

il nuovo
Anestesista Rianimatore

AAROI EMAC
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 Ferdinando del Corretto n° 26 - 80133 Napoli - Diffusione web tramite provider Aruba

MARZO - APRILE
2019
2
Anno XXXX

Medici pensionati? A cottimo? Dall'estero? No al gioco delle 3 carte

UNITI SI VINCE!
Fondi Stipendiali:
a Pistoia Sentenza
a favore dei Medici

SAQURE

L'AAROI-EMAC risponde:
previdenza, assicurazione,
quesiti sindacali

Sommario

4 Attualità
Medici a gettone e ricorso alle Cooperative, il NO dell'AAROI-EMAC

6 Dalle Regioni
Contro gli escamotage della politica si sollevano le Sezioni Regionali

12 SAQURE
Il Meeting dell'Associazione per immagini

18 Professione AR
Pre-Op App vince il Memorial Rambaldi

20 IntensiveAPP
La visita in Terapia Intensiva con lo smartphone

22 Previdenza
Lavoro usurante, Quota 100, TFR-TFS

AAROI-EMAC RISPONDE:

28 Quesiti Assicurativi

30 Quesiti Sindacali

News AAROI-EMAC in tempo reale www.aaroiemac.it



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



www.youtube.com

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETARIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroiemac@aaroiemac.it
SEGRETARIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • matarazzo@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr CESARE IESU • sardegna@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • QUIRINO PIACEVOLI • ufficioesteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

ABRUZZO • Dr FABRIZIO MARZILLI • abruzzo@aaroiemac.it
BASILICATA • Dr FRANCESCO ALLEGRI • basilicata@aaroiemac.it
CALABRIA • Dr DOMENICO MINNITI • calabria@aaroiemac.it
CAMPANIA • Dr GIUSEPPE GALANO • campania@aaroiemac.it
EMILIA ROMAGNA • Dr MATTEO NICOLINI • emilia-romagna@aaroiemac.it
FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dr ALBERTO PERATONER • friuli@aaroiemac.it
LAZIO • Dr QUIRINO PIACEVOLI • laio@aaroiemac.it
LIGURIA • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • liguria@aaroiemac.it
LOMBARDIA • Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI • lombardia@aaroiemac.it
MARCHE • Dr MARCO CHIARELLO • marche@aaroiemac.it
MOLISE • Dr DAVID DI LELLO • molise@aaroiemac.it
PIEMONTE - VALLE D'AOSTA • Dr GILBERTO FIORE • piemonte-aosta@aaroiemac.it
PUGLIA • Dr ANTONIO AMENDOLA • puglia@aaroiemac.it
SARDEGNA • Dr CESARE IESU • sardegna@aaroiemac.it
SICILIA • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
TOSCANA • Dr LUIGI DE SIMONE • toscana@aaroiemac.it
UMBRIA • Dr ALVARO CHIANELLA • umbria@aaroiemac.it
VENETO • Dr MASSIMILIANO DALSASSO • veneto@aaroiemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO • Dr.ssa ROBERTA PEDRAZZOLI • bolzano@aaroiemac.it
PROVINCIA DI TRENTO • Dr PIERGIORGIO CASETTI • trento@aaroiemac.it

Periodico Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - EM.A.C.

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
Dr CESARE IESU
Dr.ssa TERESA MATARAZZO
Dr EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
Dr GIAN MARIA BIANCHI
Dr POMPILO DE CILLIS
Dr COSIMO SIBILLA

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

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 26-04-2019

Periodo buio per la sanità italiana, occorre la massima coesione

Non è un periodo facile. Al contrario – a memoria – è forse il periodo più buio per la sanità italiana. Un momento di oggettiva difficoltà che si riflette sul lavoro e sul riconoscimento professionale ed economico dei Medici. Ogni giorno giungono notizie che fino a qualche anno fa sarebbero apparse surreali. Le ultime fantasiose iniziative, ossia il reclutamento di Medici in pensione e il reclutamento di Medici dall'estero, vanno ad aggiungersi ad escamotage ormai diventati prassi, come il ricorso a Medici "a cottimo" sul quale siamo intervenuti nuovamente qualche giorno fa, così come – attraverso la voce dei Presidenti regionali – siamo intervenuti sulle altre vergognose "novità" di cui sopra (vedansi pagine seguenti).

Purtroppo la carenza di Medici specialisti, Anestesisti Rianimatori e Medici dell'Emergenza in primis, è un dato di fatto, una realtà alla quale è impossibile sfuggire. Il vero problema è che, per affrontare l'emergenza, i decisori politici stanno ricorrendo a strumenti pericolosi, in grado di scardinare l'intero sistema e di dar vita ad una totale deregulation che andrà ad incidere tanto sui rapporti contrattuali quanto su quelli professionali.

Un ultimo esempio della strada intrapresa dai diversi Governatori arriva dalla Regione Toscana dove, per far fronte alla carenza di Medici nei Pronto Soccorso regionali, si prevede, tra le altre cose, *"la realizzazione di un percorso formativo regionale, che sarà costituito da una formazione on the job da effettuarsi presso i servizi del sistema regionale dell'emergenza urgenza, rivolto ai laureati in medicina e chirurgia di età non superiore a 35 anni e non in possesso di specializzazione. Il percorso formativo dovrebbe avere la durata di due anni, durante i quali ai partecipanti, reclutati con selezione pubblica, verrà fatto un contratto libero professionale di formazione e lavoro"*. In spregio – a nostro avviso – non solo alle normative contrattuali e non, ma anche ai requisiti minimi di sicurezza nei confronti dei pazienti.

Ciò detto, di fronte ad un simile quadro, sia chiaro che l'ultimo dei nostri pensieri è quello di demordere. Anzi, crediamo che proprio questa situazione debba renderci più forti! È però necessario il massimo della coesione che può ottenersi soltanto aumentando la consapevolezza di ognuno di noi. Dobbiamo difendere – insieme – i nostri diritti a tutti i livelli. Quando lo facciamo con metodo ci riusciamo! Il 15 aprile scorso il Giudice del Lavoro di Pistoia ha condannato l'Azienda Usl Toscana Centro (ex Asl 3 Pistoia) a rideterminare i Fondi aziendali destinati al finanziamento della retribuzione accessoria. Si è chiusa così – al momento – la causa promossa, nel novembre 2011, da 337 Dirigenti Medici e Veterinari dipendenti dell'ex ASL 3 di Pistoia (ora ASL Toscana Centro). Una Sentenza di grande valore a testimonianza della possibilità – se uniti – di ottenere ciò che ci spetta!

Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC



Attualità

“Medici a cottimo” una prassi vergognosamente in aumento

L'AAROI-EMAC alla Grillo: “Illegalità che va fermata”

I ricorso da parte delle Aziende Sanitarie alle Cooperative e ai Medici a cottimo (inclusi quelli inquadrati come "Specialisti Ambulatoriali" che ricoprono posti riservati per legge a Medici con regolare CCNL della Dirigenza Medica Ospedaliera) è diventata una prassi quotidiana, al punto da non scandalizzare più, in nome di un'emergenza alla quale non si riesce a far fronte, seppure da tempo annunciata.

Da anni l'**AAROI-EMAC** denuncia questa pratica contraria alle norme sul Pubblico Impiego diventata ormai dilagante, ma che rimane inaccettabile. L'Associazione – come già fatto con il precedente titolare del Dicastero della Salute – ha, pertanto, scritto al Ministro della Salute, Giulia Grillo, per chiedere un intervento immediato che ponga fine al reclutamento da parte degli Enti del SSN di Medici specialisti attraverso Cooperative e Società di Servizi.

*"La drammatica carenza di Medici, in particolare di Anestesisti Rianimatori e di Pronto Soccorso, non può in alcun modo avallare soluzioni illecite e rischiose per gli operatori sanitari e per i pazienti – afferma Alessandro Vergallo, Presidente **AAROI-EMAC** –. È questa l'ennesima dimostrazione dei disastri causati da anni di politiche che, puntando falsamente a supposti risparmi derivanti dal blocco del turn over, hanno aggiunto alla precarietà nuove forme di precarietà mascherate. Si tratta di un fenomeno che chiediamo al Ministro della Salute di fermare. Investire realmente nel presente e nel*

*futuro del nostro **Servizio Sanitario Nazionale** significa salvaguardare la valorizzazione del patrimonio di **Scuola e Conoscenza**, garantito solo ed esclusivamente da Rapporti di Dipendenza e Tempi Indeterminati.*

La strada principale da seguire per un investimento di questo tipo è sicuramente, come detto e ripetuto, una pianificazione reale dei fabbisogni di Medici ospedalieri sulla cui base individuare il numero congruo di Borse di studio per Medici in Formazione.

*Per quanto riguarda la disciplina di Anestesia e Rianimazione – conclude Vergallo –, che oggi è tra quelle in maggiore sofferenza, esiste una carenza stimata di circa 4000 Medici Specialisti necessari a completare gli organici in funzione dei servizi richiesti dalle Regioni e previsti nei **Nuovi LEA**.*

*Situazione analoga, se non più grave, per i Medici di Pronto Soccorso, anche a causa delle fagocitosi, sia di Specialisti sia di **Specializzandi in Medicina d'Urgenza**, da parte di Unità Operative che con l'Emergenza-Urgenza nulla hanno a che fare, come le Medicine o le Geriatriche, laddove invece la formazione specialistica di questi Colleghi dovrebbe avvenire in primis proprio nella loro successiva destinazione lavorativa naturale ed indispensabile, cioè nei Pronto Soccorso.*

Occorre, quindi, un cambiamento strutturale che ponga fine alla eternità di soluzioni temporanee, fantasiose e pericolose che si trascinano da decenni".





Dalle
Regioni

Escamotage per reclutare Medici

Dal Nord al Sud, le Regioni e le singole Aziende Sanitarie le stanno pensando proprio tutte per gestire la carenza di Medici, annunciata da almeno 10 anni. Tra ricorso a Cooperative, a Medici a gettone, a Medici pensionati, a Medici dall'estero è il caso di dire che l'inventiva non manca. Dopo l'allarme del Presidente Nazionale, alcuni Presidenti regionali hanno dovuto affrontare in concreto i tentativi di far fronte all'emergenza con soluzioni sorprendenti.

AAROI-EMAC Sicilia

Affidamento Sale Operatorie a ditte esterne, il passo indietro della Asp di Caltanissetta

In Sicilia, il tentativo della Asp di Caltanissetta è stato stoppato dalla netta presa di posizione del Presidente regionale, Emanuele Scarpuzza, che ha convinto i vertici a fare un repentino passo indietro:

“Il rischio che le Sale Operatorie della Asp di Caltanissetta venisse affidato a ditte esterne, in particolare per la parte anestesilogica, è stato scongiurato. Tale eventualità, non solo sarebbe stata un danno per gli Anestesisti Rianimatori dipendenti della Asp, ma soprattutto avrebbe rappresentato un rischio per la sicurezza dei pazienti – ha spiegato Scarpuzza –.

Grazie ad un incontro urgente con il Commissario straordinario della Asp, Alessandro Caltagirone è stata innanzitutto accolta la possibilità di ricorrere alle prestazioni aggiuntive – così come previsto dal CCNL – degli Anestesisti Rianimatori che lavorano nella Asp, al fine di poter contare su tutta la potenzialità dei Colleghi in servizio, ferma restando la priorità da darsi alle nuove assunzioni di personale. Il Commissario Straordinario – ha sottolineato il Presidente AAROI-EMAC Sicilia – si è anche impegnato a reclutare, tramite concorso, il numero di Anestesisti Rianimatori necessari a completare le dotazioni organiche di personale, anche tramite Bandi, come previsto nell’ultima Legge di Bilancio, aperti a Medici Specializzandi, affinché i Neospecialisti, una volta nelle apposite graduatorie, possano essere assunti subito dopo il conseguimento della specializzazione senza dover attendere i tempi tecnici di indizione di nuovi concorsi, ovviamente dopo che siano state esaurite le graduatorie dei concorsi riservati agli Specialisti, così come prevede questa legge, che a tutt’oggi non è stata, purtroppo, ben compresa da tutti”.

AAROI-EMAC Puglia

Medici dall'estero, l'idea dell'Asl di Foggia

In Puglia la proposta, ventilata dall'Asl di Foggia, sarebbe quella di reclutare Medici all'estero, in particolare dalla Romania. Le perplessità del Presidente AAROI-EMAC Puglia, sono state raccolte in un'intervista su DoctorNews.

«Il ricorso a medici comunitari è legittima conseguenza della libera circolazione dei fattori produttivi, solo che noi stiamo recuperando fuori porta quanto non siamo riusciti a garantirci con risorse che pure avevamo in casa – ha sottolineato Amendola, specificando che il titolo specialistico od equipollente è obbligatorio per assumere, anche a tempo determinato, nel Ssn –. Presumo che in Romania si cerchino specialisti. Peraltro, abbiamo in Puglia oltre mille (1398 ndr) laureati in medicina che non sono entrati nelle scuole di specializzazione e la soluzione dei cui problemi lavorativi è prioritaria, nel rispetto delle regole.

Come anestesisti siamo una delle specialità dove più ci sarà carenza in Italia eppure siamo anche tra le discipline più incentivate con borse di studio. I contratti erano fino a 620-630 annui a livello nazionale prima del 2017, e dopo siamo passati a 754, 650 finanziati dallo stato, un'ottantina dalle regioni, 10 da enti vari. Senonché – ha affermato il Presidente AAROI-EMAC Puglia – questi colleghi la cui formazione è costata 300 mila euro a testa sono stati assunti solo nelle regioni che potevano bandire concorsi: Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, poco altro. Le regioni in piano di rientro come la nostra non possono assumere. Così gli anestesisti del Sud sono espatriati, emigrati in altre sanità regionali, finiti nel privato convenzionato e non. Anche i nostri in Puglia. E come loro tanti altri specialisti».

AAROI-EMAC Molise

Medici in pensione? Il Molise fa da apripista...

Altro escamotage pensato per sopperire alla carenza dei Medici è stata l'autorizzazione del Commissario alla Sanità del Molise, Angelo Giustini, a reclutare Medici in pensione. Provvedimento poi sospeso perché, in quanto regione commissariata, occorre l'autorizzazione ministeriale.

La decisione aveva comunque incontrato l'aperto dissenso della Sezione Molise AAROI-EMAC, dissenso che era stato già rappresentato alla Struttura Commissariale in occasione di un incontro tenu-tosi in febbraio.

«Occorre sottolineare – ha affermato David Di Lello, Presidente AAROI-EMAC Molise in un comunicato stampa – che, oltre a valutazioni di opportunità nell'affidare a colleghi ormai avanti nell'età incarichi che comportano altissima responsabilità, prontezza di risposte e stress, in specie in condizioni di urgenza-emergenza, il conferimento a medici in pensione di incarichi retribuiti per attività nella pubblica amministrazione è, altresì, da considerarsi illegittimo. La Legge dell'11 agosto 2014 n. 114 di conversione con modificazioni del D.Lgs. n. 90/2014 modificando l'art. 5 comma 9 della Legge n. 135/2012, infatti, fa divieto alle Pubbliche Amministrazioni di conferire incarichi "a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza" e precisa, quindi, che per i pensionati "incarichi e collaborazioni sono consentiti esclusivamente a titolo gratuito e per una durata non superiore a un anno non prorogabile né rinnovabile presso ciascuna amministrazione".

Il reclutamento di specialisti in pensione prospettato dal Commissario, dunque, potrebbe comportare, tra l'altro, problematiche di natura giuridica e di responsabilità a vari livelli e con possibili effetti negativi sulla gestione del rischio clinico. Utile sarebbe, invece, quale possibile soluzione tampone alla carenza di alcune figure di specialisti, la stipula di apposite convenzioni, con le aziende sanitarie delle regioni vicine per l'utilizzo di colleghi in attività che, inoltre, contribuirebbero alla condivisione di esperienze e conoscenze con medici ospedalieri molisani».

L'appello del Dr Di Lello è stato ripreso in un articolo di The Lancet.

World Report



Italy calls on retired doctors to fill health worker gap

Experts say that the shortfall of doctors has been fuelled by poorly conceived policies for health worker recruitment dating back 10 years. Marta Paterlini reports.



Looking for "retired medical specialists" reads a job announcement that first appeared in Molise, a small region of the south of Italy. Within the past month, Italy's retired doctors have been called back to work to buffer a worrying staff shortage in Italy. The approach, which has now spread to five of 20 regions in Italy, has been criticised by physicians and health advocates alike.

Doctors in Italy are among the oldest in Europe; more than 50% of physicians are older than 55 years of age and many are approaching retirement. Anao Assomed, the biggest trade union for doctors of the country, predicts that, between 2018 and 2025, 50% of Italian physicians will retire (52 000 doctors), creating a staffing shortage of 16 700 trained doctors to be filled within the next 6 years. The situation is set to worsen in light of a new policy that provides for workers in the public sector to retire when they reach either 41 years of contributions, or 100 years as the sum of age plus the years of contribution (the so called quota 100). The provision, which will be rolled out between 2019 and 2021, will mean doctors can retire at around 62 years of age instead of 65 years.

Recruiting doctors out of retirement "is a very short-term solution because the problem remains", comments Filippo Anelli, president of the National Federation of Surgeons and Dentists. Anelli blames the doctor shortage on a shortsighted political approach whereby, over the past 10 years, the Italian Government has been cutting funds for the health system before looking at its needs. "As it stands, the system is destroying the hope of an entire generation of young doctors", he says.

Since the late 1970s, the Italian National Health Service—the Servizio Sanitario Nazionale (SSN)—has offered

universal coverage and has been tax funded. In the past decade, the SSN has gone through an overhaul notably a reform shifting the oversight of recruitment and budgeting from the national to the regional level in 2012.

A deadlock of generational turnover for doctor recruitment, prompted by a freeze on hiring and on salary in-

...between 2018 and 2025, 50% of Italian physicians will retire (52 000 doctors), creating a staffing shortage of 16 700 trained doctors to be filled...

creases since the 2009 global crisis, has meant that many young doctors have been driven to the private sector or abroad. Over the past decade, approximately 1500 young doctors have gone abroad every year, mainly towards France, the UK, Germany, and Switzerland.

The staff shortage "can mainly be directly traced back to poor planning for the specialisation grants over in the past 10 years", comments Carlo Palermo, president of Anao Assomed. Medicine and surgical training in Italy takes 6 years, which is followed by a specialisation period lasting an average of 5 years, funded by fellowships awarded by the Ministry of University and Research. Although 10 000 medical degrees are awarded each year, only 7000 fellowships are awarded for specialisation. This creates a bottleneck that negates access to the job market for thousands of young doctors who cannot be employed without this specialisation. Anao Assomed predicts that some specialisations such as emergency doctors, anaesthesiologists, paediatricians, cardiologists, and general surgeons will be heavily under-represented in the near future.

The Ministry of University and Research has told The Lancet that an extra €100 million will be allocated to finance new training grants for medical specialists. It will be gradually rolled out until 2023, the Italian weekly *Il Sole 24 Ore* has reported. But for Palermo, "again, this will not be enough to rectify the imbalance in staffing; we need more resources and a reorganisation of the doctoral training system".

Several experts in Italy also reported to The Lancet their concerns about the age of the doctors being recruited out of retirement. "Night shifts, long surgical sessions, shifts over weekends and holidays can be physical stressful" comments David Di Lello, president of the Association of Anaesthetists of Molise. Di Lello is also concerned that taking doctors out of retirement to take paid roles in the public sector might be in contradiction with the so-called retention in service (*trattenimento in servizio*) legislative decree, which abolished the right of civil servants to work beyond retirement age. "In this manoeuvre, I see the attempt of deregulating the system", he fears.

Alternatives to fix the shortfall have been suggested. According to Palermo, from 2019, doctors in training who are in their last year of specialisation will now be allowed to compete for open job position and work, although they will only be officially employed after the end of their specialisation.

Another approach could be to "implement task-shifting, where some duties can be taken over by paramedics and nurses", states Nino Cartabellotta, founder of GIMBE Foundation, a non-profit working on health-care issues. This suggestion was not very well received by physicians, who are careful to protect their roles, according to Cartabellotta.

Marta Paterlini

AAROI-EMAC Veneto

... e sui pensionati il Veneto segue a ruota

A pochi giorni dal provvedimento della Regione Molise, il Governatore del Veneto, Luca Zaia, ha annunciato l'approvazione di una delibera per l'assunzione a tempo determinato di medici in quiescenza in Regione. Anche in questo caso, immediata la reazione del Presidente regionale AAROI-EMAC, Massimiliano Dalsasso.

"Tra le tante proposte suggerite per migliorare la situazione viene deliberata l'assunzione a tempo determinato di medici in quiescenza nella regione Veneto.

Oltre che essere opinabile dal punto di vista di aderenza alle leggi attuali, ci chiediamo se questa sia una soluzione pratica di valore a lungo termine per sopperire alle evidenti responsabilità di chi avrebbe dovuto programmare, vigilare e governare la sanità pubblica.

Dove si troveranno i fondi per questi contratti se non ci sono i denari per il contratto pubblico dei medici?

Il mancato rinnovo del contratto pubblico invoglierà i giovani ad intraprendere la via dello studio della medicina e della professione medica azzoppata da salari non adeguati?

Quanto verrà dopato il mercato se i medici in quiescenza percepiranno la pensione permettendosi di richiedere emolumenti ridotti per i loro contratti rispetto ai colleghi che non hanno già un reddito?

L'impressione è che ci si stia inoltrando in una strada che peggiorerà ulteriormente le possibilità di ripresa della sanità pubblica, mortificando economicamente le giovani leve, prive delle risorse economiche già previste per i medici ormai in pensione. A meno di sorprendenti aumenti di spesa pubblica, le risorse impiegate per questo progetto saranno sottratte a nuove borse di studio per medici specializzandi, al rinnovo contrattuale e al pagamento delle prestazioni aggiuntive dei medici strutturati.

Il risultato sarà di grande impatto mediatico, indubbiamente, ma di scarso effetto sul piano pratico (molti medici in pensione lavorano già nel settore privato) e di potenzialmente negativo effetto sul futuro della professione e della sanità pubblica".

Dopo i Medici in pensione, la Regione Veneto ha dato il via al reclutamento di Medici dall'estero. È notizia degli ultimi giorni che l'Usl di Treviso sarebbe in trattativa con l'Università di Timisoara per 10 Medici.

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Quotidiano on line
di informazione sanitaria
Lunedì 22 APRILE 2019

QS

Leggi online

Carenza di anestesisti rianimatori, in Calabria sistema al collasso

Un'analisi della situazione calabrese nella lettera a Quotidiano Sanità inviata dal Presidente regionale AAROI-EMAC, Domenico Minniti.

"In Calabria mancano, in atto, 80-100 Medici Anestesisti Rianimatori. A dicembre di quest'anno se ne specializzeranno sette. Undici l'anno prossimo: saranno sufficienti a colmare il gap prodotto dai pensionamenti?". È solo una delle tante questioni affrontate nella lettera e rimbalzate su altre testate fino ad arrivare tra le righe di una interrogazione parlamentare alla Camera il 3 Aprile scorso.

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=72256

Sulla carenza di Medici il Dr Minniti è intervenuto anche lo scorso 25 Aprile con un'analisi delle Responsabilità.

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=73418

FONDI STIPENDIALI MEDICI: CONDANNATA AZIENDA USL TOSCANA CENTRO (EX ASL 3 PISTOIA)

Gli interventi dell'Intersindacale Asl Toscana Centro - Area Pistoia e dell'Intersindacale Toscana a commento della Sentenza di condanna che prevede la rideterminazione dei Fondi stipendiali a partire dal 1998 ed il pagamento degli arretrati.

Il Comunicato Stampa dell'Intersindacale Medica e Veterinaria dell'Asl Toscana Centro - Area Pistoia

Il 15 aprile 2019 si è svolta l'ultima udienza della causa promossa, nel novembre 2011, da 337 Dirigenti Medici e Veterinari dipendenti dell'ex ASL 3 di Pistoia (ora ASL Toscana Centro) contro la stessa ASL 3 per ottenere la rideterminazione dei fondi aziendali destinati al finanziamento della retribuzione accessoria. Il Giudice del Lavoro del Tribunale di Pistoia con la Sentenza 245/2019 ***ha condannato "la parte convenuta a rideterminare i fondi aziendali indicati in ricorso, a far data dal 1998 e sino al 2007 e a liquidare ai ricorrenti... le eventuali differenze retributive dovute a titolo di retribuzione accessoria a far data dal 01.07.1998 e sino al 2007, tenuto conto della intervenuta prescrizione quinquennale e di quanto già percepito a titolo di retribuzione accessoria"***.

Con questa sentenza i ricorrenti, rappresentati dall'Avv. Mauro Montini del Foro di Firenze, chiudono positivamente un contenzioso durato quasi 20 anni durante i quali le loro retribuzioni sono sempre state le più basse tra tutti i medici toscani ed italiani.

A fronte di un incremento della dotazione organica di oltre cento medici negli anni dal 1998 al 2007, l'Azienda non ha, infatti, parimenti incrementato i Fondi contrattuali per la retribuzione accessoria come previsto dai vari CCNL: in tal modo ha utilizzato tutte le risorse presenti per finanziare i nuovi assunti a scapito della valorizzazione economica delle posizioni professionali dei singoli Dirigenti Medici (cd. Posizione Variabile Aziendale).

Questa posizione/imposizione dell'Azienda ha prodotto i suoi effetti nefasti negli anni a seguire fino ad oggi e soprattutto da quando le leggi succedutesi dal 2010 hanno bloccato i rinnovi contrattuali ed ogni possibile incremento dei Fondi Stipendiali. Anzi, ad ogni riduzione di personale è corrisposta una riduzione dei Fondi.

I ricorrenti hanno chiesto di accertare il loro diritto ad ottenere la rideterminazione dei Fondi Aziendali destinati al finanziamento della retribuzione accessoria in quanto non incrementati annualmente in seguito all'incremento di personale, come previsto dalle norme dei contratti succedutisi a partire dal 1996. Hanno quindi chiesto l'incremento stabile dei Fondi Stipendiali (Posizione, Risultato e Accessorio/Disagio) per ripristinare la possibilità di finanziare la componente variabile aziendale della posizione e, di conseguenza hanno richiesto il pagamento degli arretrati per le quote non corrisposte a partire dal 1998. Il Giudice ha ritenuto che ***«dalla lettera delle disposizioni pattizie emerge in maniera inequivocabile che gli enti che rideterminano la dotazione organica dei posti di funzione dirigenziale "dovranno" (non "possono") tenere conto del valore delle posizioni organizzative di nuova istituzione per incrementare, in misura congrua, il fondo. È evidente che l'utilizzo del "dovere" e non "potere" fa sì che la norma pattizia non può che essere interpretata nel senso che i fondi devono aumentare, in maniera congrua, tenendo conto del variare della dotazione organica e, nel caso di attivazione di nuovi servizi, anche in assenza di variazione della dotazione organica»***.

Nel ribadire la grande soddisfazione per l'esito del contenzioso dobbiamo però ricordare che questo ha generato rapporti spesso conflittuali con tutte le Amministrazioni che si sono succedute ed un clima interno non certo sereno. Nonostante questo tutti i medici della ex ASL 3 hanno costantemente espresso il massimo della loro professionalità per poter fornire alla loro popolazione di riferimento grande qualità e sicurezza delle cure.

Noi per questo li ringraziamo

Il Comunicato Stampa dell'Intersindacale Medica, Veterinaria e Sanitaria della Toscana

L'ex ASL 3, ora ASL Centro, dove gli stipendi dei medici sono stati saccheggianti per anni, è stata condannata a ricalcolare lo stipendio di centinaia di professionisti. Una sentenza che potrebbe portare ad un recupero economico importante essendo stimato il danno subito dai professionisti in oltre 10 milioni di euro. L'ex ASL 3, ora ASL Centro, dove gli stipendi dei medici sono stati saccheggianti per anni, è stata condannata a ricalcolare lo stipendio di centinaia di professionisti. Una sentenza che potrebbe portare ad un recupero economico importante essendo stimato il danno subito dai professionisti in oltre 10 milioni di euro. Da tempo la Regione Toscana ha assunto consapevolezza del problema e ha raggiunto con l'intersindacale medica un accordo volto a riequilibrare i fondi sottostimati, rispetto alle medie regionali e nazionali, anche nelle altre aziende ed ex aziende dove amministratori e Direttori generali non sempre all'altezza hanno forzato le regole contrattuali a danno delle retribuzioni dei medici e dei dirigenti sanitari. Ci auguriamo che il governo della Regione scoraggi l'idea di un ricorso che apparirebbe del tutto fuori luogo e volto solo a prendere tempo rispetto a quello che può essere considerato un vero e proprio abuso.

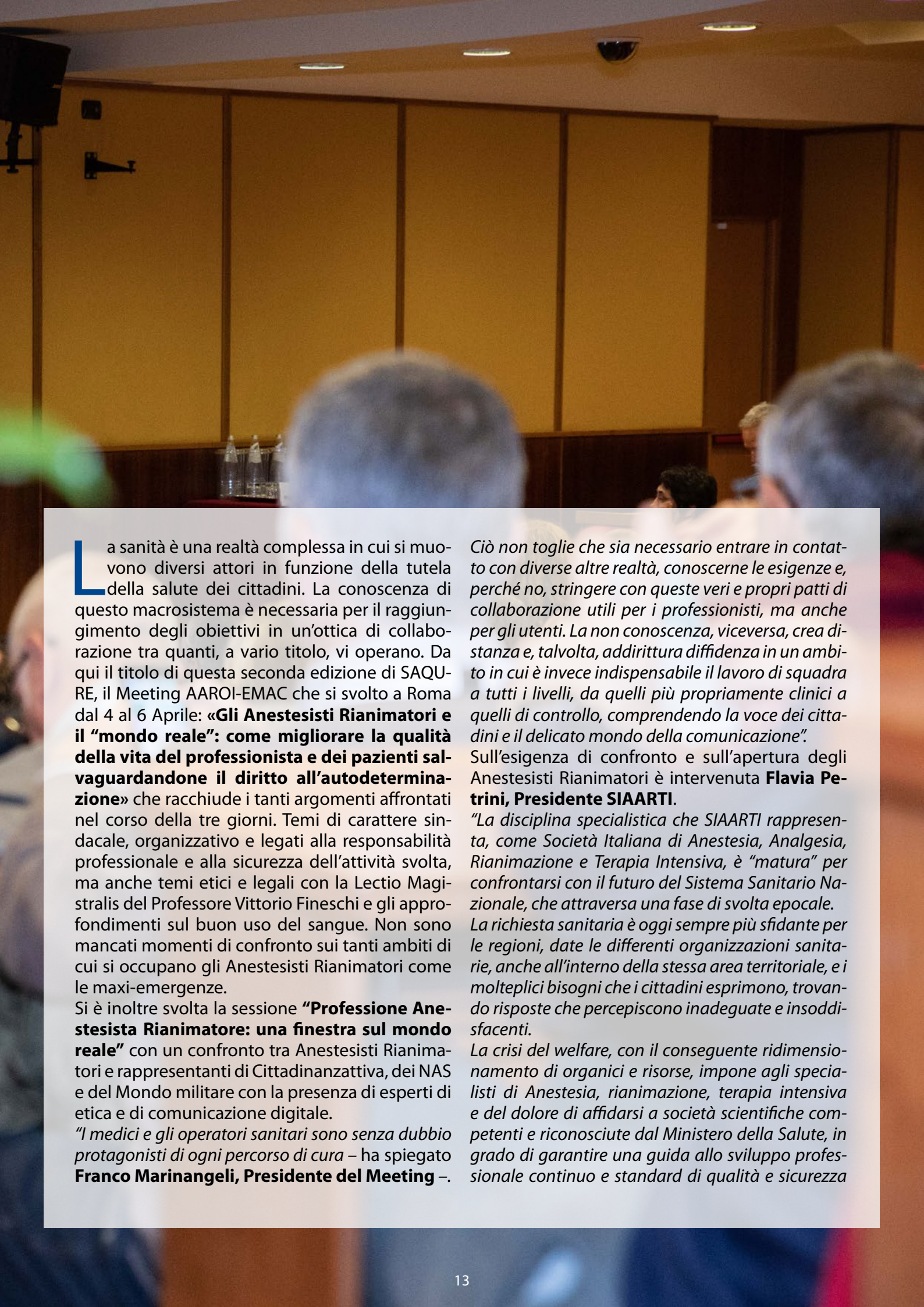




SA❖QU❖RE

2019

Un confronto a 360°
per la tutela della salute



La sanità è una realtà complessa in cui si muovono diversi attori in funzione della tutela della salute dei cittadini. La conoscenza di questo macrosistema è necessaria per il raggiungimento degli obiettivi in un'ottica di collaborazione tra quanti, a vario titolo, vi operano. Da qui il titolo di questa seconda edizione di SAQURE, il Meeting AAROI-EMAC che si svolge a Roma dal 4 al 6 Aprile: **«Gli Anestesisti Rianimatori e il “mondo reale”: come migliorare la qualità della vita del professionista e dei pazienti salvaguardandone il diritto all'autodeterminazione»** che racchiude i tanti argomenti affrontati nel corso della tre giorni. Temi di carattere sindacale, organizzativo e legati alla responsabilità professionale e alla sicurezza dell'attività svolta, ma anche temi etici e legali con la Lectio Magistralis del Professore Vittorio Fineschi e gli approfondimenti sul buon uso del sangue. Non sono mancati momenti di confronto sui tanti ambiti di cui si occupano gli Anestesisti Rianimatori come le maxi-emergenze.

Si è inoltre svolta la sessione **“Professione Anestesista Rianimatore: una finestra sul mondo reale”** con un confronto tra Anestesisti Rianimatori e rappresentanti di Cittadinanzattiva, dei NAS e del Mondo militare con la presenza di esperti di etica e di comunicazione digitale.

“I medici e gli operatori sanitari sono senza dubbio protagonisti di ogni percorso di cura – ha spiegato Franco Marinangeli, Presidente del Meeting –.

Ciò non toglie che sia necessario entrare in contatto con diverse altre realtà, conoscerne le esigenze e, perché no, stringere con queste veri e propri patti di collaborazione utili per i professionisti, ma anche per gli utenti. La non conoscenza, viceversa, crea distanza e, talvolta, addirittura diffidenza in un ambito in cui è invece indispensabile il lavoro di squadra a tutti i livelli, da quelli più propriamente clinici a quelli di controllo, comprendendo la voce dei cittadini e il delicato mondo della comunicazione”.

Sull'esigenza di confronto e sull'apertura degli Anestesisti Rianimatori è intervenuta **Flavia Petrini, Presidente SIAARTI**.

“La disciplina specialistica che SIAARTI rappresenta, come Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, è “matura” per confrontarsi con il futuro del Sistema Sanitario Nazionale, che attraversa una fase di svolta epocale. La richiesta sanitaria è oggi sempre più sfidante per le regioni, date le differenti organizzazioni sanitarie, anche all'interno della stessa area territoriale, e i molteplici bisogni che i cittadini esprimono, trovando risposte che percepiscono inadeguate e insoddisfacenti.

La crisi del welfare, con il conseguente ridimensionamento di organici e risorse, impone agli specialisti di Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore di affidarsi a società scientifiche competenti e riconosciute dal Ministero della Salute, in grado di garantire una guida allo sviluppo professionale continuo e standard di qualità e sicurezza

delle cure che sono appropriate a pazienti di ogni età, estrazione socio-culturale e condizione clinica.

Fin dai percorsi elettivi di medicina perioperatoria, e quando chiamati in emergenza per risolvere problemi clinici o eticamente difficili per le criticità che rappresentano, gli specialisti devono governare team multidisciplinari e professionali pronti a operare in ambienti spesso complessi – ha sottolineato **Flavia Petrini** –.

SIAARTI garantisce la produzione di strumenti culturali ed educazionali indispensabili allo sviluppo professionale continuo e certificato in tutti i settori di intervento. Fin dal 1934 tali settori hanno fatto enormemente crescere l'appropriatezza delle cure in medicina perioperatoria, rianimazione e terapia intensiva, medicina critica dell'emergenza, medicina iperbarica e cure materno-infantili.

Oggi arrivata a quota 8000 iscritti, la Società si confronta con le principali Istituzioni (ISS, AGENAS, Ministero della Salute, ecc) e con le principali società scientifiche, condividendo strategie di miglioramento continuo dell'offerta assistenziale, buone pratiche cliniche, raccomandazioni e linee guida.

La sfida che ci presenta il futuro è già di attualità: grazie a momenti di confronto come il meeting SAQURE 2019. Un ruolo importante riveste la sanità militare che in più di una circostanza affianca i Medici ospedalieri.

“La Sanità Militare ha sempre rappresentato, per la sua peculiare funzione e natura, un ambito di innovazione tecnologica e dei percorsi clinici nella gestione dell'emergenza – ha spiegato **Giacomo Mammana Magg. Gen. Direttore Ospedaliero del Policlinico Militare Celio** –. Dai conflitti dell'epoca napoleonica in poi, i trattati di medicina militare hanno costituito fonte inesauribile di novità e di apprendimento per tutta la classe medica del tempo. Tale prerogativa è andata consolidandosi con i grandi conflitti mondiali del novecento fino a trovare pieno riscontro nel corso dei conflitti internazionali dei tempi più recenti (Corea, Vietnam, Iraq, Afghanistan). Rilevante, inoltre, la competenza acquisita e riconosciuta nella gestione delle maxiemergenze sia per quanto riguarda il triage che per i percorsi clinici assistenziali per non dimenticare, inoltre, le esperienze maturate nel MEDEVAC (MEDical EVACuation)”.

Altrettanto importante per l'ambito sanitario è la funzione di controllo.

“La vigilanza nella sanità è un sistema complesso a cui concorrono vari organi secondo specifici livelli di competenza sia per materie, sia per area territoriale – spiega **Erasmus Fontana, Tenente Colonnello Comandante del Gruppo dei Carabinieri per la Tutela della Salute di Roma** –. In tale quadro i Carabinieri del Comando per la Tutela della Salute garantiscono al Ministero della Salute una profondità ispettiva nazionale in grado di soddisfare il ruolo di alta vigilanza devoluto al dicastero. L'azione ispettiva dei NAS è, pertanto, finalizzata a monitorare anche in ambito periferico l'effettivo

funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale promuovendo presso le varie Autorità le discendenti attività ritenute risolutive delle criticità emerse a cui si associano azioni repressive in caso di condotte personali di rilievo penale avvalendosi dei poteri propri della polizia giudiziaria”.

Rispetto al ruolo del Comitato Etico in Sanità – altro tema approfondito nel corso della sessione – **Felice Eugenio Agrò, Professore dell'Università Campus Bio-Medico di Roma**, ha precisato che “la sperimentazione clinica con nuovi farmaci, con nuovi dispositivi medici, con nuovi integratori alimentari, deve sempre garantire la tutela dei diritti, la sicurezza e il benessere dei soggetti in sperimentazione e che sarebbe auspicabile uniformare la documentazione a livello nazionale, prevedere delle tempistiche certe e istituire dei corsi di formazione certificati per trasmettere conoscenze e competenze derivanti dalle evidenze scientifiche agli stessi sperimentatori”.

In un confronto a 360° non poteva mancare il punto di vista del cittadino attraverso la voce di **Tiziana Nicoletti di Cittadinanzattiva**: “l'iniziativa che si è concretizzata con il Meeting SAQURE e che ha visto coinvolti gli Anestesisti Rianimatori assume una rilevanza centrale, dato il loro ruolo nelle situazioni più delicate che riguardano la vita delle persone e dei loro familiari.



Anche in questi frangenti riteniamo centrale l'impegno umano, professionale e tecnico di operatori sanitari che, spesso, devono avere una cultura dell'attenzione verso le problematiche di diversa natura ancora più marcata.

Per questo riteniamo fondamentale costruire con loro percorsi chiari, trasparenti e conoscibili ai cittadini, non solo sui diritti, ma anche sulle possibilità di avere una qualità di vita dignitosa e rispondente alle situazioni date".

Dalla comunicazione interpersonale, il focus si è chiuso con un approfondimento sulla comunicazione digitale che sempre di più tocca anche i Medici da vicino:

*"Le professioni mediche devono avere sempre più consapevolezza delle particolarità e novità dell'ambiente digitale. Ecco perché – chiarisce **Nicola Zamperini, giornalista e consulente di strategie digitali** – l'AAROI-EMAC ha deciso, anche attraverso il Meeting SAQURE, di proporre formazione per gli Anestesisti Rianimatori nel campo della comunicazione digitale: dalla ricerca di fonti nel web alla comunicazione difensiva, dal diritto all'oblio ai social network professionali".*

Sul sito AAROI-EMA lo speciale SAQURE:

<https://www.aaroiemac.it/website/-n1867.html>







Guarda Online (foto flickr)



Una selezione delle immagini di SAQURE 2019 sono pubblicate al seguente link:
<https://www.flickr.com/photos/aaroi-emac/albums/72157707860496715>

Foto di Maura Cesolini



Professione AR

“Pre-op App” è il progetto vincitore del IV Memorial Rambaldi

Una App per le visite anesthesiologiche pre-operatorie La premiazione a Roma nel corso del Meeting SAQUIRE 2019

Una App dedicata alle visite anesthesiologiche pre-operatorie che accompagni l'Anestesista Rianimatore nelle sue valutazioni, mettendo a disposizione in tempo reale le indicazioni delle più recenti Linee Guida, per favorire completezza e standardizzazione. Si chiama “Pre-op App” ed è il progetto messo a punto dai Dr Vittorio Ferrari, Anestesista Rianimatore dell'IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia e Giuliano Bolondi, Specializzando al V anno in Anestesia e Rianimazione all'Università di Modena e Reggio Emilia, vincitore del **IV Memorial Marco Rambaldi - “APP INNOVATIVA PER ANESTESISTI RIANIMATORI - AR StartAPP”**.

La premiazione del concorso, istituito dall'AAROI-EMAC Emilia Romagna in ricordo del Dr Marco Rambaldi, Direttore dell'UOC di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Agostino Estense di Modena, si è svol-

ta a Roma nel corso del Meeting SAQUIRE.

La App, grazie ai 5000 euro stanziati dall'AAROI-EMAC Emilia Romagna, verrà realizzata entro il 2019.

“Abbiamo pensato ad un'applicazione da utilizzare soprattutto in caso di pazienti complessi e fragili (anziani, pluri-patologici, etc.) per i quali la valutazione anesthesiologica può essere più complicata – ha spiegato Vittorio Ferrari –. In questi casi strumenti e check-list di immediata consultazione, che tengano conto delle numerose linee guida prodotte da enti nazionali o sovra-nazionali per l'ottimizzazione peri-operatoria del paziente candidato a chirurgia non cardiaca, possono essere molto utili. In un primo momento la App verrà sviluppata solo per la chirurgia elettiva non cardiaca dell'adulto. Successivamente potrà comprendere altri settori (chirurgie ultra-specialistiche e pazienti pediatrici)”.

“Pre-op App” sfrutterà le attuali potenzialità informatiche per implementare le raccomandazioni scientifiche all'interno di semplici algoritmi. L'obiettivo è di calcolare rapidamente dei punteggi relativi a determinate condizioni patologiche (scores) e suggerire le raccomandazioni cliniche solo se valutate sensibili per uno specifico paziente. Molti scores clinici prevedono, infatti, l'uso delle stesse variabili (per esempio: età, sesso, peso): basterà introdurre una sola volta per ottenere multiple valutazioni.

In presenza di dati che non rientrano nei limiti della normalità (per esempio il BMI) o implicano determinati rischi (per esempio l'assunzione di anticoagulanti) allora, automaticamente, la App mostrerà degli alert o suggerirà il calcolo di scores più specifici e, se necessario, richiederà di aggiungere solo i dati mancanti. In base ai risultati ottenuti, alla chirurgia (basso, medio o alto rischio) e all'anestesia proposta (generale, loco-regionale, ...) verranno forniti suggerimenti utili per la gestione pre-operatoria ed il monitoraggio intraoperatorio del malato, sfruttando al meglio le potenzialità di smartphone e tablet per ottenere rapidamente un elenco di consigli.

“Crediamo che, una volta realizzata, “Pre-op App” possa essere uno strumento valido per i Colleghi – ha affermato Matteo Nicolini, Presidente AAROI-EMAC Emilia Romagna –. Il progetto è assolutamente in linea con lo spirito del Memorial che ha lo scopo di valorizzare giovani Anestesisti Rianimatori attraverso l'innovazione tecnologica, esattamente come ha sempre fatto Marco Rambaldi a cui il concorso è dedicato. Mai come in questa edizione – aggiunge Nicolini – è stato difficile selezionare il vincitore tra i progetti pervenuti, segno della capacità dei giovani Colleghi di essere al passo con le tecnologie e con le esigenze della nostra professione. A tutti i partecipanti vanno quindi i complimenti dell'AAROI-EMAC”.

“Se è vero come è vero – ha sottolineato Franco Marinangeli, Presidente di SAQURE –, che la Legge Gelli presta attenzione alla prevenzione quale base essenziale per l'attuazione del concetto di “Governo clinico” è evidente come una visita anestesilogica ben strutturata e approfondita possa rappresentare l'aspetto più importante del percorso anestesilogico. Ben venga quindi un strumento tecnologico avanzato a supporto del complesso lavoro dell'Anestesista”.

SURVEY SULLA GESTIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI

Il Gruppo SIAARTI sugli accessi vascolari propone la Survey sulla gestione dei cateteri venosi centrali. All'AAROI-EMAC è stato chiesto di contribuire alla diffusione di questa analisi conoscitiva, che fino ad ora ha raccolto più di 2500 risposte, il cui obiettivo principale è di conoscere meglio lo stato dell'arte sulla gestione dei cateteri vascolari in Italia e questo è possibile soltanto con un ampio campione. Partendo dai dati raccolti il Gruppo si propone di contribuire al miglioramento delle skills in questo ambito per favorire la sicurezza dei pazienti che necessitano di un accesso venoso.

Se ancora non hai compilato la Survey puoi farlo in meno di 4 minuti al seguente link:

<https://it.surveymonkey.com/r/AAROIEMAC>

CORSI FAD AAROI-EMAC

Si ricorda che sono a disposizione degli Iscritti i tre percorsi FAD proposti dall'AAROI-EMAC tramite AreaLearn per il 2018/2019:

Fad1 “Sicurezza e Gestione del Paziente Complesso” - 16 ore formative - 24 Crediti ECM;

Fad2 “Anestesia: Gestire in Sicurezza Contesti Clinici Complessi” - 13 ore formative - 19,5 Crediti ECM;

Fad3 “L'Anestesia tra Scienza e Pratica Clinica” - 16 ore formative - 24 Crediti ECM.

Tutte le informazioni e l'accesso alla Piattaforma al link:

<https://www.aaroiemac.it/website/-n1661.html>



Pagine Utili: ora online

L'appuntamento con le Pagine Utili è sul web!

Gli articoli curati dal Dr Cosimo Sibilla vengono pubblicati sul sito dell'Associazione e sono consultabili in formato .pdf nell'apposita sezione.

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

COLLOQUI MEDICO-PARENTE: DEPRESSIONE

- Buongiorno, Dottore. Sono venuta per la solita ricetta di mia mamma.
- Ecco qua, Signora. È sempre depressa la mamma?
- Sì, purtroppo. Un momento, Dottore, si è sbagliato! La mamma prende il prozac.
- Lo so, Signora. Ma la fluoxetina è la stessa cosa.
- Dottore, mi scusi. O è prozac o è fluoritina. Che poi la mamma ha i denti sani: non le serve il fluoro.
- Vede, Signora. Da questo mese devo scrivere il generico. Lo dice la Regione.
- Cosa!? Secondo lei lo dice la ragione! Di scrivere... e di stare sul generico?
- No, Signora. È l'Assessore Regionale alla Sanità. Ci dobbiamo omogeneizzare.
- Mia madre non ha bisogno degli omogeneizzati.
- Ma no, Signora. È per il risparmio sulla farmaceutica.
- Che vergogna, volete far risparmiare i farmacisti! Sulla pelle dei malati! Ecco perché mia mamma non guarisce dalla depressione!
- Va bene, Signora. Ecco la solita ricetta. (Altrimenti vado io in depressione).

Intensive App

Rubrica a cura di
Pasquale Raimondo

Anesthesiologist and Intensivist Pediatric Department
of Anesthesia and Intensive Care Unit
Giovanni XXIII - Policlinico di Bari (Italy)

ICU Charts, la APP per le visite in Terapia Intensiva

L'esperienza del lavoro svolto quotidianamente in rianimazione ci insegna che l'approccio al paziente ricoverato in terapia intensiva è fonte di ansia e preoccupazione, soprattutto per i colleghi più giovani o meno esperti – questo è quanto emerge da una recente Survey condotta sui social network dalla Dottoressa Maria Vargas – “per questo motivo più dell'80% dei Medici di terapia intensiva vorrebbe una “To-do list” per la gestione quotidiana dei pazienti, uno strumento validato scientificamente, standardizzato e alla portata di tutti: un vero e proprio bundle completo di visita a letto del paziente critico».

Negli ultimi anni molti software sono stati proposti per aiutare i rianimatori nella loro pratica clinica, ma solo un progetto è andato oltre il concetto della semplice checklist, proponendosi come una valutazione completa e bedside del paziente critico: **ICU Charts**.

Abbiamo intervistato direttamente l'autrice del progetto, la Dr.ssa **Maria Vargas**, ricercatore in Anestesia e Rianimazione presso l'Università degli Studi di Napoli “Federico II”, Vargas ricopre l'incarico di Docente presso la Scuola di Medicina e Chirurgia e presso la Scuola di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica dell'Università degli Studi di Napoli “Federico II”.

Come è nato il progetto, quali sono le finalità dell'applicativo ed a chi si rivolge?

ICU Charts è molto più di una checklist. Si tratta della prima applicazione disponibile sul mercato basata su un

approccio innovativo e standardizzato, che può contare su basi scientifiche solide, frutto della revisione della più recente letteratura internazionale in materia. Attraverso un'indagine effettuata nei differenti app store per Android ed Apple mi sono accorta che non esisteva al momento un prodotto simile. La mia idea era quella di realizzare uno strumento pratico che racchiudesse le filosofie teorizzate fino ad ora per la gestione e l'ottimizzazione dello stato di salute del paziente critico. L'App dovrebbe permettere di codificare la visita giornaliera di tali pazienti aiutando i medici a valutare in maniera completa, facile e veloce l'evoluzione dello stato di salute del paziente critico.

ICU Charts è stata ideata per visitare il paziente ricoverato in terapia intensiva, tutti i giorni e anche più volte al giorno, con una metodologia standardizzata secondo le più recenti evidenze scientifiche. La visita di questo paziente è molto complessa, non si tratta di visitare un organo o un apparato, bensì di visitare tutti gli apparati, lo stato volumico, quello nutrizionale, settico ed altro ancora. L'App utilizza un algoritmo gestionale derivato dalla analisi della attuale letteratura scientifica internazionale riguardante l'ottimizzazione della valutazione clinica e della degenza del paziente critico in terapia intensiva. Tale algoritmo permette una valutazione ZOOM OUT (riguardante lo stato clinico del paziente nella sua interezza) ed una valutazione ZOOM IN (riguardante lo stato dei singoli organi e apparati e gli obiettivi che il paziente deve raggiungere). La rivalutazione giornaliera di questi momenti permette di monitorare in maniera attenta e codificata l'evoluzione dello stato di salute del paziente critico. Coerente con questa filosofia ICU Charts contiene 31 valutazioni clinico-strumentali suddivise in

6 sezioni:

- **Breathing**
- **Circulation**
- **Delirium**
- **Exercise and mobility**
- **Feeding**

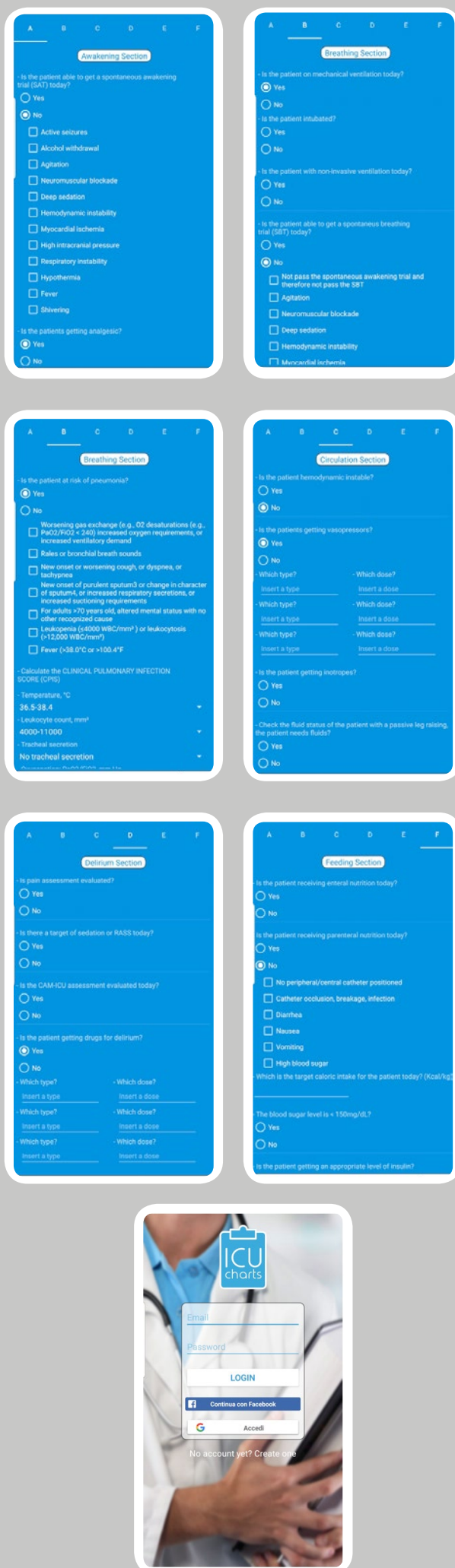
ICU Charts è quanto di più vicino ad una cartella clinica elettronica, aggiornata e standardizzata, che si può avere sul proprio smartphone. Su di essi, infatti, sono archiviate le visite del paziente (non su database esterno) per dare la possibilità al medico rianimatore di confrontare in modo pratico ed immediato, ad esempio, la visita condotta al mattino con quella del pomeriggio, senza la necessità di dover accedere ad un servizio esterno.

Presentata durante l'ultimo SIAARTI di Palermo, ICU Charts permette, anche in mani di esperti rianimatori, di ridurre il tempo medio per la visita del paziente di circa 4 volte. L'App è rivolta ad ogni medico Anestesista Rianimatore che lavori in Terapia Intensiva sia in Italia che all'estero. L'App permette una facilitazione del percorso giornaliero dei pazienti critici per cui è soprattutto indicata per quei medici che hanno scarsa esperienza nella valutazione di questi pazienti. L'App è particolarmente rivolta a tutti i Medici in Formazione (specializzandi) in Anestesia e Rianimazione in Italia e all'estero che si trovano a dover imparare un percorso di gestione complicata del paziente. Difatti l'obiettivo di questa App è la semplificazione delle visite giornaliere senza tralasciare alcuna problematica del paziente in Terapia Intensiva per tutti i Medici, con esperienza e non, in questo ambito.

Esistono App simili, ICU Charts in cosa si differenzia?

Non esistono altre App simili. Sui comuni store sono presenti delle App che riguardano un aspetto della gestione del paziente critico come il calcolo degli isotropi, il calcolo del SOFA o del SAPS, gli ABCDE bundle ma nulla che permetta di valutare il paziente critico nella complessità della sua patologia in un'unica visita bedside.

L'App, che si può scaricare sia da iTunes che da Android Play Store, è oggi compatibile con i tutti i software più recenti.



Chiunque conosca colleghi che abbiano sviluppato applicativi e programmi in campo anestesilogico, intensivistico o più generalmente medico, può inviarmi un loro contatto al mio indirizzo mail: prraimondo@iol.it



Speciale previdenza

A cura di
Claudio Testuzza

Esperto in tematiche previdenziali

Medici INPS / ENPAM: previdenze a confronto

L'interesse sia politico che dei cittadini sui sistemi previdenziali verte soprattutto sul numero di anni di contribuzione necessari per interrompere il rapporto di lavoro ovvero sull'età anagrafica minima per poter ottenere il trattamento pensionistico.

Anche gli ultimi interventi legislativi hanno avuto l'obiettivo di modificare questi parametri. Parametri che si sono alternati, in aumento, delle volte, o in diminuzione, più raramente, spessissimo negli ultimi decenni. Queste condizioni hanno, però, nascosto quello che dovrebbe essere invece il vero interesse del lavoratore che vorrebbe andare in pensione ma che si trova di fronte ad un bivio a livello economico. Bivio di assoluta importanza che è costituito dal "tasso di sostituzione". Il tasso di sostituzione rappresenta il rapporto in percentuale tra l'importo del primo rateo pensionistico e l'ultimo stipendio o reddito percepito prima del pensionamento.

Si tratta di una misura che esprime, in definitiva, la **copertura pensionistica** garantita ai lavoratori dall'ordinamento previdenziale pubblico e privato in base alla carriera lavorativa. Il tasso di sostituzione consente, infatti, di comprendere se ed in che misura il tenore di vita di cui si gode durante la vita attiva **potrà essere mantenuto in vecchiaia**, una volta fuori dal mondo del lavoro.

In passato, prima della Riforma Dini del 1995, il sistema retributivo garantiva, ai medici dipendenti dal servizio sanitario un **reddito pensionistico sino all'100%** degli ultimi stipendi percepiti prima della cessazione dal servizio, in corrispondenza di 40 anni di contributi.

L'aliquota di rendimento, prevista dalla loro Cassa Pensioni Sanitari era, infatti, ben più alta del costante 2% per ogni anno di contribuzione previsto dall'Inps per i dipendenti privati, specie per gli ultimi anni di servizio salendo anche al 3/4 per cento annuo.

Il sistema aveva il pregio di garantire un tasso di sostituzione particolarmente elevato ma sostenuto, per i medici, da una Cassa particolarmente florida. Floridezza totalmente perduta dal suo passaggio dapprima all'Inpdap e poi all'Inps che hanno usato e usano i suoi attivi per pagare le pensioni dei dipendenti di altre casse previdenziali in passivo (Inadel in primis).

In seguito il sistema contributivo, introdotto progressivamente dal 1° gennaio 1996 per ridurre la spesa pensionistica pubblica, ha, invece, ancorato il valore dell'assegno pensionistico ad un mix di tre fattori: l'entità dei contributi annualmente versati, l'andamento del prodotto interno lordo e l'età del ritiro: più si allontana l'uscita maggiore sarà l'assegno perché minori sono gli anni di corresponsione delle somme.

Il risultato di queste riforme, è che il **tasso di sostituzione** all'età di vecchiaia (67 anni) sarà intorno al **70/60% a secondo dell'importo dell'ultimo stipendio percepito in corrispondenza delle massime anzianità contributive**. Ma scenderà ulteriormente e in maniera marcata quale effetto principalmente del passaggio dal pensionamento di vecchiaia del regime misto (retributivo + contributivo) a quello anticipato del regime solamente contributivo

Con la possibilità di uscita con quota 100 (62 anni d'età e 38 anni di contribuzione) i tassi di sostituzione sono particolarmente ridotti:

Retribuzione annua lorda 60.000

età 62 anni > pensione mensile lorda 2.500: tasso di sostituzione 50,1%

età 67 anni > pensione mensile lorda 3.300: tasso di sostituzione 63,0%

Retribuzione annua lorda 90.000

età 62 anni > pensione mensile lorda 3.000: tasso di sostituzione 46,2%

età 67 anni > pensione mensile lorda 4.000: tasso di sostituzione 58,7%

Retribuzione annua lorda 100.000

età 62 anni > pensione mensile lorda 3.400: tasso di sostituzione 43,7%

età 67 anni > pensione mensile lorda 4.600: tasso di sostituzione 56,2%

Dove la caduta del tasso di sostituzione appare particolarmente significativa è nel caso dell'utilizzo della cosiddetta "opz ione donna" che consente alle dipendenti di andare in pensione avendo maturato entro il 2018 almeno 58 anni d'età (59 per le autonome) e 35 di contribuzione.

Ricordiamo che l'importo della pensione della richiedente viene calcolato integralmente con sistema di calcolo contributivo, anche se avesse diritto a quello misto:

Retribuzione annua lorda 60.000

età 58 anni > pensione mensile lorda 1.300: tasso di sostituzione 28,1%

(nel misto > pensione mensile lorda 2.000: tasso di sostituzione 42,3%)

età 67 anni > pensione mensile lorda 3.300: tasso di sostituzione 63,0%

Retribuzione annua lorda 90.000

età 62 anni > pensione mensile lorda 1.700: tasso di sostituzione 24,0%

(nel misto > pensione mensile lorda 2.600: tasso di sostituzione 37,3%)

età 67 anni > pensione mensile lorda 4.000: tasso di sostituzione 58,7%

Se questi sono gli importi dei tassi di sostituzione riferibili ai sanitari che svolgono la loro attività nell'ambito del servizio pubblico, appare utile valutare, per quanto questo possa essere possibile per evidenti criteri di calcolo differenti, quello che succede a confronto con i medici iscritti alla loro Cassa di previdenza privatizzata: l'Enpam.

Ipotesi di pensione ordinaria

INPS

ETÀ PENSIONAMENTO	MONTANTE CONTRIBUTIVO	COEFFICIENTE DI TRASFORMAZIONE	PENSIONE MENSILE	PENSIONE ANNUA
68 anni	1.683.448	5,910	7.516	97.707

ENPAM

ETÀ PENSIONAMENTO	BASE PENSIONABILE	ALIQUOTA DI RENDIMENTO	PENSIONE MENSILE	PENSIONE ANNUA
68 anni	122.640	87,85	8.288	107.739

Contributo annuo € 30.000 - Reddito annuo € 91.884 - Aliquota contributiva 32,65% - Istat pari a 1,5% - Pil pari a 2%
Coefficienti di trasformazione in vigore dall'1/01/2019 - Aliquote rendimento ENPAM in vigore dall'1/01/2013

Ipotesi di rendimento di € 1.000 di contribuzione

ETÀ PENSIONAMENTO	INPS		ENPAM		VARIAZIONE % ENPAM/INPS
68 anni	PENSIONE MENSILE	PENSIONE ANNUA	PENSIONE MENSILE	PENSIONE ANNUA	10%
	€ 251	€ 3.257	€ 275	€ 3.573	

Il confronto appare, da queste simulazioni, a favore della previdenza della Cassa professionale che attribuisce i valori pensionistici con i coefficienti validi al momento del versamento dei contributi. Mentre per l'Inps la prospettiva di ulteriori modifiche riduttive dei coefficienti di calcolo, che intervengono su tutto il montante accumulato integralmente e senza valutazione pro-quota dei periodi di riferimento ma solo del momento del pensionamento, potrà rendere ancora più modesto il tasso di sostituzione futuro.



Anche per i Medici una possibile usura

Se per la legge che per prima ha introdotto i benefici pensionistici a favore dei lavoratori impegnati nelle così dette attività usuranti e in cui erano state previste anche alcune prestazioni del settore sanitario, in particolare le attività di pronto soccorso, di chirurgia d'urgenza e di rianimazione, è necessario risalire a ben ventisei anni addietro (Dlgs. n.374/93), recependo quanto proposto dalla legge di riforma previdenziale, la cosiddetta "Amato", nel tempo si sono avute tutta una serie di altre disposizioni ed interventi legislativi, in particolare in varie leggi finanziarie, che hanno modificato ed annullato questa prospettiva ma hanno reso possibile un diverso utilizzo anche per categorie che ne sembravano escluse quali quelle dei medici e dei sanitari.

La più importante novità è stata data, infatti, dal riferimento, quale termine dell'usura in particolare oltre ad altre condizioni lavorative, al lavoro notturno.

È stato ritenuto, infatti, usurante il lavoro notturno prestato per almeno sei ore, comprensive nell'arco di tempo fra la mezzanotte e le cinque del mattino, ovvero così come è usurante l'attività di quanti, tutte le notti lavorative, sono impegnati per almeno tre ore fra la mezzanotte e le cinque.

Sono richiesti 61 anni e sette mesi d'età con almeno 35 anni di contributi, a condizione che la "quota" raggiunga la somma di 97,6, considerando a tal fine anche le frazioni d'età anagrafica e contributiva. Tale quota si applica a chi abbia lavorato di notte per un numero di giorni lavorativi superiori o pari a 78 all'anno. Qualora il numero delle notti risulti compreso fra 72 e 77 le quote salgono rispettivamente a 98,6 e 99,6. Se le notti sono 64 e 71 le quote si innalzano a 99,6 e 100,6. La mansione usurante deve essere stata svolta per almeno sette anni negli ultimi dieci anni d'attività lavorativa oppure per almeno la metà della vita lavorativa complessiva.

L'accesso alla pensione rimane subordinato al rilascio della certificazione da parte dell'Inps.

Gli interessati che ritengono di rientrare nelle condizioni esposte devono produrre la domanda di accertamento del possesso dei requisiti entro il 1° maggio dell'anno precedente a quello di maturazione dei requisiti stessi.

Ricordiamo che la Legge di Bilancio 2017 (art. 1, comma 206, della legge n. 232/2016) ha avuto il merito di aver introdotto l'abolizione delle "finestre", che sopravvivevano per questi pensionamenti, con un anticipo dell'epoca di percezione della pensione di 12 mesi per i lavoratori dipendenti e di 18 mesi per i lavoratori autonomi.

Altra condizione favorevole è stata introdotta con la sospensione degli aumenti dei requisiti per la pensione in base alla speranza di vita per gli anni dal 2019 al 2026.

Requisiti agevolati per il trattamento pensionistico anticipato

Lavoratori impegnati in mansioni particolarmente usuranti, addetti alla cosiddetta "linea catena", conducenti di veicoli adibiti a servizio pubblico di trasporto collettivo, notturni a turni occupati per un numero di giorni lavorativi pari o superiore a 78 all'anno:

- dipendenti: quota 97,6 - somma di età e anzianità contributiva - con età minima di 61 anni e 7 mesi e anzianità contributiva minima di 35 anni.
- autonomi: quota 98,6 - somma di età e anzianità contributiva - con età minima di 62 anni e 7 mesi e anzianità contributiva minima di 35 anni.

Lavoratori notturni occupati per un numero di giorni lavorativi da 72 a 77 all'anno:

- dipendenti: quota 98,6 - somma di età e anzianità contributiva - con età minima di 62 anni e 7 mesi e anzianità contributiva minima di 35 anni.
- autonomi: quota 99,6 - somma di età e anzianità contributiva - con età minima di 63 anni e 7 mesi e anzianità contributiva minima di 35 anni.

Lavoratori notturni occupati per un numero di giorni lavorativi da 64 a 71 all'anno:

- dipendenti: quota 99,6 - somma di età e anzianità contributiva - con età minima di 63 anni e 7 mesi e anzianità contributiva minima di 35 anni.
- autonomi: quota 100,6 - somma di età e anzianità contributiva - con età minima di 64 anni e 7 mesi e anzianità contributiva minima di 35 anni.

L'INPS risponde ai quesiti su Quota 100

L'INPS con il messaggio n. 1551 del 16 aprile ha dato risposta a diversi quesiti posti all'istituto previdenziale in merito ai vari aspetti coinvolti dalla Quota 100.

In base alla verifica del requisito contributivo dei 35 anni utili per la pensione di anzianità è stato richiesto se sia possibile valorizzare la contribuzione accreditata durante i periodi di percezione dell'indennità di nuova assicurazione sociale per l'impiego (NASpl) ovvero di valorizzare la contribuzione versata o accreditata presso tutte le forme previdenziali in caso di cumulo dei periodi assicurativi.

La contribuzione, afferma l'Istituto, accreditata durante i periodi di percezione dell'indennità di nuova assicurazione sociale per l'impiego (NASpl) è utile per il perfezionamento del requisito contributivo dei 38 anni, ma non anche per il perfezionamento del requisito contributivo dei 35 anni utili per la pensione di anzianità. Infatti, ai fini del perfezionamento di tale ultimo requisito non sono utili i periodi di malattia e di disoccupazione o equiparati (ad esempio, periodi di percezione dell'indennità di ASpl, di Mini-ASpl, etc.). In caso di pensione con il cumulo dei periodi assicurativi, il requisito dei 35 anni di contribuzione al netto dei periodi di malattia e di disoccupazione o equiparati deve essere verificato tenendo conto di tutta la contribuzione versata o accreditata presso le forme previdenziali interessate al cumulo dei periodi assicurativi.

Viene richiesto se vi sia la possibilità di cumulare i periodi assicurativi e contestualmente optare per il sistema di calcolo contributivo della pensione Quota 100 anche in una sola delle gestioni interessate al cumulo. La risposta sottolinea che ai fini dell'esercizio della facoltà di opzione per il sistema di calcolo contributivo della pensione Quota 100 con il cumulo dei periodi assicurativi, occorre che l'interessato, in possesso dei prescritti requisiti (meno di 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995 e 15 anni di contributi, di cui almeno 5

anni dal 1996) presso ciascuna gestione interessata al cumulo, eserciti la facoltà di opzione in tutte le predette gestioni interessate al cumulo.

In merito alla possibilità per i titolari di anticipo finanziario a garanzia pensionistica (c.d. APE) di accedere alla pensione Quota 100, l'INPS si esprime negativamente in quanto l'anticipo finanziario a garanzia pensionistica (c.d. APE) è incompatibile con la percezione della pensione Quota 100.

In merito ai soggetti che hanno maturato i requisiti per il diritto ad altro trattamento pensionistico viene confermata la possibilità di accedere alla pensione Quota 100.

Su questo punto l'INPS afferma, infatti, che sia possibile che l'interessato possa conseguire la pensione Quota 100 anche se, precedentemente alla prima decorrenza utile della pensione, ha maturato il diritto ad altra prestazione pensionistica.

Viene, anche, confermata la possibilità di conseguire la pensione Quota 100 da parte dei titolari di pensione a carico di forme previdenziali diverse da quelle indicate all'articolo 14, comma 1, del decreto-legge n. 4/2019 (ad esempio, Fondo Enasarco, Casse professionali, etc.).

Infatti l'INPS afferma che la titolarità di pensione a carico delle forme previdenziali diverse da quelle indicate all'articolo 14, comma 1, del decreto-legge n. 4/2019 (ad esempio, Fondo Enasarco, Casse professionali, etc.) non ostacola al conseguimento della pensione Quota 100.

Confermata, invece, la possibilità di accedere alla pensione Quota 100 con il cumulo dei periodi assicurativi maturati solamente presso il Fondo pensioni lavoratori dipendenti e/o presso le Gestioni speciali dei lavoratori autonomi.

Importante la risposta in merito alla decorrenza della pensione Quota 100 per i soggetti cessati dall'attività di lavoro precedentemente alla data di presentazione della relativa domanda ovvero risolto il rapporto di lavoro al dipendenza di una pubblica amministrazione.



Al fine di individuare la decorrenza del trattamento pensionistico per i soggetti che, precedentemente alla data di presentazione della relativa domanda, abbiano cessato dall'attività di lavoro, occorre fare riferimento alla qualifica da ultimo rivestita di lavoratore dipendente delle pubbliche amministrazioni, di lavoratore dipendente da soggetti diversi dalle pubbliche amministrazioni o di lavoratore autonomo.

Il soggetto, che abbia risolto l'ultimo rapporto di lavoro alle dipendenze di una pubblica amministrazione precedentemente alla data di presentazione della domanda di pensione, mantiene lo status di "lavoratore dipendente delle pubbliche amministrazioni" in quanto l'ultima attività lavorativa svolta è riconducibile ad una amministrazione pubblica.

In tale fattispecie, pertanto, il diritto alla prima decorrenza utile del trattamento pensionistico si consegue, per i lavoratori che hanno maturato i prescritti requisiti entro il 29 gennaio 2019, dal 1° agosto 2019, per i lavoratori che perfezionano i prescritti requisiti dal 30 gennaio 2019, trascorsi sei mesi dalla maturazione dei prescritti requisiti e comunque non prima del 1° agosto 2019.

Viene, anche, confermata la possibilità di applicare le disposizioni in materia di maggiorazione dell'anzianità

contributiva e di rivalutazione dei periodi di lavoro ai fini del perfezionamento del requisito contributivo per il diritto alla pensione Quota 100. Infatti ai fini del conseguimento della pensione Quota 100 si applicano tutte le disposizioni, tempo per tempo vigenti, in materia di maggiorazione dell'anzianità contributiva (ad esempio, non vedenti, invalidi in misura superiore al 74%, etc.) e rivalutazione dei periodi di lavoro (ad esempio, lavoro svolto con esposizione all'amianto, etc.) per il conseguimento della pensione anticipata.

Infine ai fini del computo dell'anzianità contributiva di 38 anni, richiesta per il conseguimento della pensione Quota 100 calcolata con il sistema contributivo, trova applicazione l'articolo 1, comma 7, della legge n. 335/1995 e pertanto, ai fini del computo della predetta anzianità contributiva: non concorrono le anzianità derivanti dalla prosecuzione volontaria dei versamenti contributivi e la contribuzione accreditata per i periodi di lavoro precedenti il raggiungimento del diciottesimo anno di età è moltiplicata per 1,5;

È valorizzata, invece, la contribuzione figurativa, compresa quella accreditata per i periodi di malattia e di disoccupazione o equiparati.

LA CORTE COSTITUZIONALE BOCCIA IL RICORSO SUL TFR

La Corte Costituzionale si è riunita il 17 Aprile in Camera di Consiglio per discutere le questioni sollevate dal Tribunale di Roma sulla legittimità della normativa riguardante il pagamento differito e rateale delle indennità di fine servizio dei dipendenti pubblici.

In attesa del deposito della sentenza, l'Ufficio stampa della Corte ha fatto sapere che al termine della discussione le questioni sono state dichiarate infondate ma con esclusivo riferimento al caso di una lavoratrice in pensione per ragioni diverse dal raggiungimento dei limiti massimi di età o di servizio.

In questa ipotesi, la Corte ha ritenuto non irragionevole il regime restrittivo introdotto dal legislatore, che prevede la liquidazione delle indennità nel termine di 24 mesi e il pagamento in rate annuali.

Restano quindi impregiudicate le questioni sul pagamento delle indennità nel termine di 12 mesi, e sulle relative rateizzazioni, per i pensionati che hanno raggiunto i limiti massimi di età o di servizio.

Nella relazione dell'INPS era stato evidenziato come l'impatto di un'eventuale sentenza favorevole, di accoglimento del ricorso per un riconoscimento immediato del TFR ai dipendenti pubblici, avrebbe avuto un costo di 9 miliardi per il primo anno.

Sarebbe questo il costo necessario per la corresponsione pronta del TFR agli statali, considerando le liquidazioni maturate da questo momento in poi e dei ratei ancora non corrisposti relativi alle liquidazioni già maturate negli scorsi anni. "Basti pensare – ha affermato l'Avvocato della Confasal –, che la ricorrente, che ha dato origine alla questione, è stata collocata in quiescenza nel 2016 e percepirà l'ultimo rateo della sua liquidazione a settembre del 2020".

Mentre per i lavoratori privati, spiega il Sindacato, è pacifica l'erogazione del TFR entro 3 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro, i dipendenti pubblici sono costretti ad attendere fino a 51 mesi in caso di pensione anticipata, secondo i requisiti della legge Fornero, e fino a 93 mesi per chi aderisce a Quota 100. Una normativa, di posticipo e di rateizzazione del TFS/TFR, escogitata e motivata con la necessità del Bilancio dello Stato e caricata sulle spalle dei lavoratori del settore pubblico. In questi ultimi dieci anni, i dipendenti pubblici hanno già subito il blocco dei rinnovi contrattuali con pesantissime ricadute su retribuzioni e quindi sui contributi previdenziali.

Quanto alla misura introdotta nel decreto Quota 100 del Governo di anticipare il TFR fino a 45 mila euro non è una soluzione perché impone al lavoratore che vuole immediatamente la liquidazione di pagarsi gli interessi su questo importo. È stato poi riferito che per l'Avvocatura generale dello Stato il differimento del TFR sia da ritenersi legittimo perché non priva il lavoratore della pensione e si configura come un sacrificio compatibile per il contenimento del bilancio dell'Inps.

Quesiti assicurativi

In caso di avviso di garanzia: che cosa si deve fare per difendersi?

Innanzitutto, è necessario aprire immediatamente il sinistro presso la AON ed attivare la polizza di Tutela Legale AAROI-EMAC.

Ferma restando l'apertura del sinistro, occorre conoscere quanto disposto dall'art. 25 del CCNL dedicato al "Patrocinio legale":

"1. L'azienda, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento di responsabilità civile, contabile o penale nei confronti del dirigente per fatti o atti connessi all'espletamento del servizio ed all'adempimento dei compiti di ufficio, assume a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi del giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso.

2. Qualora il dirigente intenda nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri saranno interamente a carico dell'interessato. Nel caso di conclusione favorevole del procedimento, l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico qualora avesse trovato applicazione il comma 1, che comunque, non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica. Tale ultima clausola si applica anche nei casi in

cui al dirigente, proscioltto da ogni addebito, non sia stato possibile applicare inizialmente il comma 1 per presunto conflitto di interesse.

3. L'azienda dovrà esigere dal dirigente, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per i fatti a lui imputati per averli commessi con dolo o colpa grave, tutti gli oneri sostenuti dall'azienda per la sua difesa.

In altre parole: normalmente, l'Azienda stipula una serie di convenzioni con legali presenti sul territorio e quando il proprio dipendente si trova coinvolto in un procedimento penale per fatti inerenti la sua attività professionale, gli fornisce l'elenco dei legali convenzionati fra i quali il dipendente potrà scegliere quello da incaricare.

Nel caso in cui l'Azienda ritenga che vi sia un "conflitto di interesse" – oppure qualora il dipendente preferisca "nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dalla azienda" – è indispensabile incaricare un proprio legale di fiducia: a breve, verrà fornito un elenco dei legali convenzionati con l'AAROI-EMAC.

Nel caso in cui l'Iscritto AAROI-EMAC sia assolto chi paga le spese di difesa?

- se il dipendente è stato difeso dall'avvocato convenzionato con l'Azienda, l'iscritto non deve pagare nulla e tutti gli oneri saranno completamente a carico del datore di lavoro;

- se l'iscritto AAROI-EMAC ha scelto un proprio avvocato, l'Azienda dovrà restituire al dipendente una somma pari a quanto avrebbe speso se fosse stato utilizzato uno dei legali convenzionati con essa. In tal caso, se residuano delle somme da pagare per la difesa, tali costi saranno coperti dalla polizza di Tutela Legale AAROI-EMAC: quindi nessun esborso dovrà essere sostenuto dall'iscritto.

Nel caso in cui l'iscritto AAROI-EMAC sia condannato chi paga le spese di difesa?

- se ha commesso i fatti con dolo o colpa grave, ed è stato difeso dall'avvocato convenzionato con l'Azienda, l'iscritto dovrà restituire all'Azienda quanto pagato per la difesa: in tal caso, questi costi saranno coperti dalla polizza di tutela legale AAROI-EMAC;
- se l'iscritto ha scelto un proprio avvocato, tutti i costi saranno coperti dalla polizza di Tutela Legale AAROI-EMAC: quindi nessun esborso dovrà essere sostenuto dall'iscritto.

Nel caso di procedimento penale, una volta aperto il sinistro sulla polizza di tutela penale cosa si deve fare?

È indispensabile informare costantemente AON di tutto ciò che accade nel corso del procedimento penale.

Nel caso in cui vi sia una costituzione di parte civile nel processo penale che riguarda l'iscritto oppure, una volta assolto, il paziente instaura una causa civile, si deve nuovamente aprire il sinistro?

No. Il sinistro aperto sulla polizza di Tutela Legale, nel momento in cui si è ricevuto l'avviso di garanzia, vale anche per la polizza di RC Professionale: in ogni caso, è fondamentale ricordarsi di mantenere informata AON di tutto quello che accade nella vicenda giudiziaria.

Se sono citato avanti al Tribunale Civile si può scegliere un legale di fiducia? L'assicurazione rimborsa in tal caso le spese legali?

Secondo quanto disposto nella polizza di RC Professionale AAROI-EMAC, l'assicuratore non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essa designati o approvati e non risponde di multe o ammende comminate all'Assicurato. Quindi, se voglio scegliere un mio legale devo comunicarlo immediatamente ad AON e farmi autorizzare dall'assicuratore: in caso di diniego, sarà lo stesso assicuratore a fornirmi un avvocato a tutela dei miei interessi.

Viene chiesta una relazione tecnica da allegare in cartella clinica: si può rifiutare di redigerla?

Il medico è sempre obbligato a redigere la relazione tecnica, in quanto deve concorrere alla difesa degli interessi della Azienda di appartenenza.

Se si deve redigere la relazione tecnica, non potrebbe essere un'ammissione di colpa?

Sul punto, occorre tenere presente quanto disposto dall'art 19 del fascicolo informativo della polizza AAROI-EMAC: *"senza il previo consenso scritto della Società (Compagnia di assicurazione), l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo"*.

Nel caso di relazione tecnica, si deve aprire un sinistro?

No. Non si deve aprire un sinistro ma, come sempre, è comunque fondamentale informare AON su quanto accade.

La relazione tecnica NON è considerata fatto noto da tutti gli assicuratori?

Non sono previste regole standard, pertanto ogni Compagnia di assicurazione può considerare la relazione tecnica un Fatto Noto o meno. La compagnia AmTrust non considera la relazione tecnica Fatto Noto. Questo aspetto è da valutare in caso di eventuale cambio di assicuratore.

Si deve inviare all'Azienda il certificato di polizza?

È sempre consigliato trasmettere il certificato di polizza qualora richiesto ed informare AON dell'invio. Questa modalità di comportamento è stata aggiornata affinché l'iscritto possa essere tutelato al meglio.

La polizza AAROI-EMAC copre se si partecipa come Medico ad eventi sportivi?

Sono sempre coperte le attività svolte dall'iscritto alla AAROI-EMAC (assicurato con il Primo Rischio) nell'ambito di eventi sportivi e gare nonché nell'ambito del servizio assistenziale di continuità o volontariato presso ONLUS (così come definita dall'art. 10 del d.lgs.4 dicembre 1997, n.460).

Quesiti dal web

l'AAROI-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Domenico Minniti

(Presidente Sez. Reg. AAROI-EMAC Calabria) e
Arturo Citino
(Coordinatore Formazione Sindacale)

A breve parteciperò al concorso per accedere al corso di medicina generale che dura tre anni. In caso superassi il test e potessi accedere al corso, ho diritto all'aspettativa non retribuita?

Il Decreto del Ministero della Salute, 7 marzo 2006 (Gazzetta Ufficiale n. 60 del 13.03.06, pag. 65) principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale recita:

Articolo 11 - Corsi a tempo pieno – Incompatibilità

6. Il medico in formazione, ove sussista un rapporto di pubblico impiego è collocato, compatibilmente, con le esigenze di servizio, in posizione di aspettativa senza assegni secondo le disposizioni legislative contrattuali vigenti. Il periodo di aspettativa è utile ai fini della progressione di carriera e del trattamento di quiescenza e di previdenza.

La risposta alla domanda è quindi positiva anche se, "compatibilmente con le esigenze di servizio".

Chi si trova in regime di extramoenia può chiedere ed ottenere di effettuare il part time?

Non esiste incompatibilità tra il regime di extramoenia ed il regime ad orario ridotto (part-time).

Ho un contratto a tempo indeterminato presso un'Azienda ospedaliera pubblica. Sono stato contattato presso un'altra Azienda pubblica più vicina al mio domicilio per un contratto a tempo determinato. Se l'aspettativa non mi verrà concessa, considerata la carenza di personale cronica, c'è la possibilità di licenziarsi. Dato che il preavviso dovrebbe essere di tre mesi ma può essere anticipato pagando i mesi mancanti, quanto può/

deve aspettare l'amministrazione che ha richiesto la disponibilità per prendere effettivamente servizio?

Fermo restando che l'aspettativa in un caso del genere resta un diritto, il contratto nazionale non prevede quanto possa aspettare l'amministrazione che ha richiesto disponibilità per prendere effettivamente servizio. Occorre coinvolgere i rappresentanti aziendali AAROI-EMAC dei due ospedali al fine di concordare una data di passaggio tra le due Aziende.

Chiedo conferma circa la mancanza di retribuzione di risultato per i dipendenti che hanno optato per extramoenia e quindi senza esclusività di rapporto di lavoro.

Si conferma circa la mancanza di retribuzione di risultato per i dipendenti che hanno optato per extramoenia e quindi senza esclusività di rapporto di lavoro. La norma è contenuta nell'art. 12 del CCNL 2002/2005, comma 2, secondo alinea.

Qual è la tariffa per ora di un anestesista in reperibilità? E quanto su chiamata?

Il turno di pronta disponibilità è remunerato secondo accordi sindacali aziendali che, in dipendenza della disponibilità del fondo di disagio, stabiliscono tale quota. Il valore economico dell'ora durante una chiamata, ammonta a poco più di 20 euro lorde. Al Dirigente spetta comunque il diritto di scegliere se in luogo della monetizzazione delle ore di straordinario, le stesse possano essere recuperate. In questo caso, a mente dell'art. 28 del CCNL 10 febbraio 2004, il recupero avviene, di norma, entro il mese successivo.

Volevo sapere se gli anni di guardia medica con contratto "convenzione a tempo determinato" possono essere considerati come anni lavorativi presso servizio sanitario pubblico e quindi valere per l'attribuzione dei 5 anni di anzianità presso ospedale pubblico.

Gli anni in questione non possono essere considerati come anni lavorativi presso servizio sanitario pubblico e quindi valere per l'attribuzione dei 5 anni di anzianità presso ospedale pubblico.

Se effettuo un turno di sala operatoria dalle 8 alle 14 ovviamente timbro alle 8 e sarò presente in sala dopo il cambio divisa. Il chirurgo pretenderebbe l'anestesista in sala alle 8 e, chiaramente, in questi termini resta impossibile.

L'orario di lavoro viene stabilito dal Direttore SC e comprende tutte le attività necessarie allo svolgimento della propria opera professionale compreso, quindi, il cambio divisa, eventuali consegne, valutazione del paziente, relativo controllo della cartella e quant'altro. Se entri in ospedale alle ore 8 è evidente che non puoi iniziare l'attività di sala operatoria allo stesso orario ma più tardi, dopo aver svolto le attività di cui sopra.

La nostra Azienda propone di autorizzare prestazioni aggiuntive diurne solo a fronte della disponibilità ad eseguire prestazioni notturne retribuite a 480 Euro per 12 ore. Inoltre la mia U.O. è in grado di coprire i turni notturni utilizzando l'orario istituzionale. Trattandosi di libera professione ciascuno è libero di accettare o meno la proposta aziendale?

L'Azienda fa la sua proposta e ciascuno è libero di accettare o meno (nel quantitativo di ore di prestazione aggiuntiva e nella tipologia) anche fornendo una proposta alternativa.

Ho anzianità di servizio >15 anni. Ho vinto concorso a tempo indeterminato presso altra Azienda. Nel caso chiedessi aspettativa di 6 mesi nella mia Azienda di partenza, per il periodo di prova nella nuova Azienda, avrei trattamento economico da neo assunto? Mi riferisco in particolare all'indennità di esclusività di rapporto che rappresenta la voce più influenzata dall'anzianità.

Se mantieni la continuità di servizio percepirai tanto l'indennità di esclusività >15 anni, quanto la retribuzione di posizione minima unificata ma, in rapporto all'incarico professionale che ti verrà assegnato nella nuova Azienda ed in rapporto al trattamento economico che il nuovo incarico avrà, potrai avere variazioni dello stipendio in più o in meno.

È necessario il consenso del Direttore dell'UOC per fluire di un permesso sindacale per partecipare ad una riunione indetta dall'amministrazione, per il nuovo regolamento inerente gli incarichi dirigenziali?

Il consenso del Direttore dell'UOC per fruire di un permesso sindacale non è necessario. È buona norma comunicare l'assenza non appena si ha notizia della necessità del permesso.

Il permesso per l'allattamento chiesto dal papà e la legge 104 sono compatibili con la libera professione per l'Azienda e la libera professione intramoenia?

Il permesso per l'allattamento chiesto dal papà e la legge 104 sono compatibili con la libera professione per l'Azienda e la libera professione intramoenia soltanto nelle giornate in cui non si usufruisce di tali permessi.

Nel 2019 ho compiuto il mio 15esimo anno di anzianità nella professione di Anestesista Rianimatore. Volevo informazioni circa l'esistenza o meno dello scatto di anzianità a 15 anni ed eventuali norme che lo regolano. In particolare, è dovuto già in relazione alla anzianità o dipende da altri fattori?

Il cosiddetto "scatto" è dato dall'indennità di esclusività, per la quale i cinque e poi i quindici anni, purché senza soluzione di continuità, siano stati maturati, tanto a tempo determinato quanto a tempo indeterminato, anche in aziende differenti.

Una eventuale interruzione della continuità di servizio anche solo di un giorno tra due differenti contratti comporta la necessità di riportare alla situazione iniziale delle due indennità con un nuovo inizio del conteggio dell'anzianità. La valutazione va effettuata dal Collegio Tecnico.

Nel mio servizio è prevista la pronta disponibilità. Si chiede se ho diritto ad un giorno di riposo compensativo nel caso di turno di reperibilità inizi alle ore 20.00 di un giorno prefestivo e termini alle ore 08.00 di un giorno festivo o nel caso il turno di reperibilità inizi alle ore 20.00 di un giorno festivo e termini alle ore 08.00 di un giorno feriale.

Si ha diritto al recupero della giornata festiva in ambedue i casi in quanto la festività inizia alle 00.00 e termina alle 24.00.

***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.*

**Iscriviti
anche
tu!**

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROIEMAC

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

PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI

Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti

CONSULENZE MANAGERIALI

Sul controllo di gestione dei servizi sanitari

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

A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia

**CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI,
CORSI DI SIMULAZIONE AVANZATA, EVENTI FAD, CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI
FORMATIVI ECM EROGATI DIRETTAMENTE DAL NOSTRO PROVIDER AREALEARN**

PERIODICO UFFICIALE

"Il Nuovo Anestesista Rianimatore"

CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:

Responsabilità Civile e Professionale

Tutela Legale

Responsabilità Amministrativa

Altri Settori (in corso di attivazione)

**Uniti
si
vince!**

www.aaroiemac.it



@AaroieMac1



@AaroieMac



www.youtube.com