congresso SIARED che ha dedicato grande spazio all'aspetto pratico con diversi workshop. Un'intera area dedicata alla simulazione allestita per fare in modo che i discenti - dopo una introduzione teorica - facessero pratica seguiti dai tutor.

Nello specifico il percorso prevedeva cinque stazioni con relativi manichini per un'esercitazione di ACLS, Epidurale, Gestione delle vie aeree, Broncoscopia, Accessi venosi centrali eco guidati.

«La sala allestita nell'ambito del Congresso SIARED - ha spiegato Gilberto Fiore, Coordinatore degli Istruttori del Centro AAROI-EMAC "SimuLearn" - è stata indicativa della tecnologia utilizzata nella simulazione, e i simulatori mostrati sono quelli più innovativi. La sessione dei lavori ha tratto spunto da quanto viene svolto tutte le settimane presso il Centro AAROI-EMAC "SimuLearn" di Bologna, che ogni anno offre corsi di simulazione avanzata a più di 1.000 Discenti nostri Iscritti».



I Premi

I Due Premi Poster

"Giuria Popolare" e Comitato Scientifico



Anche quest'anno, al 13° Congresso SIARED doppia premiazione per il Premio destinato ai Poster. Nella cerimonia di chiusura sono stati, infatti, assegnati il Premio per la sezione "Vota il Poster" e il Premio "Miglior Poster". Le scelte,

nel rispetto dei requisiti richiesti dal regolamento, sono state determinate, nel primo caso, dal voto dei partecipanti al Congresso che hanno espresso la propria preferenza attraverso l'APP MySIARED, l'altro premio è stato invece assegnato dal Comitato Scientifico del Congresso.

Il Premio "Miglior Poster", frutto della selezione fatta in precedenza tra i lavori proposti ed esposti nel corso del Congresso, è stato assegnato ai dottori Sartini, Sordani e Reineke dell'UO di Anestesia e Terapia Intensiva dell'IRCCS San Raffaele di Milano che hanno presentato il lavoro "Transversus abdominis plane block for postoperative analgesia reduces intrathecal morphine dosage in laparoscopic liver surgery".

Vincitore del Premio "Vota il Poster" è stato invece il lavoro "Polmonite associata alla ventilazione (VAP): due differenti modalità di applicazione delle strategie di prevenzione" dei dottori Gattari, Iacobone, Boncagni, Bonifazi, Carbone, Elisei, Gorgoglione, Minnucci, Zompanti e Tappatà del Servizio di Anestesia e Rianimazione Ospedale di Macerata Area Vasta 3 ASUR Marche.



TEG APP: diagnostica veloce per la coagulazione

Vincitore III Memorial Rambaldi

Una APP per fornire un supporto nella diagnostica della coagulazione in diversi scenari clinici ed una soluzione mirata e tempestiva nel trattamento delle coagulopatie per accorciare i tempi del laboratorio tradizionale. È TEG APP, il progetto vincitore del "III Memorial Marco Rambaldi - APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI - AR StartAPP", messo a punto dal team del Dipartimento di Cardio-anestesia e Terapia Intensiva Post-Cardiochirurgica - Ospedale Santa Maria - Bari, GVM Care and Research. A ritirare il Premio, di 5000,00 stanziati dall'AAROI-EMAC Emilia Romagna ed EmiMed s.r.l, è stato il Project Leader Pasquale Raimondo che ha ritirato la targa di riconoscimento in chiusura del 13° Congresso SIARED. Una volta realizzata, la APP fornirà inoltre tracciati di riferimento per un rapido consulto ed un modulo dedicato agli aggiornamenti della letteratura, con particolare riferimento alla cardio-anestesia/terapia intensiva post-cardiochirurgica.

LE PARTITE APERTE

Anestesisti vs Oculisti

L'intervento AAROI-EMAC, SIAARTI, SIARED

Il documento congiunto inviato agli Enti del SSN



TIVE SULLA CHIRURGIA DELLA CATARATTA approvate il 25 ottobre 2014 - Primo Aggiornamento novembre 2015 - Secondo Aggiornamento ottobre 2016, alle scriventi AAROI-EMAC, SIAARTI, SIARED corre l'ormai inderogabile obbligo di rappresentare quanto segue:

Anche in seguito alle tante segnalazioni di Colleghi su come far fronte alle diffuse richieste da parte degli Oculisti di prendere in carico i pazienti per interventi a bassa complessità ed in presenza di anestesia topica, l'AAROI-EMAC, la SIAARTI e la SIARED hanno inviato via PEC un documento congiunto a tutti gli Enti del SSN per sottolineare quanto segue:

«in relazione alle pretese della S.O.I. e della A.S.M.O.O.I. di riservare a TUTTE le procedure chirurgiche oculistiche – comprese quelle eseguite in anestesia locale – “preventiva visita e valutazione anestesiológica del paziente operando” e “presenza del medico anestesista durante l'intervento chirurgico”, rifacendosi alle “LINEE GUIDA CLINICO ORGANIZZA-

1) le suddette “Linee Guida”, redatte unilateralmente dalla S.O.I. SENZA alcuna condivisione coinvolgente le scriventi AAROI-EMAC, SIAARTI, SIARED, hanno completamente annullato, nel merito delle prestazioni anestesiológicas in corso di interventi chirurgici oculistici, ogni precedente endorsement da parte delle stesse a qualsivoglia raccomandazione edita dalla S.O.I. e/o dalla A.S.M.O.O.I., non essendo certamente tenuti i Medici Anestesisti Rianimatori a qualsivoglia adesione forzosa alle “Linee Guida” in questione;

2) pertanto, non può e non deve essere scaricata sui Direttori/Responsabili delle UU. OO. di Anestesia e Rianimazione degli Enti Pubblici e Privati del SSN, né tantome-

no su singoli Medici Anestesisti Rianimatori, qualsivoglia presunzione di necessità di assistenza o di prestazione anestesiológica contenuta nelle “Linee Guida” in questione;

3) per quanto riguarda le suddette necessità, si richiamano, per analogia, i principi già enunciati nelle Raccomandazioni Organizzative AAROI-EMAC, SIAARTI, SIARED relative alla “Chirurgia a bassa complessità” e alla “NORA” del 2013; in sostanza, per le scriventi “E' evidente che nei casi in cui non sia stata preventivamente richiesta alcuna prestazione di natura anestesiológica, non è necessario che il medico anestesista-rianimatore effettui alcuna valutazione pre-operatoria. In questi casi è comunque necessario che sia congruamente prevista ed organizzata una disponibilità di un Medico Specialista in Anestesia e Rianimazione presente nella struttura ospedaliera a poter intervenire tempestivamente ed efficacemente, per situazioni di urgenza e di emergenza imprevedute e/o imprevedibili, con prestazioni di natura rianimatoria”.

Peraltro, l'eventuale eccezionale necessità di assistenza anestesiológica in corso di interventi chirurgici oculistici (o di qualsivoglia al-

tra specialità medica) effettuati in anestesia locale, qualora indispensabile a causa di allocazioni logistiche di Sale Operatorie che rendano impossibile la “disponibilità di un Medico Specialista in Anestesia e Rianimazione presente nella struttura ospedaliera a poter intervenire tempestivamente ed efficacemente, per situazioni di urgenza e di emergenza imprevedute e/o imprevedibili, con prestazioni di natura rianimatoria” non può prescindere, evidentemente ed obbligatoriamente, da un corrispondente avvenuto e documentato incremento delle risorse di Personale Medico Specialista in Anestesia e Rianimazione a disposizione delle dotazioni organiche delle relative Unità Operative coinvolte, o una corrispondente riduzione delle restanti attività chirurgiche che per legge necessitano di prestazioni specialistiche anestesiológicas».

Immediata la risposta SOI - ASMOOI, non solo attraverso la stampa, ma anche tramite una richiesta di deferimento nei confronti dei Presidenti firmatari del documento ai rispettivi Ordini.

I testi sono recuperabili sulla testata:

www.quotidianosanita.it

L'AIMO chiede un protocollo condiviso

L'Associazione Italiana Medici Oculisti (AIMO) è intervenuta - attraverso Quotidiano Sanità - nel dibattito sul tema degli interventi alla cataratta. Di seguito il testo pubblicato sulla testata online:

«L'intervento di cataratta non rappresenta un intervento a bassa complessità ma consiste in un intervento di microchirurgia oculare che può presentare in alcuni casi notevoli difficoltà (pazienti diabetici, pazienti in terapia con farmaci per ipertrofia prostatica, pazienti con condizioni anatomiche particolari ecc).

Dal 2006 ad oggi si sono succedute notevoli evoluzioni nella tecnica chirurgica di facoemulsificazione che ad oggi viene eseguita, nella gran parte dei casi, in anestesia topica e che, da qualche tempo, può avvalersi dell'utilizzo del laser a femtosecondi per l'esecuzione di alcune fasi chirurgiche.

Proprio perchè eseguito prevalentemente in anestesia topica, l'intervento è stato inserito tra gli interventi eseguibili in regime ambulatoriale, pur necessitando di strumentazioni sofisticate e costose.

Riteniamo che sia necessario un protocollo condiviso tra le Società che rappresentano gli oculisti e le Società che rappresentano gli anestesisti per razionalizzare il percorso che il paziente deve effettuare dal momento della presa in carico da parte delle strutture e dei professionisti fino all'intervento chirurgico.

Il percorso, a nostro parere, può essere “personalizzato”, fermi restando per tutti i pazienti la preparazione dell'accesso venoso, il monitoraggio intraoperatorio dei parametri vitali e la presenza dell'anestesista nel blocco operatorio o comunque la certezza che l'anestesista possa intervenire in tempi adeguati in caso di necessità. Siamo sicuri che l'interesse principale dei medici oculisti e dei medici anestesisti è il bene del paziente e proprio per tutelarlo è necessaria la più ampia collaborazione nel definire il percorso che possa salvaguardare al meglio la sicurezza di pazienti e operatori.

Ci piacerebbe sapere cosa ne pensano gli anestesisti di AAROI-EMAC, SIAARTI e SIARED».

Dialogo? Volentieri, ma con interlocutori di buon senso

La risposta e i chiarimenti del Presidente Nazionale AAROI-EMAC

L'equilibrato intervento dell'Associazione Italiana Medici Oculisti (AIMO) ci offre l'occasione per evidenziare come solo con la ragionevolezza sia possibile un dialogo tra professionisti della salute finalizzato a garantire ai Cittadini/Pazienti cure di qualità, in sicurezza, ma anche con adeguata appropriatezza di impiego delle risorse. Le basi per un dialogo, che l'AIMO ci propone, ci paiono infatti improntate al buon senso.

Invece, non abbiamo né tempo né voglia, per ora, di difenderci nelle sedi più opportune dalle stupefacenti aggressioni che stiamo subendo da parte della SOI (Società Oftalmologica Italiana) e della ASMOOI (Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani) attraverso accuse, esposti, ed ogni altro tipo di simili ridicole cortesie. Abbiamo molte altre cose più serie da fare.

Tuttavia, ci corre l'obbligo, con l'occasione, di iniziare a rivolgere alcune nostre precisazioni sia a tutti i Colleghi Oculisti, sia a tutti i Cittadini/Pazienti che necessitano di interventi chirurgici oftalmici.

Ai Colleghi Oculisti, in primo luogo, facciamo presente che gli Anestesisti Rianimatori non possono certamente, almeno stanti le attuali risorse umane disponibili sia nelle strutture pubbliche sia in quelle private del SSN, “stabilire chi può sottoporsi alla operazione adottando una anestesia topica e chi, invece, presenti caratteristiche che richiedono un altro tipo di sedazione” (affermazione scientificamente e strumentalmente errata, perché l'anestesia topica non è una sedazione), come invece pretendono la SOI (Società Scientifica che degli Oculisti rappresenta solo una parte) e l'ASMOOI (“Organizzazione Sindacale” che in base alle rilevazioni ufficiali ARAN riguardanti gli Ospedali Pubblici parrebbe attualmente rappresentare solo due iscritti). Tale “presa in carico”, infatti, oltre che essere smisuratamente sovradimensionata se applicata a tutti gli interventi chirurgici o invasivi – e quindi, per almeno pari dignità di altre specialità mediche, non solo oculistiche – elettivamente eseguiti in anestesia topica o locale, richiederebbe come minimo di raddoppiare il numero di Anestesisti Rianimatori negli Ospedali Italiani. Se la SOI e l'ASMOOI avessero la forza di imporne alla politica l'assunzione di altri 15.000, magari non ci opporremo a prendere in carico nei



meno pazienti candidati alla rimozione dei peli incarniti. Ma qualora, come è probabile, questo non dovesse avvenire, non ci straceremo le vesti: riteniamo che l'indubbia necessità di incrementare gli Anestesisti Rianimatori nei nostri Ospedali abbia altre più fondate ragioni.

Inoltre, sempre ai Colleghi Oculisti, sommamente rivolgiamo l'invito a riflettere su quale reale tutela possa venir loro a favore dall'eventuale porre in atto il comportamento suggerito dalla SOI e dalla ASMOOI, che in sostanza sarebbe – a quanto da ultimo par di capire – di richiedere un Anestesista che “prenda in carico” ogni prestazione chirurgica oftalmica, almeno con una “visita anestesiológica”, in pratica una sorta di lasciapassare di cui non si comprende l'utilità clinica, dato che nelle comuni prassi adottate chi segue questo comportamento pretende che non interferisca con le tempistiche del percorso chirurgico prestabilito (ci giunge notizia che in alcune realtà si pretenderebbe l'esecuzione di tale visita addirittura pochi minuti prima dell'intervento). In caso tale “presa in carico” non potesse avvenire, par di capire che la SOI e la ASMOOI non ritengano gli interventi in questione da doversi rinviare, ma da potersi eseguire comunque, facendosi garanti che per gli Oculisti l'avanzare una semplice richiesta di “presa in carico” anestesiológica, pur se inevasa, costituisca un motivo attenuante, o addirittura esimente, da ogni ipotesi di colpa, in ambito sia civile che penale, in un eventuale contenzioso che dovesse chiamarli in causa. Orbene, se così fosse, non essendo

necessario possedere conoscenze giuridiche né medico-legali troppo approfondite per comprendere come tale comportamento costituirebbe invece esattamente (e pesantemente) un'aggravante, riteniamo che i Colleghi Oculisti meritino più prudenti consigli di tutela della loro professionalità.

O, sempre se così fosse, si dovrebbe forse sospettare, almeno in certi casi, che il motivo di questo apparentemente spiazzante suggerimento possa essere la salvaguardia dell'attività libero-professionale privata, dove il paziente è un “cliente pagante” e dove ogni “perdita di tempo” significa minori introiti? Ebbene, se così fosse, sarebbe opportuna più d'una riflessione.

Ai Cittadini/Pazienti candidati ad interventi chirurgici oculistici, comunque sia, diciamo che non meritano di essere terrorizzati: gli Anestesisti Rianimatori Italiani hanno sempre garantito la propria necessaria presenza e assistenza specialistica nei casi in cui essa sia effettivamente tale. Del resto, la progressione delle tecniche chirurgiche consente da molti anni, soprattutto in campo oftalmico, un sempre minor ricorso all'anestesia generale e financo all'anestesia locale (peri- o retro-bulbare), potendo invece una anestesia locale topica (collirio per i non addetti ai lavori) associata a blanda sedazione cosciente essere eseguita da qualsiasi medico, o sotto la sua supervisione, o sotto la sua indicazione, fermo restando il necessario monitoraggio per tutti i pazienti sottoposti ad intervento, oltre che la disponibilità dell'Anestesista Rianimatore a poter intervenire tempestivamente in caso di necessità, come abbiamo inequivocabilmente affermato nel nostro documento. I Cittadini/Pazienti meritano la garanzia di poter affidare la propria salute e la propria serenità a professionisti la cui organizzazione di lavoro sia declinata in percorsi di cura efficaci, efficienti, appropriati, e non influenzata da atteggiamenti di medicina difensiva.

In ogni caso, cogliendo volentieri l'invito dell'AIMO, gli Anestesisti Rianimatori sono disponibili a riaggiornare insieme a tutti i Colleghi Oculisti di buon senso, per gli interventi chirurgici oftalmici, percorsi condivisi che possano salvaguardare ed implementare al meglio la sicurezza di Pazienti e Operatori.

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale AAROI-EMC

LE PARTITE APERTE

**Gli Specialisti Ambulatoriali non possono svolgere attività ordinarie di reparto
L'AAROI-EMAC chiede il rispetto della normativa**

I Medici Specialisti Ambulatoriali in rapporto di Convenzione con un'Azienda Ospedaliera non possono svolgere attività ordinarie di reparto, cioè in regime di ricovero, di degenza e di diagnosi e cura. È questo un dato di fatto che dovrebbe essere ormai ben chiaro sebbene venga spesso aggirato per sopperire alle carenze di organico dei reparti ospedalieri, Rianimazioni e Sale operatorie comprese. Anzi, in alcuni casi, si preferisce addirittura affidare incarichi a personale esterno alla struttura ospedaliera, piuttosto che attingere alle graduatorie di mobilità. Una prassi inaccettabile e osteggiata dall'AAROI-EMAC in più occasioni anche attraverso il ricorso a pareri legali. Concetto ribadito ancora una volta in un recente intervento su Quotidiano Sanità.

“Se la denominazione è di Specialisti Ambulatoriali Interni ed il rapporto di lavoro è regolamentato da un Accordo Collettivo Nazionale stipulato con la SISAC e non da un CCNL stipulato con l'ARAN, un motivo e delle differenze con la Dirigenza Medica ci dovranno pur essere”, ha ribadito l'AAROI-EMAC.

“La differenza che appare principalmente evidente, solo per citarne una, risiede nel fatto che il medico specialista ambulatoriale ha un rapporto libero professionale in convenzione ed è retribuito sulla base delle ore di attività effettivamente prestate, mentre il medico che esercita la propria attività nel Servizio Sanitario Nazionale è uno Specialista Dipendente con incarico dirigenziale, incardinato dal momento dell'assunzione in una struttura di appartenenza in coerenza con l'area e la disciplina di

appartenenza”.

“...Occorre quanto prima normalizzare la situazione, riportando in regola le strutture ospedaliere che attualmente non lo sono, prevedendo il completamento degli organici attraverso la regolare assunzione di Medici Specialisti secondo quanto previsto dal CCNL.

Non si esclude - prosegue la nota AAROI-EMAC - a priori un'ipotesi di stabilizzazione nei confronti degli Specialisti Ambulatoriali che lavorano all'interno degli ospedali ormai da anni, ma una simile azione va valutata con attenzione, a partire dalla disponibilità del professionista a passare da un contratto di convenzione ad uno di dipendenza.

In generale, però, i Medici Specialisti Ambulatoriali - qualora vogliano lavorare nei reparti ospedalieri - devono seguire la strada percorsa da tutti i Dirigenti Medici Ospedalieri, ossia, la partecipazione a regolari Concorsi Pubblici. È infatti impensabile che si utilizzi l'ACN come strada privilegiata per arrivare in reparto passando avanti addirittura a chi è in graduatoria da anni”.



Stop Cooperative nel SSN

L'AAROI-EMAC ha chiesto al Ministro Lorenzin di intervenire una volta per tutte sull'ormai dilagante ricorso da parte di Enti del SSN ad “operatori economici esterni” per completare gli organici. Una pratica non prevista dal CCNL e che deve essere vietata.

«Il reclutamento di Medici specialisti attraverso Cooperative sta diventando una prassi, tollerata in nome di un'emergenza che evidentemente fior di Direttori Generali e Commissari nominati dalla politica non sono stati in grado di prevedere - afferma Alessandro Vergallo, Presidente AAROI-EMAC -. Sono anni che lanciamo l'allarme su organici incompleti quando non ridotti all'osso, così come sulla carenza ormai cronica di Anestesisti Rianimatori all'interno delle Unità Operative. La situazione oggi è drammatica, ma non per questo si può consentire il ricorso ad una modalità di “copertura dei buchi” del tutto illegale e seriamente rischiosa per il paziente.

Oltre alla segnalazione da parte dei Colleghi e alle situazioni emerse attraverso i media, siamo arrivati al punto che le Cooperative stesse ci contattano per descriverci i servizi offerti, mostrando con orgoglio di avere Presidi Ospedalieri tra i propri clienti».

Di fronte ad un simile paradosso, l'AAROI-EMAC ha deciso di segnalare tramite PEC al Ministero della Salute e agli uffici di competenza tutte le situazioni di cui verrà a conoscenza.

“Considerando il dilagare di questo deplorabile fenomeno, temiamo che la casella di posta del Ministro rischi di essere sommersa dalle nostre PEC - conclude Vergallo -. Ciò non toglie che riteniamo un nostro preciso dovere informare le Istituzioni ed esortare un loro intervento. Speriamo solo che la risposta sia diversa dall'ostinato silenzio da noi ricevuto per le ripetute segnalazioni sull'impossibilità di inserire la partoanalgesia nei LEA senza prevedere l'assunzione di Anestesisti Rianimatori. Ricordiamo infatti al Ministro che se già prima c'era una carenza di 3500 Anestesisti Rianimatori, con l'approvazione dei LEA, si stima che ne mancheranno circa 5000. Oppure dobbiamo immaginare che anche per garantire questo presunto diritto si stia pensando di ricorrere alle Cooperative?”.



Riforma Pubblico Impiego - Medici Ospedalieri a rischio

sidente AAROI-EMAC, presente al Sit In -, perpetuando un blocco che ha portato a una perdita di oltre 700 milioni di euro. È inaccettabile fare tutto questo senza una interlocuzione, e poi magari per il rinnovo del contratto ci vengono proposti 85 euro mensili anziché 800...”.

La manifestazione non è tuttavia servita a convincere il Governo a fare marcia indietro. Il testo di modifica del D.Lgs 165/2001 e della Legge 124/2015 è stato approvato in Consiglio dei Ministri lo scorso maggio e pubblicato in Gazzetta Ufficiale con un testo diverso da quello diffuso all'indomani del CdM che avrebbe mostrato cenni di apertura in particolare sulla RIA. Netta la posizione dell'AAROI-EMAC che ha immediatamente dichiarato l'assoluta insoddisfazione degli Anestesisti Rianimatori rispetto al testo approvato.

“L'unica cosa certa - ha affermato il Presidente AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo - è che

il provvedimento approvato azzererà (o quantomeno ridurrà al lumicino) i fondi per posizioni e risultato, oltretutto disperdendoli nei mille rivoli delle contrattazioni decentrate aziendali, le quali storicamente non hanno mai consentito di aver precisa contezza della reale destinazione finale delle risorse economiche contrattuali destinate ai medici, mentre la salvaguardia della retribuzione individuale di anzianità rinviata all'atto di indirizzo e alla successiva contrattazione - magari anch'essa aziendale - minaccia di essere un massacro annunciato.

Per i medici precari, poi, si tratta di una vera e propria beffa. La stabilizzazione operata dalla Riforma pare infatti non riguardare i dirigenti medici, rinviandoli all'applicazione (semplicemente “prorogata”) della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che da oltre due anni ha avuto efficacia applicativa tragicomica.

Non è così che dovrebbe funzionare un Paese civile. Dopo anni di blocco dei contratti è necessario trovare risorse adeguate per tutte le categorie, non toglierle ad alcune per darle ad altre, per giunta con talune semisommerse benedizioni anche sindacali che gli “addetti ai lavori” conoscono benissimo”.

Il testo completo del Comunicato Stampa al link:
www.aaroiemac.it/website/pubblico-impiego-la-modifica-non-basta-pronti-alla-mobilizzazione-n1276.html

Si è svolto il 16 Maggio davanti a Palazzo Vidoni a Roma, il Sit In di protesta dei Rappresentanti dell'Intersindacale dei Medici, Veterinari e Dirigenti Sanitari. Una delle diverse iniziative messe in campo dalle OO.SS. per riuscire a portare in primo piano le preoccupazioni su alcuni aspetti del Testo Unico sul pubblico impiego ritenuti in grado di compromettere la funzionalità del Servizio Sanitario Nazionale nonché l'iter dei rinnovi contrattuali, da tutti auspicati dopo un blocco durato 8 anni.

“La riforma Madia agisce sui nostri fondi - ha spiegato alla stampa Fabio Cricelli, Vice Pre-

COSMED

Contratto: positiva l'apertura delle trattative, ma attenzione alla prossima Legge di Bilancio

“Siamo soddisfatti per l'avvio delle trattative dopo un blocco di 8 anni, ma non possiamo tacere che la lunga pausa negoziale ha portato ad una situazione anomala: il finanziamento del contratto, ipotizzato nella direttiva Madia, deve essere ancora definito dalla prossima legge di bilancio. È, pertanto, indispensabile sorvegliare l'iter della legge contemporaneamente all'apertura delle trattative di ciascuna area”.

Questo il commento del Segretario Generale COSMED, Giorgio Cavallero, che insieme alle altre Confederazioni ha partecipato lo scorso 27 Giugno all'incontro all'ArAn che ha aperto formalmente la stagione per i rinnovi dei contratti di lavoro del pubblico impiego.

“La prossima legge di bilancio, oltre a rifinanziare i contratti, dovrà affrontare il nodo della detassazione e decontribuzione del salario accessorio. La stessa Direttiva Madia ammette che per quanto riguarda “regimi fiscali agevolati la loro eventuale estensione al servizio pubblico, determinando minor gettito erariale, necessita di un intervento di carattere legislativo”, smentendo alcune interpretazioni entusiastiche dell'accordo del 30 novembre 2016.

La detassazione è stato l'elemento decisivo per il varo dei contratti nel settore privato, sarebbe grave, discriminatorio e anticostituzionale, che tale previsione fosse negata ai dipendenti pubblici. Per la COSMED,

in materia di relazioni sindacali, deve cessare l'abitudine di stravolgere i contratti con successivi interventi legislativi come avvenuto in questi anni.

Anni nei quali il servizio pubblico ha perso circa 300.000 posti di lavoro di cui 40.000 nel servizio sanitario (oltre 10.000 tra medici, dirigenti sanitari e altri dirigenti) e il monte salari annuo si è ridotto di 11 miliardi: non si tratta pertanto di trovare nuove risorse, ma semplicemente di cessare il saccheggio di quelle già esistenti nel sistema. Va difeso e consolidato il recupero delle progressioni economiche dei cessati come strumento di mantenimento della massa salariale e delle risorse a disposizione della contrattazione decentrata, come previsto nella bozza di atto di indirizzo peraltro non ancora ufficializzata. Preoccupante e inaccettabile la previsione che gli incentivi per la previdenza complementare, debbano essere finanziati dalle risorse contrattuali, mentre persistono gravi discriminazioni rispetto ai dipendenti privati sulla previdenza integrativa.

Si tratta, pertanto di un contratto - conclude Cavallero - che necessariamente dovrà tener conto dell'evoluzione della legge di bilancio dalla quale dipende il reperimento delle risorse e l'agibilità di diritti fondamentali anche per i dipendenti pubblici”.

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

Scoperte interessanti

Scoperte su TRAPPIST-1 a quaranta anniluce da qui tracce di rinnovo di contratto per i medici. Purtroppo sono vecchie di quarant'anni...

Precarietà - 1

Grazie alla riforma dei contratti per giovani medici, la durata media di un rapporto di lavoro sarà inferiore alla degenza dei pazienti...

Precarietà - 2

I contratti a tempo determinato favoriscono la continuità terapeutica sul territorio mandando i medici a spasso.

Precarietà - 3

Grazie alla nuova riforma, i neospécialisti hanno capito che per rimanere a lungo in ospedale devono farsi ricoverare...

Nuove frontiere [Breaking News]

Nuova international editing policy per le pubblicazioni scientifiche. Saranno accettati tutti i lavori pubblicati su Facebook con almeno 75 like e un video esplicativo con effetti grafici discutibili. Le community con almeno due-mila iscritti sono inserite nel database delle fonti attendibili. Benvenuti nel futuro!

AAROI-EMAC Sicilia

Riorganizzazione della Rete Ospedaliera Siciliana accolte tutte le richieste dell'AAROI-EMAC

Scarpuzza: "Obiettivo raggiunto grazie alla disponibilità dell'Assessore Gucciardi e alla stretta collaborazione con il vertice regionale della SIAARTI"

Sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia del 14 Aprile 2017 è stato pubblicato il Decreto n. 629 del 31 Marzo 2017 - Riorganizzazione della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. 2 aprile 2015, n. 70. Il provvedimento ha di fatto accolto tutte le richieste dell'AAROI-EMAC Sicilia.

Un grande risultato ottenuto grazie alla disponibilità dell'Assessore regionale della Salute, Baldassare Gucciardi, e alla stretta collaborazione tra il Presidente AAROI-EMAC Sicilia, Emanuele Scarpuzza, e il Prof Antonino Giarratano, Consigliere regionale e Vice Presidente SIAARTI, che hanno messo a punto un documento condiviso per migliorare la rete emergenza-urgenza della Sicilia.

Dr Scarpuzza, come è stato possibile il raggiungimento di un così importante obiettivo?

Il percorso è stato lungo. Tutto è cominciato il 9 Settembre del 2016 dopo la convocazione dei Sindacati da parte dell'Assessorato della Salute per la presentazione della prima stesura della nuova Rete ospedaliera. Mi accorsi subito che il documento presentato era inaccettabile e irricevibile. Prevedeva, infatti, il taglio di 11 Rianimazioni, di 72 Posti letto e, cosa inverosimile, rilevava un esubero di 66 Anestesisti Rianimatori. La mia reazione, concordata con il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, è stata immediata e durissima. La proposta rappresentava una interpretazione molto riduttiva del DM 70 da parte dei funzionari dell'Assessorato.

A quel punto che cosa è successo?

L'Assessore Gucciardi, messo di fronte anche all'eco mediatica, ha convocato con urgenza sia me, sia il Prof Giarratano per chiederci la disponibilità a collaborare e a rivedere, per quanto di competenza, la stesura della Rete, sempre nel rispetto del DM 70. Successivamente il modello da noi proposto è stato accettato, ricevendo anche i complimenti a livello ministeriale.

In particolare come era articolata la proposta?

Innanzitutto devo riconoscere che l'Assessore Gucciardi si è mostrato disponibile all'ascolto e ha accettato tutte le nostre ri-



chieste. In particolare - rispetto alle Rianimazioni - abbiamo individuato il modulo perfetto in termine di costi e benefici che corrisponde ad 8 posti letto, andando avanti di modulo in modulo.

Abbiamo così ottenuto un incremento di 42 posti letto tra cui l'attivazione immediata di due Rianimazioni (Avola e Lentini) pronte ma che non erano funzionanti per mancanza di personale, medico e infermieristico, e il potenziamento di altre come ad esempio quella di Marsala e di Sciacca che da 4 posti letto passeranno rapidamente a 8 posti letto, grazie alla presenza di spazio disponibile.

Per quel che riguarda le assunzioni, quali sono le novità?

L'Assessore ha già inviato una Circolare per l'assunzione immediata di Anestesisti Rianimatori idonei in graduatoria di Concorsi già espletati che renderà possibile la copertura di posti vacanti in brevissimo tempo. In questo modo nelle Aziende Ospedaliere di Palermo, Messina, Trapani e Siracusa saranno completate le piante organiche precedenti alla riorganizzazione.

Sono stati, inoltre, stabiliti i criteri per raggiungere tale copertura. Il primo è, appunto, l'assunzione degli idonei in graduatoria, il secondo è la stabilizzazione dei medici precari non pre-

senti nelle graduatorie, il terzo è la mobilità interregionale e il quarto è il concorso pubblico per titoli ed esami.

Successivamente verranno realizzate nuove piante organiche che saranno oggetto di nuovi Concorsi.

Ci sono novità anche per la rete 118?

L'Anestesista Rianimatore è stato individuato come perno attorno a cui gira la rete ospedaliera ed in particolare la rete dell'emergenza-urgenza che prevede, tra l'altro, la dislocazione di 251 ambulanze, medicalizzate e non, in modo da garantire il soccorso adeguato in tutto il territorio. La nuova rete prevede, infatti, che, nelle zone distanti dalle Rianimazioni, le cosiddette zone disaggiate, sia obbligatoria la presenza dell'Anestesista Rianimatore a bordo dell'ambulanza.

Quali sono i tempi di realizzazione del Piano?

Il Ministero ha imposto alla Regione un cronoprogramma. Il primo step è stato nel mese di giugno, l'altro è dicembre 2017, poi giugno 2018 e infine entro dicembre 2018 è previsto il completamento della Rete ospedaliera.

E' quindi soddisfatto del risultato ottenuto?

La mia soddisfazione è triplice per aver ottenuto l'aumento di posti letto di rianimazione e un discreto numero di assunzioni immediate e per aver contribuito a creare una valida collaborazione con la SIAARTI, superando anacronistiche posizioni, che ha consentito di procedere per una strada comune, nel rispetto delle proprie autonomie ma con un obiettivo unico. Un risultato importante tanto per i Colleghi Anestesisti Rianimatori, quanto per i Siciliani.

Questo piano riduce, infatti, il divario tra la Sicilia e le altre Regioni italiane e soprattutto mira ad evitare il trasporto dei pazienti in particolari periodi dell'anno verso Rianimazioni di altre Regioni per mancanza di posti letto.

L'Assessore Gucciardi è stato quindi lungimirante perché si è affidato a persone competenti e addetti ai lavori che vivono ogni giorno le criticità delle Unità Operative degli Ospedali.

AAROI-EMAC TOSCANA


È ormai chiaro che in Toscana diverse Aziende ospedaliere non rispettino i diritti sindacali, in primis il diritto di scioperare. La Sentenza 3385/2017 del Tribunale di Firenze è la quarta nel giro di un anno che accoglie i ricorsi portati avanti dall'AAROI-EMAC Sezione Regionale Toscana. Nei primi due casi in riferimento allo sciopero del 16 dicembre 2015, negli ultimi due per lo sciopero degli Anestesisti Rianimatori del 16 dicembre 2016.

Il 26 aprile scorso il Giudice del Lavoro di Firenze ha dichiarato "l'antisindacalità della condotta dell'Azienda ospedaliera universitaria Meyer di Firenze per violazione dell'art. 3 comma 3 dell'Accordo collettivo del 26 settembre 2001, ad oggi vigente, sia nei confronti del Sindacato A.A.R.O.I. EMAC, sezione regionale e provinciale, sia nei confronti dei singoli interessati ed aderenti al medesimo".

La Sentenza ha quindi accolto integralmente il ricorso dell'Associazione nei confronti del Meyer per non aver comunicato all'organizzazione sindacale e a tutti gli interessati - entro il quinto giorno precedente la data di effettuazione dello sciopero - i nominativi dei dirigenti inclusi nei contingenti minimi. La comunicazione al personale interessato è, infatti, avvenuta il giorno antecedente alla data dello sciopero, il 15 dicembre 2016 alle ore 17:43. In tal modo, gli Anestesisti

Anche il Meyer condannato per condotta antisindacale

A due mesi dalla precedente, un'altra sonora vittoria dell'AAROI-EMAC

Rianimatori contingentati "si sono trovati nell'impossibilità di esercitare il diritto di farsi sostituire nelle ventiquattrore antecedenti la data dello sciopero, come previsto sempre dall'art. 3 c. 3 del C.C.N.L. 2001".

Netta la posizione del Giudice anche rispetto ad alcune giustificazioni addotte dal Meyer sulla difficoltà di comunicare i contingenti minimi a causa della comunicazione effettuata a ridosso di alcune festività: "le giustificazioni in merito alla coincidenza con le festività comandate - si legge nella Sentenza - , peraltro, non possono essere di certo accolte, sia per l'imponente organizzazione che il Meyer vanta (come parte resistente afferma in atti), sia, come subito vedremo, perché il dies a quo relativo ai contingentamenti ben può essere spostato indietro nel tempo, sino al giorno dell'effettiva proclamazione dello sciopero, avvenuta il 2 dicembre... Ciò, peraltro, proprio in considerazione del fatto che lo sciopero si svolgeva in prossimità di festività comandate, che - con petizioni di principio che non convincono questo Giudice - avrebbero creato problemi per l'organizzazione dei contingentamenti, già solo per il fatto che una struttura ospedaliera come il Meyer opera h24 e, pertanto, anche nei giorni di festività".

"La Sentenza del Tribunale di Firenze è estremamente chiara e accoglie totalmente le nostre ragioni - afferma Fabio Cricelli, Vice Presidente AAROI-EMAC Area Centro -. Inoltre, rispetto ad altre sentenze pur favorevoli, in questa viene dichiarata l'antisindacalità della condotta della AOU Meyer sia nei confronti del Sindacato AAROI-EMAC sia nei confronti dei singoli interessati ed iscritti dei quali il Sindacato è portatore e promotore di tutela di in-

teressi di natura collettiva. Pur avendo ottenuto pienamente ragione in sede processuale, rimane l'amarrezza per il fatto che a decine di Colleghi - in questa regione e non solo - sia stata nella sostanza preclusa la possibilità di scioperare. È estremamente triste dover concludere che numerose Aziende finiscono per ignorare e disapplicare le disposizioni sullo sciopero, con il risultato (forse inconsapevole) di pre-

giudicare l'esercizio del relativo diritto.

Continuo a ritenere che quattro sentenze di condanna in un anno non siano un caso ma la certezza che qualcosa, in Toscana, non funziona. Ma gli organi centrali preposti al controllo della legittimità delle procedure quali provvedimenti stanno prendendo per evitare che simili comportamenti si ripetano ancora in futuro?".

AAROI-EMAC BASILICATA

L'AR del DEA non può coprire le S.O. di elezione

La lettera ai vertici dell'A.O. San Carlo di Potenza

"L'Anestesista Rianimatore impegnato come Guardia DEA, ossia dedicata all'Emergenza-Urgenza, non può svolgere attività di sala operatoria in elezione in aggiunta alle Sale Operatorie già programmate. E' questo un principio fondamentale per la sicurezza dei pazienti".

Lo ha affermato il Presidente AAROI-EMAC Basilicata, Francesco Allegrini, che ha sollevato la questione in una lettera indirizzata al Direttore Generale e ai Direttori Sanitari dell'A.O. San Carlo di Potenza.

"A quanto, infatti, risulta - ha sottolineato Allegrini - sarebbero state date indicazioni verbali in questo senso nel 1° servizio di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda. Un fatto gravissimo e inaccettabile che richiede risposte immediate".

"E' di semplice interpretazione - si legge nella lettera - che in nessuna Azienda Sanitaria e soprattutto dove esiste un DEA di II° livello si può favorire l'elezione a discapito dell'urgenza, né si può privilegiare la quantità rispetto alla qualità, giustificandosi con la carenza di personale Anestesiologico e Infermieristico. Si ricorda che il personale del 1° servizio di Anestesia e Rianimazione, avvalendosi anche della collaborazione di alcuni Anestesisti Rianimatori del 2° servizio di Anestesia e Rianimazione, ha effettuato oltre 4.000 ore di servizio aggiuntivo, dimostrando ampiamente dedizione verso l'Azienda in attesa di risoluzioni da parte dell'Amministrazione.

A questo punto i dirigenti medici del 1° servizio di Anestesia Rianimazione, declinando ogni responsabilità per eventuali disservizi, chiedono la ratifica o la rettifica della variazione del turno di Guardia DEA effettuata in totale autonomia.

Nel caso di ratifica sarà però necessario indicare il protocollo per la gestione dell'urgenza chirurgica diurna una volta utilizzata la Guardia DEA per l'elezione".

La pensione dei Medici: ieri-oggi-domani

I trattamenti pensionistici dei medici, a secondo dell'attività svolta, ricadono in diversi sistemi previdenziali. In particolare, qualora siano dipendenti da enti pubblici o da strutture private, gli enti a cui sono versati i contributi e pagheranno la pensione sono rispettivamente l'Inpdap e l'Inps. Dal 2012 questi due istituti sono stati unificati pur mantenendo differenziate norme specifiche. Nel caso di attività libero professionale ovvero in convenzione con il sistema sanitario nazionale l'ente di riferimento è la Fondazione Enpam che attiva diversi Fondi pensionistici propri per gli iscritti all'Albo professionale (Fondo generale quota A), libero professionisti (Fondo generale quota B) medici convenzionati con il sistema sanitario (Fondo medicina generale o Specialistica) medici ambulatoriali (Fondo medici ambulatoriali).

Con la riforma previdenziale del 2012 la Fondazione ha dovuto modificare alcune condizioni del passato che operavano più favorevolmente ai fini del diritto alla pensione ed al suo importo.

Per quanto concerne l'età pensionabile, la riforma della Fondazione Enpam ha previsto per tutti i fondi un innalzamento graduale dell'accesso al trattamento di vecchiaia dai precedenti 65 ai 68 anni nel 2018, mentre per l'anzianità si è passati, nello stesso arco di tempo, dai 59 anni e sei mesi ai 62anni. In aggiunta all'età minima è necessario maturare un'anzianità contributiva di 35 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni, oppure - a prescindere dall'età minima - un'anzianità contributiva di 42 anni e un'anzianità di laurea di 30 anni.

La quota di pensione maturata fino alla fine del 2012 continuerà a essere calcolata con i vecchi criteri, né verrà toccato quanto assegnato precedentemente: contributi ordinari, aliquota modulare, riscatti della laurea, allineamento. Per i fondi maggiori il metodo di calcolo della pensione resta il contributivo indiretto, che computa l'ammontare della pensione sull'intera vita lavorativa del medico e aggancia la rivalutazione all'inflazione anziché al Pil.

Nel fondo per la Medicina generale l'aliquota contributiva è rimasta fino al 2014 al 16,5%, per i medici di medicina generale e al 15% per i pediatri di libera scelta. Dall'anno successivo è salita gradualmente dell'1% all'anno fino a raggiungere il 26%, nel 2024 per i medici di medicina generale e nel 2025 per i pediatri. Nel fondo per gli specialisti ambulatoriali, che dal 2013 sono passati al contributivo indiretto come i medici di medicina generale, l'aliquota è rimasta al 24% fino al 2014 per poi aumentare di un punto all'anno fino ad allinearsi nel 2023 all'aliquota media dei dipendenti (32,65%). Per la quota B relativa ai liberi professionisti l'aliquota è stata mantenuta al 12,5% fino al 2014, per poi crescere di un punto all'anno fino al 19,5% nel 2021. È aumentata anche la soglia oltre la quale scatta l'obbligo della contribuzione ordinaria, dai 70mila euro del 2013 agli 80mila del 2014 fino al massimale Inps nel 2015. Per gli iscritti al Fondo generale quota A (obbligatoria per tutti i medici iscritti all'Ordine) continua a essere esclusa la pensione anticipata ma scatta la possibilità di andare in pensione a 65 anni per chi sceglie il sistema di calcolo pensionistico contributivo su tutta l'anzianità maturata. Se la riforma introdotta dall'Enpam appare abbastanza semplice e lineare lo stesso non si può dire delle pensioni dei medici dipendenti. Il sistema previdenziale pubblico è stato assoggettato a ben 19 riforme negli ultimi 25 anni. La necessità di intervenire ripetutamente sul complesso delle norme è stata determinata dall'evidente condizione di sofferenza economica del settore. Infatti le caratteristiche precedenti se hanno avuto, da un canto, il privilegio di favorire i trattamenti pensionistici dei dipendenti, particolarmente del settore pubblico, hanno determinato un enorme passivo strutturale della finanza previdenziale sino a farlo giungere su l'orlo del suo fallimento. Fallimento che è stato, comunque, impedito solamente per il costante intervento di ripiano del deficit attuato dallo Stato utilizzando quanto prodotto con il prelievo fiscale generale.

Se si pensi che sino al 1993 si poteva andare in pensione con appena 25 anni di contributi e senza alcun minimo di età anagrafica si comprende come facilmente il sistema si è trovato in grave crisi. I primi provvedimenti sono, quindi, intervenuti, modificando questi parametri e si sono susseguiti nel tempo sino a prevedere almeno 36/35 anni di contribuzione e 60/61 anni di età anagrafica per il raggiungimento della pensione anticipata di anzianità e i 65 anni per il pensionamento di vecchiaia. Ma dove l'intervento modificatore è stato più incisivo è nel sistema di calcolo dell'importo pensionistico. Sino al 1995 la pensione veniva calcolata sulla base dell'importo dell'ultimo stipendio in godimento (pubblici dipendenti) ovvero sulla media degli stipendi degli ultimi cinque anni (dipendenti privati). Si trattava del sistema di calcolo "retributivo" che si basa sul trattamento stipendiale che fa sì che all'aumentare dello stipendio in godimento si accrescerà, anche, il trattamento pensionistico futuro. Dal 1996 è stato introdotto il sistema di calcolo, molto meno vantaggioso, definito "contributivo" e basato, anziché sul trattamento stipendiale, su i contributi che si versano durante tutto il periodo della vita lavorativa. Su questo accumulo è applicato un coefficiente che determina l'importo della pensione annua. I coefficienti variano in ragione dell'età del richiedente il pensionamento: è maggiore per l'età più anziana, minore per pensionamento anticipato. In pratica è più o meno 5 per cento determinando, di fatto, un recupero in 20 anni di quanto, nel tempo, versato, ed incrementato sulla base della variazione del Pil. Andando in pensione a 65 anni per recuperare i contributi bisognerà vivere almeno fino ad 85 anni! La legislazione del 1995, ricordata come legge "Dini" dal nome del primo ministro di allora, aveva ed ha, però, salvaguardato dal nuovo sistema di calcolo coloro che alla data del 31 dicembre 1995 potevano o possono vantare di aver maturato un'anzianità contributiva di almeno 18 anni. Per essi viene mantenuto il sistema di calcolo retributivo fino a tutto il 2011. Infatti dal 2012 l'ennesima riforma, detta "Fornero", ha costretto tutti a rientrare nel sistema contributivo anche se, per quelli che fortunatamente avevano potuto mantenere il vecchio e più vantag-

gioso retributivo, la parte di pensione relativa agli anni contributivi maturati sino al 2011 sarà calcolata pro quota con il sistema retributivo. La legge "Fornero" non si è però limitata ad intervenire sul quanto pensionistico ma è stata fortemente restrittiva anche sul quando. Ha, infatti, innalzato a 66 anni il limite minimo per ottenere la pensione di vecchiaia correlandolo alla così detta speranza di vita, cioè il limite statisticamente prevedibile di sopravvivenza di uomini e donne. Inoltre la nuova legge ha eliminato la pensione d'anzianità introducendo un trattamento anticipato, oggi possibile con 41 anni e 10 mesi per le donne e 42 anni e 10 mesi per gli uomini. Anche questi limiti, nettamente superiori ai 40 anni richiesti nel passato, sono soggetti all'incremento sulla base della speranza di vita.

L'orizzonte pensionistico si allontana sempre di più. Vengono richiesti sempre più numerosi anni di contribuzione, per ottenere una pensione non sempre adeguata, e più anni di attività per costringere il dipendente a ritardare l'uscita dal posto di lavoro. Ma se questo può avere un effetto positivo sul bilancio complessivo dell'ente previdenziale, ha, oltre ad angustiare la vita degli interessati, un effetto negativo sull'occupazione: non si liberano posti di lavoro per i giovani se questi continuano ad essere occupati dagli anziani.

Il Governo, a fine 2015, ha cercato di limitare, almeno per alcuni, l'impatto delle norme più restrittive ed ha introdotto delle condizioni che possono anticipare il momento del pensionamento.

L'Ape, l'anticipo pensionistico è, di fatto, un vero e proprio prestito bancario che viene concesso in favore dei lavoratori prossimi alla pensione di vecchiaia. La restituzione avviene dalla data di perfezionamento dei requisiti anagrafici previsti per l'accesso al trattamento e per un massimo di venti anni. Una polizza assicurativa obbligatoria copre il rischio di premorienza. L'Ape potrà essere estinto anche anticipatamente una volta conseguita la pensione di vecchiaia.

L'accesso all'Ape - istituito in via sperimentale fino al 31 dicembre 2018, era previsto dal 1° maggio 2017 ma a causa di alcune disposizioni integrative che tardano a definirsi tale limite sarà spostato di qualche settimana. I lavoratori interessati devono avere almeno 63anni, con venti anni di contributi, e devono maturare il diritto alla pensione di vecchiaia entro tre anni e sette mesi. L'anticipo potrà quindi avere una durata massima di tre anni e sette mesi mentre quella minima è stata fissata in sei mesi. L'Ape, è bene ricordarlo, essendo un prestito che sarà onorato negli anni successivi, è esente da imposizione fiscale. In caso di premorienza durante il periodo di anticipo o dopo il pensionamento, ma prima di aver completato la restituzione del prestito, l'assicurazione ripaga il debito residuo e la pensione di reversibilità ai superstiti verrà corrisposta senza recuperi. Dopo vent'anni dal pensionamento, l'importo previdenziale tornerà al suo livello normale. La pensione al netto della rata da restituire, non potrà essere inferiore a 1,4 volte l'assegno previdenziale minimo (700 euro mensili), e la rata dell'Ape o di eventuali altri prestiti non dovrà superare il 30% della pensione. Sarà del 2,75% il tasso da applicare sull'importo da restituire in 20 anni e la detrazione fiscale del 50% sulla quota di interessi e sul premio assicurativo.

È stato poi stabilito che il limite massimo di anticipazione che si potrà chiedere è basato sulla durata dell'anticipo ed è articolato in 4 fasce:

- il 75% della pensione netta se l'anticipo sarà di non meno di 36 mesi;
- l'80% per un periodo compreso da 24 a meno di 36 mesi;
- l'85% per un periodo compreso da 12 a meno di 24 mesi;
- il 90% per meno di 12 mesi.

In pratica viene "calmierato" l'importo di riduzione della pensione relativo alla rata da pagare, per 20 anni, dal momento del raggiungimento dell'età effettiva per il conseguimento della pensione di vecchiaia secondo i parametri previsti dalla legge Fornero. I possibili vantaggi sono l'evidente anticipo del pensionamento di vecchiaia, oggi previsto in 66 anni e 7 mesi e che si innalzerà ancora in futuro grazie all'incremento della speranza di vita; il modesto tasso di interesse sull'anticipazione pensionistica, la non assoggettabilità alle trattenute fiscali di tale anticipazione; l'intervento dell'assicurazione nel caso di premorienza con la ricostruzione in forma integrale del trattamento di re-

versibilità. Gli svantaggi sono legati al fatto che per venti anni si avrà un importo pensionistico ridotto a causa della rata di pagamento del prestito.

Nei prossimi mesi del 2017 alcune particolari categorie di lavoratori precoci potranno accedere alla pensione anticipata con 41 anni di contribuzione (2132 settimane contributive) a prescindere dall'età anagrafica.

Il beneficio viene riconosciuto a tutti i lavoratori iscritti presso l'assicurazione generale obbligatoria che possono vantare almeno 12 mesi di contribuzione per periodi di lavoro effettivo precedenti il raggiungimento del diciannovesimo anno di età, e che si riconoscono in uno dei seguenti profili di tutela:

- a) si trovano in stato di disoccupazione;
- b) assistono, al momento della richiesta e da almeno sei mesi, il coniuge o un parente di primo grado convivente con handicap in situazione di gravità;
- c) hanno una riduzione della capacità lavorativa, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile, superiore o uguale al 74%;
- d) sono lavoratori dipendenti (fra questi gli infermieri e le ostetriche di sala operatoria turniste).

Nessun riferimento è stato fatto nella legge ai medici dipendenti, peraltro già ritenuti (rianimatori, chirurghi d'urgenza e di pronto soccorso) nel passato rientranti nella categoria degli usurati e poi abbandonati all'oblio, e ai medici che operano in turnazione ed attività notturne.

La pensione conseguita con l'agevolazione in questione non è cumulabile con redditi da lavoro, subordinato o autonomo, per un periodo di tempo corrispondente alla differenza tra l'anzianità contributiva e l'anzianità contributiva al momento del pensionamento. Ad esempio un pensionato che esca con 41 anni di contributi non potrà lavorare per un periodo successivo alla pensione pari ad un anno e 10 mesi se uomo o a 10 mesi se donna.

La legge di Bilancio per il 2017 ha apportato modifiche positive al cumulo dei contributi, previsto in forma non onerosa, introdotto dalla legge 228/2012. Rispetto alla norma originaria, il cumulo rappresenta una nuova soluzione di utilizzo di anzianità contributive frammentate, non solo fra le diverse gestioni Inps (ex Inpdap, ex Ipost, Gestione Separata Inps), ma, ed è questa la novità più importante del provvedimento, anche presso le forme pensionistiche obbligatorie dei professionisti come il caso dell'Enpam potendo così recuperare i periodi di contribuzione Enpam anche prodotti al Fondo generale quota A e non coincidenti con altre contribuzioni o periodi riscattati.

Il risultato del cumulo consiste nella possibilità, per i richiedenti, di ottenere un trattamento pensionistico di vecchiaia o anticipata o di inabilità, unitario e comprensivo della contribuzione prodotta nelle diverse gestioni o fondi.

Infine l'opzione donna: le lavoratrici dipendenti e le autonome possono andare in pensione anticipata rispettivamente a 57 e 58 anni nel caso possiedano almeno 35 anni di contributi. Per poter beneficiare della misura, le lavoratrici devono aver maturato questi requisiti entro il 31 dicembre 2015. A partire dal 2013 l'età minima della pensione anticipata è stata aumentata di 3 mesi sia per le lavoratrici dipendenti che per quelle autonome. Pertanto il beneficio avrebbe compreso soltanto le nate fino al settembre del 1958 (dipendenti) o al settembre del 1957 (autonome). Grazie alla Legge di Stabilità 2017, l'opzione donna, è stata estesa alle lavoratrici dipendenti che sono nate da ottobre a dicembre del 1958 e a quelle autonome che sono nate tra ottobre e dicembre del 1957, fermo restando che a causa della così detta "finestra mobile" la decorrenza della pensione anticipata scatterà 12/18 mesi dopo la maturazione dei requisiti di età e anzianità contributiva. Ricordiamo che, per coloro che decidono di avvalersi dell'opzione donna l'importo della pensione sarà calcolato con il sistema contributivo, pertanto con una decurtazione non indifferente.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 15 Maggio 2017

Il medico non può ignorare la richiesta di intervenire Lo sancisce una recente sentenza della Corte di Cassazione



Se l'infermiere chiama, il medico deve rispondere. Se ignora la chiamata e il paziente muore, il medico è colpevole. Lo ha sancito recentemente una sentenza

della sesta sezione penale della Corte di Cassazione (21631/2017). La Suprema Corte conferma così la condanna in Appello del medico di guardia che, nonostante la chiamata di un'infermiera per un paziente ricoverato in una clinica, dava indicazioni esclusivamente telefoniche senza presentarsi mai al capezzale del paziente. Nelle motivazioni della sentenza, la Corte ha osservato tra l'altro come "il rifiuto di atti di ufficio è un reato di pericolo" e che, in casi come quello oggetto della sentenza, "il medico ha comunque l'obbligo di recarsi immediatamente a visitare il paziente al fine di valutare direttamente la situazione, soprattutto se a richiedere il suo intervento son soggetti qualificati - come è

accaduto nella specie -, in grado cioè di valutare la effettiva necessità della presenza del medico".





Cave canem! Infezioni necrosanti refrattarie da morsi di cane

Una originale ricerca condotta al Cardarelli di Napoli

Marmo, ha monitorato, dal punto di vista microbiologico, 22 casi clinici di pazienti morsi da cani (domestici e randagi) con lesioni dalle caratteristiche più diverse.

Tra i 22 casi clinici, tutti ricoverati presso reparti di degenza chirurgica e successivamente trattati in camera iperbarica con protocolli standard per le fasciti necrotizzanti, 13 pazienti erano positivi per la presenza di *Pasteurella species* (*P. canis*, *P. multocida*) e per *Staphylococcus species*. Gli altri 9 casi (41%), 6 di sesso maschile e 3 di sesso femminile, di età compresa tra i 14 e i 62 anni (media: 38 anni) presentavano, già in seconda giornata, sintomi più gravi: cellulite necrosante (51%), febbre alta (75%), dolori addominali (10%), vomito (15%), diarrea profusa (32%), cefalea (18%), dispnea (10%) o "segni meningei" (5%) tanto da dover essere trasferiti in reparti di terapia intensiva.

I dati di laboratorio microbiologici su esami colturali delle lesioni (70%) e/o emocoltura su picco febbrile (35%) misero in evidenza, a distanza di 3-4 giorni dal prelievo, la presenza di un batterio diverso da quelli isolati nei restanti 13 casi clinici. Tale batterio, denominato *Capnocytophaga canimorsus*, è un microrganismo aerotollerante, Gram negativo.

Il *Capnocytophaga canimorsus* possiede una particolare caratteristica nell'eludere il sistema immunitario.

Infatti, i macrofagi ed i polimorfonucleati neutrofili si degradano in presenza del batterio non riuscendo a produrre: TNF- α (Tumor Necrosis Factor); interleuchine IL-8, IL-6, IL-12, Interferone γ ; proteine infiammatorie macrofagiche (MIP1b) ed Ossido Nitrico (NO). In aggiunta a

ciò il recettore di membrana: TLR4 (Toll Receptor 4) la cui funzione è quella di indurre la cascata per la produzione di citochine pro-infiammatorie (via NF- κ B), non viene attivato. Per tali motivi, il batterio ha il tempo di replicarsi prima del proprio riconoscimento da parte delle altre funzioni dell'immunità innata.

La mortalità da sepsi causata da *Capnocytophaga canimorsus*, segnalata in letteratura, si aggira sul 33% dei casi ed è correlata ai casi di meningite ed a forme di setticemie fulminanti.

Il *C. canimorsus* risulta essere molto resistente nei confronti di cefalosporine di III generazione nonché a molti chinolonici.

Oltre ad antibiotico-terapia specifica, i trattamenti in camera iperbarica hanno previsto compressioni sino a 2.8 ATA (18 mca; 284 KPa) per 60 minuti con 3 pause in aria compressa di 3 minuti ciascuna e per 3 volte al giorno per i primi 3 giorni, seguite nei giorni successivi, a compressioni di 2.4 ATA (14mca; 243 KPa) per 90 minuti, con 3 pause in aria compressa di 5 minuti ciascuna, e per 2 volte al giorno e sono proseguiti sino alla negativizzazione del reperto batteriologico (media: 20-30 sessioni) ed al miglioramento clinico.

I casi clinici prima esposti, con infezione provata hanno avuto tutti esito prognostico favorevole.

Le indagini sperimentali in vitro

In collaborazione con il gruppo del Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Padova, diretta dal Prof. Gerardo Bosco, si è approfondito il comportamento del *Capnocytophaga canimorsus* sottoposto a pressioni di ossigeno superiori a quella atmosferica, isolando il microrganismo dalle fauci di cani sottoposti ad ablazione

di tartaro per igiene dentaria, durante narcosi ed intubazione oro-tracheale presso cliniche veterinarie cittadine in Napoli.

Delle 10 piastre incubate con ceftarolina, cefalosporina di IV generazione, 5 furono sottoposte in una camera iperbarica sperimentale (Sapio-Sist. Iper. Roma), per 60 minuti a 2.8 ATA di O₂ al 100% mentre le altre 5 non subirono tale esposizione. Furono valutate successivamente la Minima Concentrazione Inibente (MIC) determinata dall'antibiotico usato in tutte le 10 piastre di coltura.

I risultati

La MIC 50% e la MIC 90% furono valutate rivelando che l'esposizione ad ossigeno iperbarico determinava il decremento di circa 7 volte la quantità di antibiotico usato per entrambe la MIC 50% e la MIC 90%, aumentando l'efficacia dell'antibiotico usato nelle piastre con la presenza del *Capnocytophaga canimorsus*.

Il collega Mariano Marmo ritiene che i risultati in vitro, oltre a quelli clinici, suggeriscano che l'ossigenoterapia iperbarica, in aggiunta alla profilassi antibiotica, possiede provati effetti sinergici nel trattamento di infezioni quando, in esse, emerge la carenza di azione dell'immunità innata.

I risultati della ricerca, discussi innanzi la Commissione del Master in Medicina Iperbarica dell'Università degli Studi di Padova, lo scorso 4 marzo, hanno suscitato l'interesse scientifico della rivista americana più impattata del settore: *Undersea and Hyperbaric Medicine*.

(UHM 2017, vol. 44, n. 2) della Società Americana di Medicina Subacquea ed Iperbarica che ne ha pubblicato i dati.

PROSEGUE IL DIBATTITO SUL RUOLO DELL'AR SULL'OPERABILITÀ DEL PAZIENTE

Il confronto tra i Colleghi sulla questione inerente il "giudizio di operabilità", iniziato grazie al contributo giunto dal Dr Mauro Proietti sul n° di Gennaio-Febrero, e proseguito con quello del Dr Luigi Accardo sullo scorso n° di Marzo Aprile, non cessa di destare interesse: si tratta evidentemente di un tema che per quanto "storico", essendo nato con la stessa istituzione della disciplina specialistica di Anestesia e Rianimazione, resta sempre attuale. Riceviamo e volentieri pubblichiamo anche il contributo che segue, a firma del Dr Claudio Melloni, che lo correda di ampia bibliografia di riferimento. In ogni caso, a prescindere dalle convinzioni personali di ciascun Collega, resta indispensabile inquadrare correttamente la spinosa questione senza mai perdere di vista le evoluzioni che la Giurisprudenza non cessa di avere – di continuo – in tale ambito.

Alessandro Vergallo

Vorrei entrare nel dibattito sul ruolo dell'Anestesista Rianimatore nel difficile giudizio sulla operabilità del paziente.

Preciso innanzitutto che la ASA (American Society of Anesthesiologists) classification non è una classificazione di rischio operatorio, ma una classificazione di stato fisico del paziente, tant'è che viene citata appunto come ASA PS (physical status). L'ultima revisione è del 2014 ed è reperibile sul sito della ASA, dove sono aggiunti alcuni esempi pratici relativi alle varie classi, poiché esiste una notevole discrepanza nella valutazione e attribuzione alle diverse classi fra diversi operatori e anche su questo è stato abbondantemente scritto e vi rimando per brevità alle referenze citate nella sovramentionata nota della ASA.

Che poi, come è anche buon senso, al crescere della classe ASA aumenti il rischio anestesilogico e chirurgico è stato ripetutamente dimostrato; quindi esiste una correlazione statistica fra ASA class e mortalità e morbilità, ma si basa su grandi numeri e non è certamente applicabile al caso singolo.

Da quanto scritto, ne discende che utilizzare la ASA class per valutare il rischio anestesilogico è per lo meno improprio, se non sbagliato; potrà tutt'al più essere valida in maniera molto grossolana ed approssimativa nello spiegare al paziente che, essendo affetto da patologie più o meno gravi, il suo rischio operatorio è "aumentato", ma nulla di più se ne può dedurre.

Già discettando dello stato fisico del paziente questo è molto meglio inquadrabile con il concetto di MET (metabolic equivalents), che vi dice quale è la prestazione fisica che il paziente riesce a compiere e per la quale esistono i correlati prestazionali riferibili allo stress perioperatorio.

Quello che manca nel valutare il rischio del paziente che abbiamo di fronte nel corso della visita preanestetica (anche in situazione di urgenza e/o emergenza) è la possibilità di esprimere una valutazione statistica ragionata di morbilità e mortalità su basi scientificamente dimostrate.

Ebbene oggi disponiamo di punteggi chirurgici scientificamente validati (surgical risk scores), molto accurati, basati su grandi numeri i quali, a seconda del tipo di intervento, dello stato del paziente - incluse le sue comorbilità, esami di laboratorio, Ecg, etc. - sono in grado di stimare la percentuale di morbilità e mortalità cui il paziente andrà incontro. In generale tutti questi punteggi richiedono di aprire la voce corrispondente sul web (in ogni postazione anestesilogica, dovrebbe esistere un computer collegato col web e comunque si fa anche col cellulare...) e di riempire delle caselle; alla fine un algoritmo proprietario di calcolo esprime la mortalità e morbilità stimata.

Ve ne cito alcuni: il Risk prediction in surgery, sito UK in cui si trovano molti indici validati; l'ACS NSQIP Surgical risk calculator, basato su età, sesso, stato funzionale, emergenza o no, ASA class, uso di steroidi, dipendenza dal ventilatore, presenza di cancro disseminato e di sepsi, diabete, ipertensione in trattamento, fumo, COPD, dialisi, insufficienza renale acuta, BMI, etc...; il Surgical Outcome risk Tool (SORT), tipo di procedura; sottogruppo, descrizione della procedura, severità, ASA PS, urgenza o meno, chirurgia maggiore, cancro, età; l'Apache II; il POSSUM; O (orthopedic) POSSUM; il Cardiac risk di Goldman; il Cardiac Risk di Eagle; la ACC/AHA cardiac risk classification; il Gupta perioperative Cardiac Risk; il sickness assessment di Kennedy; il

fitness score di Playforth; il Reiss Index... e chi più ne ha, più ne metta!!

Mi permetto a questo punto di suggerire di sceglierne un paio, per esempio il POSSUM per la chirurgia addominale, l'ACS per tutto; rispondete alle domande on line e riferite al paziente in tutta sincerità quale è la morbilità e mortalità attesa: mettetelo possibilmente per iscritto la fonte; solo così il paziente, specie se candidato ad una chirurgia maggiore e portatore di comorbilità, potrà decidere in maniera veramente informata, del suo destino. Con un poco di pratica bastano 5 minuti.

Sono convinto che con questo approccio noi avremo fatto il nostro dovere di medico, aggiornato alla luce delle evidenze più recenti cosicché il paziente possa al meglio decidere del suo destino. Qui non si tratta di fare del terrorismo, ma di valutare secondo scienza e conoscenza e non secondo impressioni cliniche fondate sull'esperienza personale o sulla emotività.

Dobbiamo poi sempre ricordare a noi stessi ed al paziente, che per il caso singolo non è possibile esprimere un giudizio definitivo ed esatto, come è anticipato nelle premesse di tutti gli scores citati, e che dobbiamo tenere conto dell'ambiente in cui ci troviamo ad operare, dove il risultato finale (outcome) è espresso dalla somma delle capacità dei chirurghi, medici, infermieri, anestesisti, e dalle risorse a disposizione, materiali ed immateriali; una cosa è operare in un grande policlinico fornito di tutto ed una altra trovarsi in una piccola clinica periferica.

Esistono poi punteggi specialistici per diverse chirurgie, in primis quella toracica, vascolare, cardiaca, etc. su cui non mi dilungo: viceversa, non sono noti i rischi perioperatori per certe chirurgie "minori", per esempio per la cataratta o per quella dentaria, in cui però si presentano sempre più spesso pazienti anziani affetti da numerose comorbilità: ma possiamo non operare di cataratta (locale più o meno sedazione) un invalido totale per insufficienza cardiaca che desidera almeno guardare la TV?

Esistono poi altri punteggi mirati ad un tipo particolare di intervento, per esempio, il distacco della retina o l'impianto transcateretere di valvola aortica; questi ultimi in genere si limitano ad enumerare le complicanze chirurgiche a partire dai parametri fisiologici o patologici del paziente: a noi anestesisti possono interessare meno, ma comunque dobbiamo preoccuparcene.

L'argomento della valutazione del rischio operatorio ed anestesilogico è vasto e affonda le sue radici nella medicina perioperatoria; a noi anestesisti spetta la responsabilità di inquadrare correttamente il paziente alla luce delle più recenti linee guida guidandolo attraverso il delicato periodo perioperatorio. In questo percorso diveniamo medici completi e responsabili nella veste di preziosi consulenti per i colleghi e per i pazienti.

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

Nevralgia

- Buongiorno, Dottore: come sta oggi la mamma? Ha ancora male?
- Sì, Signora. Purtroppo è un dolore di tipo neuropatico.
- Certo. E' proprio un dolore antipatico.
- No, Signora. La sua diagnosi è di "neuralgia post-herpetica".
- Poster che? Ah, sì: dopo che è diventata diabetica.
- No, Signora. Dopo il Fuoco di Sant'Antonio, lo zoster.
- Quale zoo, Dottore? Di Sant'Antonio? Eh, già: è il patrono degli animali.
- No, Signora. E' l'herpes che ha colpito la seconda branca del trigemino, quella mascellare.
- Scusi Dottore. Ma il dolore ce l'ha alla faccia, o all'ascella?
- Alla faccia... "alla faccia"! La stiamo curando: col Lyrica il dolore le passerà.
- Non credo che le passerà, Dottore. Mia mamma non ama la musica lirica.
- Ecco perché sua mamma non è nella "Norma". Scusi la battuta, Signora. Buongiorno.

Claudio Melloni

Anestesista Rianimatore Libero Professionista

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

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



LEGGE 104

Domanda: Chi ha un congiunto stretto con invalidità certificata del 100% può chiedere mobilità per avvicinamento? Ma soprattutto, può essergli negata?

Risposta: Legge 104 - Art. 33 - 5. Il genitore o il familiare lavoratore, con rapporto di lavoro pubblico o privato, che assista con continuità un parente o un affine entro il terzo grado, handicappato, ha diritto a scegliere, OVE POSSIBILE, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

Più che essere negata, pertanto, potrebbe non essere concessa per motivi logistici.

E' da tenere presente anche la Circolare Ministeriale - Ministero per la Funzione Pubblica - 26 Giugno 1992, n. 90543/7/488 che discutibilmente recita: «Relativamente poi al diritto, riconosciuto all'handicappato grave dallo stesso sesto comma, "di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio", è il caso di precisare che trattasi di diritto da far valere soltanto nell'ambito della medesima amministrazione o ente di appartenenza».

ATTIVITA' INCENTIVATA

Domanda: Un dirigente medico a Tempo Indeterminato, dipendente pubblico con part time al 70%, può essere obbligato dal direttore SC a fare attività incentivata oltre orario dovuto?

Risposta: Premesso che a nessuno può essere imposta l'esecuzione di attività incentivata oltre orario, nello specifico del part time il comma 12 dell'art. 4 del CCNL 22 febbraio 2001 recita testualmente: "I dirigenti ad impegno ridotto di tipo orizzontale o verticale non possono svolgere servizio di pronta disponibilità. L'attività libero professionale intramuraria, comunque classificata, è sospesa per tutta la durata dell'impegno ad orario ridotto". Dunque, non solo di vessazione si tratterebbe, ma addirittura di illecito.

CONTRATTO AIOP

Domanda: Sono previsti, nel contratto AIOP (Ospedalità privata, n.d.r.), scatti di anzianità ed indennità di esclusività? Ed in caso affermativo, ogni quanti anni?

Risposta: Nel contratto AIOP non è prevista l'indennità di esclusività, prerogativa del CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria.

Non esiste neanche un'indennità vera e propria di anzianità (cfr. artt. 37-39 e specificatamente quest'ultimo): "Accede alla fascia A il nuovo assunto, mentre accede alla fascia B l'Assistente in possesso di specializzazione relativa alla speci-

fica attività espletata o di branca affine, con 5 anni di anzianità di servizio nella struttura sanitaria, ovvero non specialista con anzianità di almeno 7 anni di servizio nella struttura sanitaria".

ESCLUSIVITA' E LIBERA PROFESSIONE

Domanda: È possibile rinunciare all'esclusività per dedicarsi ad attività in libera professione?

Risposta: Certamente. Entro il 30 novembre di ogni anno è possibile fare domanda per l'esercizio dell'attività libero professionale in regime di extramoenia. Questo comporta la rinuncia all'indennità di esclusività di rapporto, alla retribuzione di posizione minima unificata ed al 50 % della variabile aziendale.

COORDINATORE PREOSPEDALIZZAZIONE

Domanda: Esistono riferimenti circa le competenze di un coordinatore della preospedalizzazione?

C'è qualche norma o direttiva che li delinea o anche un cardiologo può esserne il coordinatore?

Risposta: Il coordinatore della preospedalizzazione può essere chiunque e quindi anche un cardiologo. Si tratta, infatti di un incarico che il Direttore Generale può affidare, su proposta del Direttore SC ad un collega che abbia le capacità di svolgerlo. Potrebbe essere affidato ad un Anestesista Rianimatore ma non esiste l'obbligo.

RESPONSABILE ANESTESISTA

Domanda: Quali sono le competenze e le responsabilità di un anestesista nell'attività di sala operatoria?

Risposta: Le responsabilità ed i compiti di ciascun incarico professionale vanno stabiliti nel contratto individuale stipulato tra il Dirigente Medico e la Direzione Generale. È evidente come la situazione possa variare da Azienda ad Azienda.

SEDE DI CAMERA IPERBARICA

Domanda: Vi risulta una norma che preveda nei presidi sede di camera iperbarica la istituzione dell'U.O.C. di anestesia nella Regione Sicilia?

Risposta: Regione Sicilia: Decreto 28 Aprile 1999 - Art. 3
Nella Regione siciliana i responsabili dei centri iperbarici pubblici sono i dirigenti di II livello preposti ai servizi di anestesia e rianimazione. I responsabili dei centri iperbarici privati dovranno essere in possesso della specializzazione in anestesia e rianimazione o in medicina iperbarica. - <http://lnx.mednemo.it/?p=232>

TEMPO DI ARRIVO IN OSPEDALE

Domanda: L'arrivo in ospedale in caso di pronta disponibilità deve essere garantito entro un tempo limite preciso?

Risposta: L'argomento è di competenza della trattativa decentrata tra OO.SS. e Direzione Generale e tra costoro va concordato.

ALLATTAMENTO E GUARDIE

Domanda: Allattamento e guardie sono compatibili?

Risposta: Sono da escludere le guardie notturne, per le quali esiste l'esenzione fino al compimento dell'anno di età del bambino (D. Lgs. 151/2001, art. 53 comma 1) e per le quali la lavoratrice non è obbligata a prestare servizio fino al compimento del terzo anno (art. 53, comma 2). Sono teoricamente compatibili le guardie diurne (nei giorni festivi), al lordo delle ore da dedicare all'allattamento.

PRONTA DISPONIBILITA' A GETTONE

Domanda: La pronta disponibilità può essere pagata con un gettone e solo in caso di chiamata?

Risposta: No. È prevista un'indennità per ogni dodici ore di pronta disponibilità. In caso di chiamata, l'attività prestata viene computata come lavoro straordinario o compensata come recupero orario (art. 17 CCNL 2002/2005).

RAPPRESENTANTE DI PRESIDIO

Domanda: Vorrei sapere se esiste anche la figura di rappresentante sindacale di presidio.

Risposta: È una figura non prevista dallo Statuto della nostra Associazione. È possibile però individuare un collega che collabori con il rappresentante aziendale e che si faccia portavoce delle criticità di un altro presidio, della medesima Azienda rispetto a quello in cui presta servizio il Rappresentante titolare stesso.

Questo ruolo potrebbe, ad esempio, essere indicato informalmente come quello di "referente di presidio" ed eventualmente coincidere ufficialmente con quello di Rappresentante Aziendale supplente.

ANNULLAMENTO FERIE

Domanda: In caso di annullamento delle ferie esiste il diritto al rimborso?

Risposta: L'Art. 21 CCNL 5.12.1996 I biennio economico al comma 9 recita: "In caso di rientro anticipato dalle ferie per necessità di servizio, il dirigente ha diritto al rimborso delle spese documentate per il viaggio di rientro in sede e per quello di eventuale ritorno al luogo di svolgimento delle ferie; il dirigente ha inoltre diritto al rimborso delle spese anticipate e documentate per il periodo di ferie non goduto". La Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, con sentenza n. 1557 dell'11 febbraio 2000 ritiene necessario un "congruo preavviso" per evitare il diritto al rimborso.

CONGEDO PER MOTIVI DI STUDIO

Domanda: Il CCNL prevede qualche forma di congedo per motivi di studio?

Risposta: Il CCNL prevede la possibilità di utilizzo delle 4 ore non assistenziali (Art. 14 CCNL 3.11.2005 - 4. Nello svolgimento dell'orario di lavoro previsto per i dirigenti medici e veterinari, quattro ore dell'orario settimanale sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata ecc).

Inoltre si possono utilizzare le assenze retribuite di cui all'art.23 CCNL 5.12.1996 I biennio economico, articolo 14, comma 3, CCNL 10.2.2004, articolo 24, comma 1 CCNL 3.11.2005, articolo 27, comma 4 CCNL 17.10.2008 - 1. Il dirigente può assentarsi nei seguenti casi: a) partecipazione a concorsi od esami, limitatamente ai giorni di svolgimento delle prove, ovvero partecipazione a convegni, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi, connessi all'attività di servizio: giorni otto all'anno.

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

INFORMAZIONI GENERALI

Tel: 081.5585160

email: aaroiemac@aaroiemac.it

website: www.aaroiemac.it



XI CONGRESSO NAZIONALE

BERGAMO, 28-29-30 SETTEMBRE 2017

Centro Congressi Giovanni XXIII

Viale Papa Giovanni XXIII, 106

Bergamo - La Città Alta (Bérghem de hûra)



PROGRAMMA

Giovedì 28 Settembre

- 15:00 **Apertura Desk Accoglienza e Assistenza**
Ricevimento e Registrazione Delegati
Ricevimento Altri Partecipanti e Ospiti
- 16:00 **Saluto di Benvenuto del Presidente Nazionale**
- 16:15 **Saluto delle Autorità e degli Ospiti**
- 17:15 **Introduzione ai Lavori**
- 17:30 **Apertura Congresso e Inizio Lavori all'Ordine del Giorno**
Adempimenti Statutari e Regolamentari, tra cui:
- *Nomina e Insediamento Commissione Verifica Poteri*
- *Ufficializzazione Candidature delle Cariche Elettive 2017-2021 e relativi Programmi*
- *Ratifica Componenti del Consiglio di Bilancio*
- 18:30 **Conclusione Lavori Congressuali della Giornata**
- 18:30-19:00 **Cocktail Inaugurale**

Venerdì 29 Settembre

- 09:00 **Apertura Desk Accoglienza e Assistenza**
- 09:00 **Proposte di Modifica Statutaria**
Esposizione, Esame, Approvazione Finale
- 11:00-11:15 **Coffee Break**
- 11:15 **Relazione del Presidente Nazionale**
- 11:30 **Illustrazione dei Programmi a cura dei Candidati alla Presidenza Nazionale e Dibattito (1ª Parte)**
- 13:00-14:30 **Lunch**
- 14:30-18:30 **Dibattito (2ª Parte)**
- 18:30 **Conclusione Lavori Congressuali della Giornata**
- 20:30 **Cena Sociale con Spettacolo**

Sabato 30 Settembre

- 09:00 **Apertura Desk Accoglienza e Assistenza**
- 09:00-10:45 **Dibattito (3ª Parte) e Intervento Conclusivo del Presidente Nazionale**
- 10:45-11:00 **Coffee Break**
- 11:00 **Apertura Seggio per l'elezione delle Cariche 2017-2021**
- 13:00 **Chiusura Seggio ed Inizio Operazioni di Spoglio delle Schede**
- 13:00-14:30 **Lunch**
- Al termine delle Operazioni di Spoglio delle Schede: Proclamazione degli Eletti**
Termine Lavori all'Ordine del Giorno
Chiusura Congresso
- 20:30 **Cena di Saluto**



La Sala Congressuale (Sala Oggioni)