

il nuovo **Anestesista Rianimatore**

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 Ferdinando del Carretto n° 26 - 80133 Napoli - Diffusione web tramite provider Aruba

LUGLIO - AGOSTO
2019
4
Anno XXXX

FINALMENTE CI SIAMO! Via libera al Nuovo CCNL

**La FAD 2019
dell'AAROI-EMAC**

**Universiadi,
il piano sanitario**

**Specializzazioni:
rendere attrattive
le discipline A&R e MEU!**

**Crollo Ponte Morandi:
la gestione
dell'emergenza**

Periodo 2016-2018

FIRMATO!

Sommario

- 4 CCNL 2016-2018**
Siglata la preintesa
- 8 Attualità**
Borse di Studio in aumento, rendere attrattive Anestesia e Rianimazione e Medicina Emergenza-Urgenza
- 12 Maratona Patto per la Salute**
L'AAROI-EMAC all'evento del Ministero della Salute
- 16 Professione AR:**
Universiadi: il coordinamento dell'emergenza sanitaria al Dr Galano
Ponte Morandi: a un anno dal crollo, il racconto dell'emergenza
- 20 Formazione**
Al via la FAD 2019 dell'AAROI-EMAC, un nuovo corso a SimuLearn®

- 22 Dalle Regioni**
Lettera al Commissario ad Acta della Calabria, in Veneto siglato Protocollo Regione-Sindacati
- 26 IntensiveAPP**
PreParApp
- 28 Previdenza**
Gli articoli dell'Esperto
- 34 Assicurazioni**
Nasce AmTrust Assicurazioni
- AAROI-EMAC risponde**
- 36 Quesiti Sindacali**

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

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 • lazio@aaroiemac.it
LIGURIA • Dr.ssa MARIALUISA POLLARO • liguria@aaroiemac.it
LOMBARDIA • Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI • lobbardia@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 DALSAOSSO • 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 29-07-2019

Abbiamo dato il massimo, impossibile fare di meglio!

Mettere la firma sulla preintesa al CCNL 2016-2018, a nome di migliaia di Colleghi, ha rappresentato, lo scorso 24 Luglio, un momento estremamente impegnativo. Da anni aspettavamo che si arrivasse ad una conclusione. È stata una strada impervia partita da lontano con un percorso accidentato, fatto di vertenze, di mobilitazione, di scioperi e di assemblee. Alla fine, attraverso mesi di trattative e confronti anche aspri, siamo arrivati alla fine.

Il contratto siglato ha diversi aspetti positivi e alcuni meno positivi, ma rappresenta senza ombra di dubbio il migliore risultato raggiungibile nella attuale situazione. Abbiamo, infatti, valutato come notevolmente positivi e maggioritari i pro, in qualche modo inevitabili i contro (e comunque di minor peso). Consideriamo, inoltre, la nostra firma, così come quella delle altre Sigle che hanno sottoscritto, un atto di responsabilità al quale non potevamo sottrarci.

Ora il nostro impegno prioritario sarà quello di far conoscere a tutti i Colleghi, nel dettaglio e in maniera diffusa, le novità del CCNL per farlo valere al massimo in tutti gli Ospedali. Anche in considerazione del fatto che alla Trattativa Decentrata (soprattutto quella Aziendale) è affidato il compito di rilanciare gli aspetti positivi di questo CCNL e stemperarne qualche effetto meno positivo.

Nelle pagine successive troverete una breve sintesi delle principali novità, ma è nostra intenzione realizzare un vademecum che possa riassumere al meglio i punti principali dell'accordo sia per quanto riguarda gli aspetti normativi, sia economici.

Prima di concludere, ritengo sia doveroso riconoscere la capacità e competenza della parte trattante, a partire dal Presidente Aran, Dott. Sergio Gasparrini, e, insieme ad altri, del Dott. Antonio Cascio, capace e competente Interlocutore per le Regioni.

In ultimo, non certo per importanza, desidero pubblicamente ringraziare il Dr Marco Chiarello e il Dr Domenico Minniti, rispettivamente Presidente AAROI-EMAC Marche e Presidente AAROI-EMAC Calabria, membri della Commissione Contratto AAROI-EMAC che sono stati sempre al mio fianco in questi lunghi mesi di trattativa.

Senza falsa modestia, credo che nessun altro sarebbe riuscito a far meglio di quanto hanno fatto il sottoscritto, Marco Chiarello, Domenico Minniti, GRAZIE anche ai suggerimenti degli Iscritti, di cui ci siamo fatti interpreti.

*Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC*

Ipotesi di
Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
dell' AREA della
SANITA'

Periodo 2016-2018

FIRMATO!



**FIRMATO
IL CCNL
2016-2018
TOCCA A NOI
FARLO
APPLICARE**

Mesi di riunioni e di confronti e, negli ultimi giorni, una vera e propria maratona per chiudere, dopo 10 anni, il nuovo contratto. Nella notte del 24 luglio, all'1,55, è stata siglata la preintesa al rinnovo del CCNL 2016-2018.

Un accordo che sia sotto il profilo economico, sia sotto quello normativo, è in diversi aspetti migliorativo in confronto sia alla prima bozza proposta dalla controparte e via via emendata, sia al CCNL precedente, anche in relazione a tutto quanto di specifico interesse per i Medici rappresentati dall'AAROI-EMAC, che con il loro lavoro nelle Sale Operatorie, nelle Rianimazioni, nei Pronto Soccorso sono sempre in prima linea, e soggetti, per esempio, ad un elevato numero di Guardie e di Pronta Disponibilità.

Tra i diversi risultati raggiunti, sintetizzati nella tabella pubblicata in queste pagine, va sottolineata la maggiore chiarezza sui riposi dopo le Pronte Disponibilità, là dove viene stabilito come obbligatorio il mattino non in servizio dopo PD notturna, sia lavorata, sia non lavorata. Allo stesso tempo, dal punto di vista economico, non è trascurabile l'aumento dell'indennità di guardia notturna, che passa da 50 a 100 euro per notte, e diviene di 120 euro per chi lavora in Pronto Soccorso.

Anestesisti Rianimatori e Medici d'Emergenza-Urgenza rappresentano, inoltre, una categoria che ha e avrà la popolazione più giovane, visto anche il continuo aumento delle Borse di Studio per queste discipline, e che quindi potrà godere di alcune novità specifiche come l'anzianità riconosciuta anche ai periodi di servizio interrotti (quindi tutelando i periodi di lavoro a tempo determinato, anche se a spezzoni!).

Né sono stati dimenticati i meno giovani, con l'esenzione, ma solo se volontaria, dalle guardie per gli over 62enni.

Il CCNL sottoscritto concede, inoltre, la possibilità di chiedere un "tempo ridotto", che potrebbe essere utile a quelle Colleghe ed a quei Colleghi con necessità di contemperare con il lavoro esigenze anche familiari e/o personali.

Altro punto riguarda gli incentivi che finalmente sono chiaramente contrattualizzati come LP, quindi non sottoposti ad alcune delle rigidità previste dal DL66/2003, pur mantenendo di tale normativa gli aspetti di tutela della salute dei Colleghi e soprattutto dei Pazienti.

Da sottolineare, inoltre, che per la prima volta è stata colta l'occasione anche per normare aspetti non declinati dai precedenti contratti. Tali aspetti renderanno il sistema ospedaliero più efficiente e tuteleranno maggiormente i diritti del cittadino.

È stato introdotto un nuovo sistema di incarichi per valorizzare la carriera dirigenziale, anche dal punto di vista professionale.

Sono state, inoltre, assicurate alcune tutele come quelle relative alle gravi patologie in caso di terapie salvavita, le misure in favore delle donne vittime di violenza, le ferie e i riposi solidali per i dirigenti che hanno la necessità di assistere figli minori. Sono queste solo alcune delle novità apportate dal nuovo contratto alle quali si aggiungono quelle della tabella, mentre il dettaglio punto per punto verrà spiegato in un vademecum che l'AAROI-EMAC sta realizzando per i propri Iscritti.

Un'ultima notazione riguarda l'unificazione dei fondi contrattuali delle categorie professionali incluse nel nuovo CCNL della Dirigenza Sanitaria Ospedaliera che l'AAROI-EMAC aveva contestato apertamente, ponendo anche una pregiudiziale in sede di contrattazione.

"È incontestabile – ha affermato il Presidente Nazionale AAROI-EMAC in conferenza stampa – che tale unificazione discenda da una norma di legge. Tuttavia non per questo avremmo firmato senza prima esserci premurati di accertare che sui flussi economici al momento non c'è nessuna perdita per i Medici. A fronte di una norma di legge che non nasce ieri e non nasce in ambito contrattuale, abbiamo quindi ritenuto non opportuno ritirarci sull'Aventino, lasciando i Colleghi senza contratto e rinunciando di fatto all'opportunità di una sistemazione normativa. È stato necessario prendere atto della realtà, assumendo una posizione di grande responsabilità per ottenere un risultato irrinunciabile. Nessuna persona ragionevole potrebbe dire che di qui all'Autunno si sarebbe arrivati ad un contratto migliore e neanche uguale a quello sottoscritto. Ci saremmo trovati, anche vista la spinta al regionalismo, in una situazione ben peggiore. In questo modo, invece, abbiamo già posto le basi per affrontare il rinnovo del prossimo contratto con modifiche normative valide".



CCNL 2016-2018: LE PRINCIPALI NOVITÀ IN SINTESI

1 TUTTI i COLLEGHI avranno AUMENTI delle VOCI FISSE DELLO STIPENDIO, che in parte (in media proporzionalmente crescente in base all'incarico assegnato e quindi, indirettamente, anche in base all'anzianità di servizio) derivano anche dalle voci variabili, che quindi vengono "stabilizzate"

3 TUTTI i COLLEGHI CON PIÙ DI 5 ANNI DI ANZIANITÀ, anche coloro che hanno lavorato a tempo determinato, con o senza soluzione di continuità, avranno la CERTEZZA di avere un INCARICO RETRIBUITO!

5 Con l'ASSUNZIONE viene assegnata la SEDE DI LAVORO!

7 Una CLAUSOLA DI GARANZIA assicura a tutti una retribuzione di posizione certa in base all'anzianità di servizio, ed a prescindere dall'incarico assegnato, con un NUOVO STEP A 20 ANNI: 5000 euro annui al passaggio dei 5 anni, 6000 annui al passaggio dei 15 anni e 7000 annui al superamento dei 20 anni

9 AUMENTA la PARTE FISSA di TUTTE le POSIZIONI, sia gestionali sia professionali, vengono STORICIZZATI I FONDI e le posizioni e AUMENTA LA QUOTA PENSIONABILE

11 Viene introdotto un LIMITE (5) alle GUARDIE NOTTURNE! L'INDENNITÀ di GUARDIA NOTTURNA sale da 50 a 100 EURO per notte, a 120 EURO per chi la effettua in PRONTO SOCCORSO

13 Le PRONTE DISPONIBILITÀ restano al MASSIMO 10, ed il MATTINO dopo la PD lavorata o non lavorata è RIPOSO!

2 I GIOVANI MEDICI NEOASSUNTI anche sotto i 5 anni avranno una retribuzione fissa di posizione. Come mai successo prima d'ora, passeranno subito da 0 a 1.500 EURO ANNUI!

4 LA MAGGIOR PARTE DEI COLLEGHI CON PIÙ DI 5 ANNI DI ANZIANITÀ riceverà un AUMENTO dello STIPENDIO ACCESSORIO di 2.000 euro annui sulla retribuzione di posizione

6 TUTTI i COLLEGHI potranno CONOSCERE i propri TURNI LAVORATIVI MENSILI entro il 20 del mese precedente!

8 Gli INCENTIVI a 60€/ORA sono finalmente LIBERA PROFESSIONE, quindi svincolati da alcuni paletti del D.Lgs.66/2003!

10 Per gli INCARICHI, si ridefiniscono le quattro posizioni fisse già esistenti, a cui SI AGGIUNGONO ALTRE DUE TIPOLOGIE DI INCARICHI (circa 8000 INCARICHI IN PIÙ) con valori economici ridefiniti, per le sei tipologie in totale (oltre alla 1^a di base e alla 7^a di SC), da un minimo di 5.500 euro annui fino a un massimo 12.500 annui

12 DOPO I 62 ANNI a richiesta si può essere ESONERATI dalle GUARDIE NOTTURNE

14 Con la Trattativa Decentrata potrà essere ELEVATA l'INDENNITÀ di PRONTA DISPONIBILITÀ

Gli aumenti retributivi non sono certo "ricchi", ma è stata colta l'occasione per ogni possibile modo di garantirne la più equa e razionale distribuzione. E questo non è poco. Ma - senza dimenticare un riordino degli istituti di lavoro - il maggior risultato è stato quello di garantire una progressione di carriera per tutti i Colleghi, garantendone loro un miglior avanzamento, senza gli ingiusti ostacoli che finora l'hanno spesso bloccata!



AUMENTO BORSE DI STUDIO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE E MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA: ASCOLTATE LE NOSTRE DENUNCE, ORA SPETTA ALLA POLITICA RENDERE ATTRATTIVE QUESTE SPECIALIZZAZIONI

L'AAROI-EMAC ha espresso pubblicamente soddisfazione nei giorni scorsi per l'aumento delle Borse di Studio per le Specializzazioni in Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore e in Medicina di emergenza e urgenza. Tuttavia – ha sottolineato l'Associazione – la politica deve fare la sua parte per rendere maggiormente attrattive tali discipline.

“È evidente – ha affermato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC nel comunicato diffuso alla stampa – che le nostre denunce sulla carenza di Medici Anestesisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza e la diffusione in tutta la penisola delle criticità ad essa correlate sono state ascoltate, vista l'assegnazione di 962 contratti per Anestesia e Rianimazione e 483 per l'Emergenza-Urgenza.

Si tratta di un risultato senza dubbio importante che, tuttavia, avrà i suoi effetti soltanto tra alcuni anni. Esiste, inoltre, un altro rischio correlato al fatto che queste specializzazioni – considerata l'attività logorante, l'enorme responsabilità e lo scarso riconoscimento economico – devono essere rese più attrattive per i giovani laureati, sia sotto il profilo della sicurezza professionale, sia sotto il profilo stipendiale”.

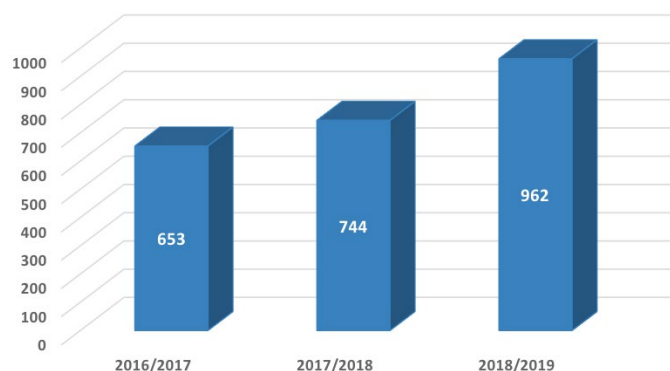
L'AAROI-EMAC ha chiesto, a chiare lettere, alla Politica di Governo del SSN di far sì che questa porta

d'ingresso alle specializzazioni davvero più carenti di tutte possa essere un'opportunità di incrementare adeguatamente i futuri Specialisti in queste due discipline, e quindi davvero efficace per risolverne le drammatiche carenze in questi due fondamentali Settori Ospedalieri.

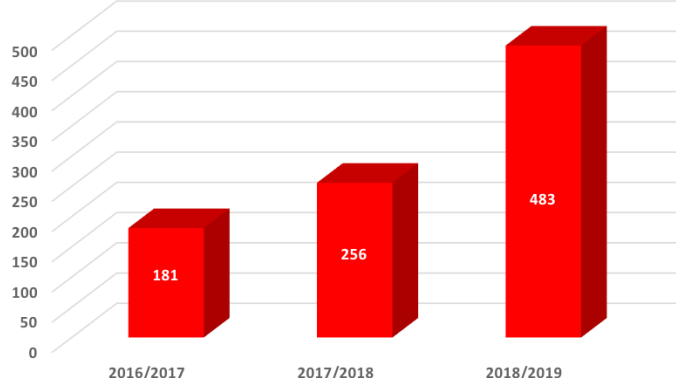
“Il Ministro Grillo – ha infatti aggiunto Vergallo – ha parlato recentemente della necessaria valorizzazione (anche stipendiale) del lavoro di questi Specialisti, gli unici, di fatto, che dedicano il loro tempo esclusivamente alla sola attività ospedaliera in condizioni di specifico peculiare disagio, e senza le gratificazioni anche di introito economico aggiuntivo correlate agli Ambulatori Privati, specie in regime di “Intramoenia allargata”, di Medici Pubblici Dipendenti di altre specializzazioni.

Questo punto – ha concluso il Presidente AAROI-EMAC – ha una forte valenza anche in relazione alla nostra firma o, viceversa, al nostro rifiuto di firma del Nuovo CCNL che ci viene proposto dall'ARAN su mandato politico delle Regioni e della Funzione Pubblica. Se i testi contrattuali che risulteranno alla fine della delicatissima trattativa in corso non offriranno un'adeguata valorizzazione economica anche ai nostri Specialisti che lavorano più di tutti in condizioni di disagio, dovrà prendersi atto che la nostra firma, ottenuto collo, verrà da tali testi allontanata”.

Numero Borse Anestesia Rianimazione



Numero Borse Emergenza-Urgenza



L'AAROI-EMAC diffida gli Enti SSN alla corretta determinazione del Fondo di Posizione

Alcune Aziende Sanitarie ed alcuni Enti Pubblici del SSN avrebbero effettuato, tra il 2011 e il 2016, una decurtazione impropria del Fondo di Posizione a causa dell'errata interpretazione della Legge 122/2010. Diverse sono, infatti, le segnalazioni in merito arrivate all'AAROI-EMAC che ha, quindi, richiesto a tutti gli Enti e Aziende Sanitarie del SSN un'immediata verifica, e, nel caso di incongruenze, il corretto ripristino dei Fondi di Posizione.

In particolare, nel documento inviato l'AAROI-EMAC:

- diffida le Aziende Sanitarie e gli altri Enti del Servizio Sanitario Nazionale, ad applicare in modo corretto, le disposizioni contenute nell'art. 9, comma 2 bis, della legge n 122 del 2010;
- al tempo stesso, in considerazione del carattere nazionale della vertenza chiede, anche con la fattiva collaborazione dei competenti Assessorati alla Sanità, l'apertura di tavoli di confronto

sindacale al fine di ripristinare i Fondi di Posizione secondo modalità corrette ed omogenee, onde evitare ingiustificabili sperequazioni di trattamento;

- da ultimo, avverte che, al fine di tutelare i propri Iscritti, sta ponendo in essere una serie di iniziative legali, volte a chiedere il ripristino dei Fondi di Posizione, reintegrando le decurtazioni illegittimamente operate sulla quota destinata a finanziare il trattamento economico fondamentale, con pagamento delle relative differenze retributive.

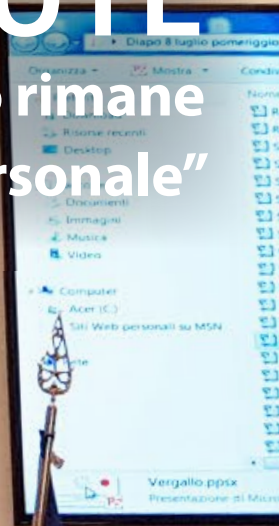
L'Associazione ha inoltre messo a disposizione di tutti gli Iscritti un modello di Diffida per la richiesta di recupero delle somme illegittimamente trattenute, invitando gli Associati all'invio laddove ne ricorreranno le condizioni.

N.B. I relativi documenti sono stati inviati agli Iscritti Dipendenti SSN l'8 Luglio 2019.



MARATONA PATTO PER LA SALUTE

**“Il fattore critico rimane
la carenza di personale”**



Lo scorso 8 Luglio, l'AAROI-EMAC ha partecipato alla prima giornata della Maratona Patto per la Salute organizzata dal Ministero della Salute come "momento di ascolto e confronto con chi lavora nella sanità o fornisce al settore beni e servizi" e come "occasione di dialogo con le associazioni rappresentative degli utenti del Servizio sanitario nazionale".

L'Associazione, attraverso l'invio di un documento dettagliato e l'intervento del Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo, ha affrontato alcuni aspetti del Patto per la Salute con particolare riferimento ai Lea e alla carenza di personale. Partendo dall'attuale situazione emergenziale sono stati proposti spunti di riflessione anche in funzione di un miglioramento organizzativo.

"Come si garantiscono i LEA? – ha esordito Vergallo – Sostanzialmente i LEA sono garantiti dal personale. Senza personale non si può erogare alcuna cura. Il fattore critico per l'AAROI-EMAC è quindi la necessità di erogare cure di qualità in carenza di personale. Tale criticità fa capo a tre aspetti: le risorse economiche per pagare il personale, la corretta programmazione dei fabbisogni (ma questo è un fattore successivo i cui risultati si vedono dopo qualche anno stante la necessità di essere specialisti per poter lavorare), trovare una soluzione alla attuale emergenza. Non sono queste le occasioni in cui chiedere – ha proseguito il Presidente AAROI-EMAC –. Noi Anestesisti Rianimatori non chiediamo niente, siamo ormai in una situazione talmente disperata come dotazione di personale così come i Colleghi di Pronto Soccorso, che non ci sogniamo di chiedere nulla perché ci sembrerebbe di pretendere un miracolo. Battute a parte, stupisce vedere che quando si parla di branche specialistiche in carenza, metti una, metti due, metti tre, alla fine sono tutte carenti.

Senza voler fare un discorso anti-sindacale e anti-sociale, è forse il caso, in questi frangenti di particolare difficoltà legata alle dotazioni organiche, che ciascuno cominci a fare il suo senza pensare di dover organizzare multi team in collaborazione o creare del multi task. Bisogna occuparsi del settore in difficoltà.

Per noi Anestesisti Rianimatori – ha sottolineato Vergallo – è abbastanza semplice: l'Anestesista Rianimatore, in linea di massima, nasce e finisce di lavorare in sala operatoria e rianimazione. Mi chiedo, invece, che fine facciano tutte quelle borse di studio, tranne quelle perse per altri motivi, che siano finalizzate all'acquisizione di determinate competenze per poter lavorare in un settore e poi finiscono in un altro. Quanti Medici Specializzandi in Medicina d'Emergenza-Urgenza, invece che essere in Pronto Soccorso ad imparare le cose che dovranno fare in quel settore che rappresenta la loro destinazione naturale, sono invece nelle varie medicine geriatriche a ricopiare cartelle. Quindi l'invito è di andare a capire che, se ci sono settori specialistici, l'avvio di un percorso formativo deve sboccare in quel settore e non si può pensare di andare a fare altro."

Il Presidente AAROI-EMAC ha poi chiuso l'intervento con un accenno alla Medicina Generale: "l'invito è che i MMG si occupino di fare i medici di famiglia e non dell'emergenza-urgenza che è altra cosa".



Guarda il video al link:

<https://www.youtube.com/watch?v=JNtVr0syUgk>









30^a SUMMER UNIVERSIADE UN PIANO SANITARIO PENSATO NEI MINIMI DETTAGLI

Dr Giuseppe Galano, coordinatore dell'emergenza
del grande evento

Un evento a grande afflusso di pubblico, secondo per dimensione solo alle Olimpiadi. Dal 3 al 14 Luglio, la 30^a Summer Universiade ha coinvolto tutta la Regione Campania con l'arrivo di oltre 8.000 atleti e delegati provenienti da 118 Paesi per un totale di 18 discipline sportive, 34 campi di gara più gli impianti per il riscaldamento e gli allenamenti degli atleti. Numeri eccezionali che hanno richiesto, anche dal punto di vista sanitario, un'organizzazione di altissimo livello attraverso la definizione di un Piano Sanitario ad hoc.

"Coordinatore regionale di tutte le iniziative di tutela sanitaria previste per l'intera durata della manifestazione" è stato nominato il Dr Giuseppe Galano, Direttore UOC Centrale Operativa 118 e Attività Territoriali Napoli Centro e Isola di Capri e Presidente AAROI-EMAC Campania.

Il Piano Sanitario ha tenuto conto del fatto che l'Universiade è *"un evento complesso, costituito da più manifestazioni contemporanee su territorio urbano, extraurbano e talvolta in ambiente acquatico"* ed è

quindi stato concepito come un documento dinamico in grado di adattarsi alle esigenze.

La numerosità e la complessità delle manifestazioni che hanno composto l'Universiade hanno fornito fin dall'inizio della programmazione chiari elementi di valutazione, ma si sapeva che altri sarebbero emersi a ridosso del singolo evento.

Per questo motivo, il Comitato Organizzatore (CO) ha ritenuto opportuno provvedere all'approntamento delle risorse di base, attuando la quantificazione proposta da Maurer e dalla normativa italiana per ogni evento, prevedendo poi integrazioni ad hoc al Piano Sanitario secondo le varie necessità.

Sono state quindi definite le dotazioni sanitarie necessarie per gli allenamenti e per le competizioni e individuate le correlate strategie per l'intervento dei soccorsi. Sono stati inoltre installati Punti di primo intervento nei Villaggi e il Main Polyclinic presso la Stazione Marittima di Napoli con 2 letti per attività di emergenza e 2 letti per attività di osservazione breve, oltre a diversi ambulatori. Disponibili anche il Servizio

Prelievi e di Radiologia.

Per quel che riguarda il soccorso avanzato è stato previsto *"l'allestimento di 5 ambulanze di soccorso avanzato, collocate in posizione baricentrica, per l'eventuale evacuazione di pazienti critici dai campi"*. È stata inoltre definita la gestione delle eventuali maxi-emergenze con impiego del sistema START.

Nel Piano sono stati curati anche tutti i livelli di comunicazione sia verso il personale, sia verso i partecipanti per i quali sono state predisposte precise raccomandazioni comportamentali per prevenire eventuali emergenze sanitarie.

Nel piano operativo sono state coinvolte tutte le ASL campane che hanno registrato, nei loro presidi, 450 accessi di primo intervento, la maggior parte dei quali per patologie legate a traumi ossei e muscolari, ma anche patologie legate al caldo, sindromi gastrointestinali. Sono state, inoltre, eseguite più di 40 radiografie. Durante la manifestazione c'è stato un solo codice rosso, per colpo di calore, che ha riguardato un atleta algerino ricoverato d'urgenza al Cardarelli di Napoli.

"Non posso che uscire soddisfatto da questa esperienza che ha richiesto un enorme impegno lavorativo e gestionale, oltre ad aver ricoperto un ruolo di grande responsabilità – afferma Giuseppe Galano –. L'incarico ricevuto è stato per me un bellissimo riconoscimento

per quanto fatto in questi anni in una realtà tutt'altro che facile. Organizzazione, competenze messe in campo e assiduo lavoro di team hanno fatto in modo che la gestione anche sanitaria di questo grande evento andasse nel migliore dei modi, dimostrando che la Campania ha la capacità di garantire efficacia ed efficienza al pari delle altre regioni".

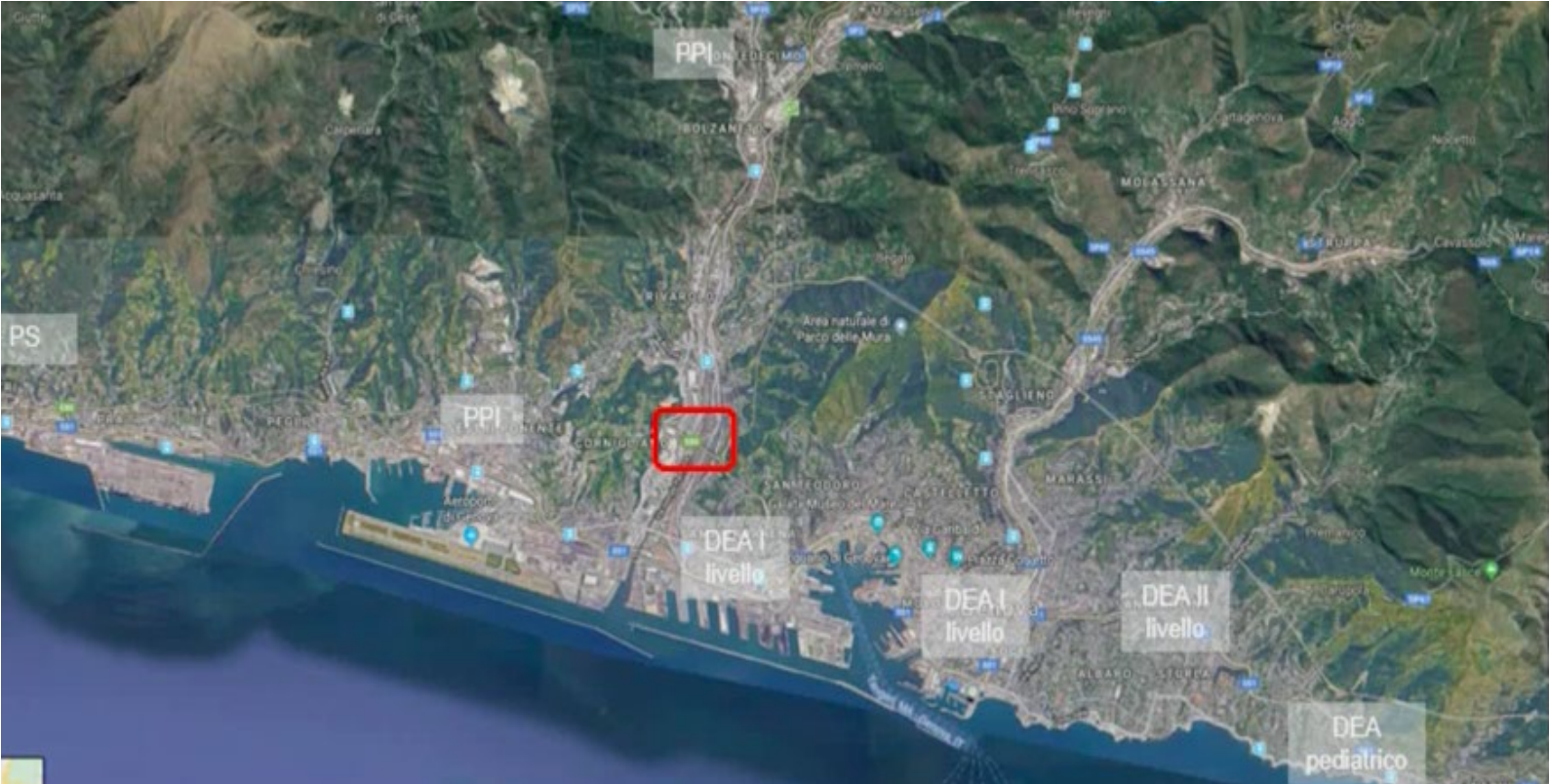
Soddisfazione ha manifestato anche il Dott. Ciro Verdoliva, Commissario Straordinario Asl Napoli 1:

"Siamo orgogliosi di aver fornito, con le nostre donne e i nostri uomini, un piccolo contributo alla grande macchina delle Universiadi.

È stata un'esperienza importante, che ci ha visto impegnati e orgogliosi di vivere dal "di dentro" questo evento mondiale.

Sono fiero di poter dire che l'ASL Napoli 1 Centro è stata una tessera di quel grande puzzle che ha magnificato l'immagine di Napoli e della Regione Campania; abbiamo partecipato alla stesura del Piano di Emergenza Sanitaria, coordinato a livello regionale le iniziative di tutela sanitaria, per la città di Napoli monitorato per tutta la durata della manifestazione il regolare svolgimento delle attività per quel che riguarda l'aspetto sanitario e di prevenzione, e ancora, abbiamo coordinato per la città di Napoli gli oltre 400 interventi, accolto numerosi atleti e accompagnatori nei presidi ospedalieri fornendo il necessario e adeguato servizio clinico-assistenziale. Insomma, ci siamo mostrati all'altezza della situazione e questo ci riempie di orgoglio".





Ponte Morandi: “un giorno che porterò sempre dentro”

A un anno di distanza, il Dr Claudio Spena, racconta la gestione dei soccorsi successiva al crollo

“È il 14 agosto 2018, una giornata – per quanto possibile – tranquilla per l’attività ospedaliera. In particolare per il pronto soccorso del San Martino di Genova che quella mattina era quasi deserto. Un martedì estivo che in pochi minuti si è trasformato in uno di quei giorni che una persona si porta dentro per tutta la vita”. Claudio Spena, Responsabile della SS di Ossigenoterapia Iperbarica dell’Ospedale Policlinico San Martino di Genova, comincia così il racconto dell’emergenza sanitaria, scattata pochi minuti dopo il crollo del Ponte Morandi a Genova.

Passo per passo descrive quello che è stato “un momento veramente particolare per me e per tutti i miei Colleghi della Struttura. Siamo un gruppo di Anestesisti Rianimatori che si muove come “un corpo franco” passando dall’anestesia d’urgenza alla gestione dell’emergenza intra-ospedaliera, dalla gestione dei codici rossi di competenza rianimatoria ai trasporti di livello rianimatorio intraospedaliero del paziente critico, sino alle urgenze di interesse iperbarico”.

“Ero a lavoro – prosegue Spena nel racconto –, ricordo benissimo che cosa stessi facendo: stavo verificando alcuni dispositivi medici con la Coordinatrice infermieristica del PS, una di quelle attività da svolgere nei rari momenti di calma. Era, infatti, tutto molto tranquillo

nonostante ci fosse un temporale agostano pazzesco. Ad un certo punto è arrivata una telefonata dalla Direzione delle Professioni Sanitarie per avvisare che era crollato un ponte dell’autostrada e che avremmo dovuto organizzarci perché si prospettava l’attivazione del PEIMAF (Piano di Emergenza Intraospedaliera per Massiccio Afflusso di Feriti)”.

In un momento lo scenario è quindi del tutto cambiato.

“La reazione – nonostante la sorpresa iniziale – è stata immediata. Abbiamo cercato conferma per capire di quale ponte si trattasse, sebbene nella testa di tutti i genovesi il presagio di quale fosse già c’era. Ci siamo ben guardati dal chiamare la Centrale del 118 che in questi casi deve essere lasciata libera e abbiamo cercato informazioni in maniera autonoma. Paradossalmente, la prima, immediata conferma è arrivata dai social con una foto caricata da cellulare: alle 11.36 del 14 agosto era crollato il Ponte Morandi di Genova”.

Impossibile lasciarsi andare all’emozione e all’incredulità, occorre pianificare immediatamente le diverse attività per dare la Risposta Extra Ospedaliera e Ospedaliera nel minor tempo possibile.

“Istantaneamente – racconta Spena – abbiamo stam-

pato diverse copie del PEIMAF, disponibile in un clic in formato digitale, contestualmente è stato identificato il luogo. L'evento aveva in pratica diviso la città in zone non omogenee tra loro. Nella parte di Levante c'era il 95% della risposta sanitaria, dalla parte di Ponente il restante 5%".

L'organizzazione della prima ora è andata avanti in maniera parallela per garantire un'operatività a 360° sia nella zona del disastro, sia nell'ambito ospedaliero.

"Per quel che riguarda la Risposta Extra Ospedaliera, i problemi non erano pochi – sottolinea Claudio Spena –. Si trattava di agire in un ambiente complesso, ossia in un letto di un fiume circondato da capannoni industriali con pazienti gravi e possibilità di ulteriori crolli. Fortunatamente le case erano tutte illese, una questione non da poco. Era necessario valutare attentamente la sicurezza dello scenario dell'emergenza, sebbene fosse difficile nell'immediato comprenderne le dimensioni. C'erano inoltre difficoltà nella comunicazione a causa del temporale che aveva provocato il black out di alcune celle di cellulari a cui si aggiungeva il sovraccarico delle linee. Esistevano, inoltre, anche interferenze esterne di tipo antropico (nel letto del fiume passano le condutture di un metanodotto e linee elettriche ad alta tensione). La situazione era quindi molto difficile. Sono stati fissati 3 cantieri e individuato il luogo sicuro per allestire il PMA (Posto medico avanzato) e il Posto di Coordinamento Locale. Contestualmente è stato avviato il lavoro di programmazione con il reperimento della totalità di automediche disponibili nell'area metropolitana e la chiamata a supporto delle altre centrali operative del 118 della Liguria che sono 5. In totale sono stati messi a disposizione 30 ambulanze, 6 automediche, 3 elicotteri. Naturalmente tutto si è svolto in coordinamento con la centrale di Protezione Civile e della Prefettura".

Nella prima ora la Risposta Extra-Ospedaliera è stata assicurata anche grazie all'individuazione dei 3 Ruoli chiave che hanno diretto i diversi team: il Direttore dei Soccorsi Sanitari presente in loco, il Direttore del Triage, il Direttore al trasporto.

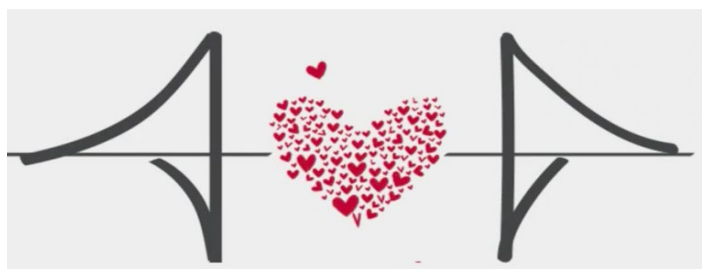
Negli stessi minuti è stata messa a punto la Risposta Ospedaliera del San Martino con l'immediata attivazione dell'Unità di Crisi (circa 20 minuti dopo la prima comunicazione e 2 minuti dopo la chiamata del Responsabile del 118), del PEIMAF e l'individuazione della tipologia di evento, identificato come catastrofe limitata coinvolgente un numero di persone compreso tra le 50 e le 100 unità.

Il PEIMAF del San Martino identifica negli Anestesisti Rianimatori e nei Medici di Emergenza-Urgenza il rife-

rimento organizzativo nell'ambito del DEA, la cui responsabilità è affidata al Direttore dell'UO Anestesia e Rianimazione. Come da piano, sotto il coordinamento della Direzione del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione sono state coinvolte la Centrale 118 e le UO di Medicina d'Urgenza e di Anestesia e Rianimazione. Allo stesso tempo sono stati definiti i team che compongono l'Unità di Crisi. Il Team sanità (Anestesisti Rianimatori, MEU, Direzione Sanitaria, Coordinatore PS e Direzione Professioni Sanitarie), il Team della logistica (Economato, Attività Tecniche, Ispettorato, Informatici/Ingegneri, Farmacia, Trasporti Sanitari) e il Team informazioni (Assistenti socio sanitari, UO di Psicologia Clinica, URP)

"A un'ora dall'allerta – racconta Spena – era stato bloccato il personale smontante, sono stati convocati tutti i Direttori di Dipartimento, sono state svuotate le Sale di Pronto Soccorso e le corsie. Sono stati, inoltre, bloccati gli interventi, rese disponibili 13 sale operatorie e 20 posti di Terapia Intensiva (14 disponibili e 6 da dimissioni accelerate) su 41 presenti al San Martino estendibili fino a 50. In quelle ore ho ricevuto da parte di decine di colleghi, anche in ferie, la disponibilità a rientrare subito in servizio.

Al San Martino sono arrivati 6 pazienti, di cui 5 in codice rosso e sono stati effettuati 4 interventi di cui 3 immediati. Alle 15 il PEIMAF viene dichiarato chiuso per il team sanità, ma il difficile doveva ancora arrivare. La grande tragedia ha provocato la morte di 43 persone le cui salme sono state centralizzate al San Martino. È stato quindi necessario un grande sforzo per accogliere al meglio centinaia di familiari bisognosi di assistenza. Lo si è cercato di fare nel migliore dei modi creando percorsi ad hoc, mettendo a disposizione un team di psicologi e gestendo la comunicazione nella maniera più chiara possibile. In fase di debriefing ci siamo resi conto di alcuni aspetti migliorabili in termini di comunicazione e logistica. Per quel che riguarda la risposta sanitaria, che in questo caso ha funzionato perfettamente, questa esperienza ci ha stimolati per migliorare ulteriormente, pensando a momenti in cui l'ospedale dovesse essere congestionato e l'evento durare nel tempo".



Formazione



AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

AreaLearn
ECM Provider

LA NUOVA FAD AAROIEMAC La gestione delle problematiche anestesiologiche-rianimatorie:

Linee Guida, Buone Pratiche e Novità Giurisprudenziali

Dal 31 Luglio al 31 Dicembre 2019 sarà online (www.aaroieamac.it) la nuova FAD, realizzata dall'AAROIEMAC grazie ad AreaLearn per gli Iscritti in regola con il pagamento della quota d'iscrizione. Il percorso formativo a distanza, che si basa sugli argomenti approfonditi nel Meeting SAQURE 2018, è suddiviso in poco più di 6 ore di lezioni frontali e nella lettura di circa 100 pagine di articoli scientifici e Linee Guida. Permette, previo superamento del test, il riconoscimento di 18 crediti ECM.

Ogni specialista, oltre a rispettare le Linee Guida e le Buone Pratiche nei processi di cura, deve conoscere quelle norme giurisprudenziali che regolano il rapporto con il paziente. È importante che il Medico Anestesiista Rianimatore sia aggiornato sulle più recenti acquisizioni della giurisprudenza che riguardano casi specifici della disciplina. Per questo motivo abbiamo voluto approfondire la legge 24/2017, più conosciuta come legge Bianco-Gelli, che si occupa delle disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, inoltre approfondisce l'ambito della responsabilità

professionale degli esercenti le professioni sanitarie. In questa legge viene dato un particolare risalto all'applicazione delle Linee Guida e delle Buone Pratiche, per questo nelle relazioni ogni argomento trattato trova il suo punto di partenza proprio dai documenti pubblicati dalle più importanti Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali. Tale legge è in linea con la volontà di ridurre la medicina difensiva e costruire un Sistema Sanitario Nazionale più sostenibile e trasparente, in una società che sta rapidamente invecchiando. Il miglioramento delle conoscenze in ambito medico legale può aiutare in maniera importante lo specialista nel percorso lavorativo.

L'altra legge, che è stata approfondita, è la 219/2017 nota come legge sul "Consenso Informato e sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento". L'obiettivo è quello di favorire l'interazione medico-paziente superando un atteggiamento paternalistico e rispettando le volontà del paziente. È importante fornire ampie e dettagliate informazioni al paziente non solo sulle sue condizioni cliniche ma anche sulle conseguenze che la

patologia ed ogni atto medico possono comportare. Le scelte e le decisioni sul processo di cura devono essere prese con consapevolezza e condivisione da tutte le parti chiamate in causa.

Partendo da Linee Guida e Raccomandazioni i relatori hanno tradotto nell'attività pratica le nozioni teoriche. In ambito anestesilogico si sono approfondite le tematiche sulla valutazione preoperatoria, evidenziando le problematiche che devono essere affrontate al fine di ridurre i rischi intra e post operatori. Un'altra tematica importante è stata la scelta della tecnica anestesilogica più adeguata, in particolare quali sono gli elementi che devono essere presi in considerazione al fine di aumentare la sicurezza e l'appropriatezza delle cure in sala operatoria. Il trattamento della tossicità degli anestetici locali ha concluso la parte dedicata alle problematiche anestesilogiche.

Sono state trattate alcune tematiche trasversali, che interessano tutti gli specialisti di questa disciplina come la gestione delle vie aeree, in particolare in quei casi ritenuti difficili, le problematiche legate al cateterismo venoso centrale che non si limitano alle manovre di posizionamento ma anche ai criteri di scelta del catetere e alla gestione delle eventuali complicanze e infine le problematiche che possono insorgere durante o dopo una trasfusione di sangue. Queste tematiche possono coinvolgere diverse figure professionali, dunque assume particolare importanza anche l'interazione tra tutti i colleghi coinvolti.

Nella gestione del paziente complesso, si sono analizzate tematiche specifiche come la gestione della ventilazione meccanica, che negli ultimi anni ha apportato numerose modifiche non solo in ambito tecnologico ma soprattutto nel trattamento di patologie gravi che sono sempre più frequenti, dove atteggiamenti non corretti modificano l'outcome. Sempre in ambito rianimatorio sono state approfondite le metodiche di sedazione dei pazienti, in particolare le complicanze che possono insorgere da una gestione non corretta, in primis il delirio, l'incremento dei giorni di ventilazione e di degenza in Terapia Intensiva. Una sedazione leggera, quando possibile, riduce tali complicanze e favorisce una mobilitazione precoce che secondo molti lavori accelera i tempi di guarigione. Infine si è voluto dare risalto alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, argomento quanto mai attuale non solo nell'ottica di aumentare la sicurezza delle cure, ma anche per un migliore utilizzo e razionalizzazione dei mezzi a disposizione.

L'obiettivo del corso è favorire l'acquisizione di capacità importanti secondo i principi della appropriatezza, efficacia ed efficienza delle risorse, che sono compe-

tenze specifiche di chi opera nel complesso sistema assistenziale del settore della Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Terapia del Dolore e Cure Palliative.

Acquisizione competenze tecnico-professionali:

Le problematiche da affrontare sono molteplici e la gestione del paziente riguarda aspetti diversi. Lo scopo delle relazioni è diffondere i nuovi aggiornamenti non solo scientifici, ma anche legislativi, per aiutare lo specialista nei difficili percorsi diagnostici e di cura dei malati complessi.

Acquisizione competenze di processo:

Partendo dalle Linee Guida, dai Protocolli e dalle nozioni di Buona Pratica Clinica si vuole incentrare il corso sulla gestione del singolo malato che presenta nella sua complessità accezioni e sfumature diverse dall'insieme di pazienti con la stessa patologia acuta. Si vogliono fornire tutti i mezzi che ci permettono un utilizzo quanto più mirato delle risorse a disposizione al fine di incrementare la sicurezza del paziente durante i processi di cura.

Acquisizione competenze di sistema:

La gestione del paziente critico è complessa per cui le evoluzioni tecnologiche e cliniche, gli aggiornamenti delle Linee Guida devono essere approfonditi al fine di migliorare l'outcome. In tutte le tematiche trattate si sono approfondite le problematiche più comuni che possono insorgere nella pratica quotidiana, al fine di evidenziare le norme comportamentali basate su evidenze scientifiche che favoriscono la qualità e la sicurezza nei percorsi diagnostico-terapeutici.

Giuseppe Capozzoli

Emanuele Iacobone

Responsabili Scientifici della FAD

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

COLLOQUI MEDICO-PARENTE: O-LIGURIA

- Buongiorno, Dottore. Come sta oggi la mamma?
- Non bene, Signora. Purtroppo è sempre anurica.
- Eh sì... la mamma è proprio abulica in questi giorni.
- No, Signora. Anurica vuol dire che non urina.
- Vede, Dottore, mia mamma non è mai riuscita a fare la pipì stando a letto.
- No, Signora. Non urina da due giorni. Deve essere stata troppo in oliguria nell'ultimo mese.
- Può essere. Però ad Allassio siamo stati solo due settimane.
- No, Signora. Non Liguria, ma oliguria, cioè ha fatto poca pipì. Sua mamma assume abbastanza liquidi al giorno?
- Beh, abbiamo un aiutante, che lavora a giornata. Ma non è assunto.
- No, Signora. Vorrei sapere se sua mamma beve o no.
- Niente affatto, Dottore: lei è astemia. È mio papà che beve due o tre litri di vino al giorno.

IL PASSAGGIO DI CONSEGNE PER L'ANESTESISTA RIANIMATORE:

Il nuovo corso del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®

Si amplia ulteriormente l'offerta formativa proposta dal Centro di Simulazione Medica Avanzata dell'AAROI-EMAC. Il 29 e 30 Novembre 2019 si svolgerà a Bologna la prima edizione del Corso **"Il passaggio di consegne per l'Anestesista Rianimatore, da incubo ad occasione di qualità"** che ha l'obiettivo generale di promuovere tra gli Anestesisti Rianimatori, specialisti ed in formazione, ma anche fra gli infermieri dei team, la cultura della sicurezza nell'ambito del Passaggio di Consegne.

Il passaggio di consegne (PdC, corrispondente alle traduzioni inglesi: handover, handoff, sign out, medical/nursing report) si può definire come la trasmissione di ogni informazione necessaria alla prosecuzione delle attività di diagnosi, cura e assistenza e delle relative responsabilità, tra professionisti sanitari della stessa unità operativa o di differenti unità operative.

In letteratura, al PdC sono riconosciute diverse finalità, tra queste le principali sono:

- condivisione delle informazioni cliniche sul paziente;
- continuità della cura;
- protezione del paziente.

Il PdC consente inoltre di apprendere in modo cooperativo, costruendo cioè un metodo di apprendimento e di condivisione delle informazioni non competitivo ed incentrato su attività di gruppo in cui tutti gli operatori hanno lo stesso obiettivo; incentiva lo sviluppo della collaborazione ed il sostegno per i membri del team; contribuisce alla formazione continua del personale.

Siccome il PdC consiste anche nel trasferimento di responsabilità e del ruolo di referente della cura di un paziente da un professionista a un altro su base temporanea o permanente, da una fase a un'altra del percorso clinico, ha rilevanti implicazioni in termini di

sicurezza e garanzia di continuità assistenziale. Una serie di studi ha dimostrato che una comunicazione inefficace nel PdC, sia in ambito medico sia infermieristico, è correlata significativamente a una elevata incidenza di eventi avversi (EA), essendo talora riportata come la causa principale di EA evitabili.

Molteplici fattori quali la crescente complessità delle cure, l'incremento dei compiti attribuiti e delle competenze richieste alle unità operative, il rapporto numerico inadeguato tra personale sanitario e pazienti, possono contribuire a spiegare l'aumento degli EA originati da una cattiva comunicazione, con il conseguente aumento di contenziosi medico-legali e di disagio relazionale tra tutti i professionisti sanitari.

L'impegno a garantire una trasmissione di informazioni adeguata sotto il profilo qualitativo e quantitativo rappresenta una misura di prevenzione nei confronti degli EA. Pertanto, rispetto all'idea radicata che bisogna *"difendersi dall'errore per difendersi dalle sue conseguenze"* è essenziale acquisire una nuova mentalità centrata sulla prevenzione dell'errore e sulla promozione della formazione sui temi della sicurezza. Le conseguenze, in termini di danno per i pazienti e costi per le strutture, hanno stimolato l'analisi delle criticità metodologiche inerenti il PdC, allo scopo di migliorarne la qualità, l'efficacia e la sicurezza. È indicativo a questo proposito che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, avendo riscontrato che l'inadeguatezza della comunicazione è responsabile del 25 - 40% degli EA, abbia inserito nella lista delle *"top five patient safety solutions"* una serie di indicazioni per migliorare la comunicazione nell'ambito del PdC.

Come obiettivo specifico, oltre a quello generale, il corso vuole favorire una maggiore consapevolezza dell'importanza del PdC nell'attività clinica dei medici Anestesisti Rianimatori, fornendo loro uno strumento di lavoro utile ed efficace, in grado di garantire un'adeguata continuità delle cure.

Sono obiettivi correlati:

- il miglioramento dell'outcome dei pazienti;
- la riduzione della conflittualità all'interno del team curante e più in generale delle strutture sanitarie;
- il miglioramento della qualità della comunicazione tra team curante, pazienti e familiari;
- la prevenzione del burnout e la maggior soddisfazione degli operatori.

Per quanto attiene all'attività di diagnosi e cura degli Anestesisti Rianimatori, essa si caratterizza per la sua diversificazione in termini di funzioni, attività e compiti in rapporto ai contesti clinici in cui questi

professionisti sono chiamati a operare non sempre coadiuvati da infermieri dedicati: camera operatoria (CO), reparto di terapia intensiva (TI), dipartimento di emergenza-accettazione (DEA), centri mobili di rianimazione (CMR) e sistemi di rapida risposta alle emergenze (RRS), rete di terapia del dolore e cure palliative (TD-CP). Non esiste pertanto una modalità unica per condurre adeguatamente il PdC.

È necessario quindi far sì che i metodi utilizzati per il PdC mantengano da un lato una certa flessibilità rispetto alle esigenze operative e temporali dei differenti contesti clinici e, dall'altro, rispondano ai criteri scientifici generali per una appropriata comunicazione.

In questo senso, la consegna verbale – sintesi dell'attività svolta, riportata nei supporti cartacei o informatizzati – quando condotta in modo scientificamente validato, standardizzato e condiviso, permette già una trasmissione immediata, esaustiva e sintetica delle informazioni essenziali riguardo ai pazienti in carico.

È tuttavia raccomandabile che il professionista sanitario al termine del suo turno fornisca al collega che subentra anche l'indicazione a confrontare le informazioni verbali con quanto contenuto nel supporto scritto utilizzato nei diversi contesti operativi (cartella clinica, cartella anestesiologicala, scheda di intervento del CMR), per garantire:

- un riscontro scritto dei contenuti della consegna verbale;
- un'integrazione delle informazioni già fornite verbalmente in modo sintetico con altre più specifiche.

Il supporto scritto sarà poi di cruciale importanza nei casi in cui, per ragioni di forza maggiore, non sarà stato possibile effettuare un'adeguata comunicazione verbale.

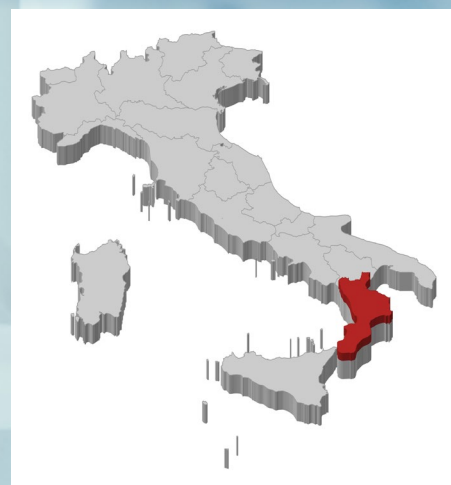
Tra i numerosi metodi validati nella pratica clinica e rinvenibili in letteratura, i Docenti del corso hanno scelto il modello operativo I-PASS (Illness, Patient, Action, Situation, Synthesis), sulla base di una comparazione fondata sui criteri di completezza di informazione, efficacia sul piano clinico e su quello della prevenzione degli EA, flessibilità e adattabilità agli eterogenei contesti lavorativi e Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali multidisciplinari in cui operano gli Anestesisti Rianimatori italiani.

Franco Marinangeli,
Sara Mascarin,
Giovanni Mistraletti



Dalle
Regioni

AARO-EMAC Calabria



Lettera aperta al Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese

Egregio Signor Commissario ad Acta,

i nostri allarmi continuano imperterriti a tuonare, propagandosi nel nulla. Di vuoto totale è, infatti, la percezione che i Dirigenti Medici hanno a tutt'oggi, della sanità calabrese.

Anche il Subcommissario – *avrà avuto le sue buone ragioni* – ci ha salutati...

L'immobilismo delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, a causa della drammatica insufficienza di personale e di un'ormai strutturata carenza di risorse, produce un quotidiano affanno organizzativo che rende, tanto la nostra delicata professione quanto il servizio reso ai nostri pazienti, ogni giorno più improbabili.

E l'impossibilità di garantire l'offerta sanitaria che vorremmo, produce una naturale diffidenza negli utenti i quali, ovviamente, pagando tra i maggiori tributi del Paese, si aspettano una risposta clinica tecnologicamente qualificata ed in tempi congrui. Gli stessi tempi di cui godono il resto degli italiani.

Diffidenza, quella sopra, che genera conflitti e relative ricadute negative, umane e finanziarie. Come venirne a capo? Non pochi dubbi sulla percorribilità e sulla discutibile efficacia del Decreto Calabria che, pur nascendo dalla necessità di adottare una serie di provvedimenti d'urgenza, è ancora fermo al palo. Era necessario stravolgere le regole del gioco, pur sapendo che ci si sarebbe impelagati in una serie di ricorsi che avrebbero scomodato anche la Consulta?

Al pratico: la situazione, in alcune discipline mediche, è drammatica.

Le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, parlo di ciò che meglio conosco, sono decimate, flagellate da una penuria di Medici Anestesisti Rianimatori senza precedenti.

Una disciplina senza i cui specialisti le sale operatorie si bloccano e la sicurezza in tema di emergenza/urgenza viene meno.

Fermare le sale operatorie, garantendo esclusivamente gli interventi di emergenza, come sta accadendo in diversi centri *Spoke*, determina, com'è facilmente immaginabile, un incremento dei flussi migratori anche per patologie chirurgiche di media e bassa complessità, con disagio economico e logistico per gli utenti e distrazione, a monte, di quelle risorse pubbliche che andrebbero invece proficuamente impiegate sui nostri territori.

La chiusura delle sale operatorie, come Ella saprà, si sta estendendo a macchia d'olio da presidio a presidio.

Questa catastrofe – *non dico nulla di nuovo* – discende prevalentemente dalla pessima vision espressa dai Governi regionali che fin qui si sono succeduti, ed alle cui terrificanti conseguenze – *nessuno si offenda: sono sotto gli occhi di tutti* – la maggior parte di noi aveva sperato che il vento del cambiamento portasse in qualche modo rimedio.

Così, Signor Commissario, a tutt'oggi non è.

La limitazione nell'azione di governo delle Aziende i cui Commissari straordinari "*facenti funzione*" sono stati abbandonati, non sappiamo per quanto tempo ancora in un limbo amministrativo; le numerose Unità Operative Complesse acefale per mancanza del Direttore, spesso sostituito formalmente *ad interim* ex art. 18 CCNL 2000, ma *de facto*, illegalmente *sine die*; la mancanza di Consigli di Direzione, decaduti con i Direttori Generali che avevano indicato i Direttori di Dipartimento; il mai giusto valore attribuito ai Consigli dei Sanitari: tutto questo, e non solo, rende il management delle nostre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, fortemente improbabile.

E, *last but not least*, anche la mancanza di confronto con le Organizzazioni di categoria della Dirigenza Medica e Veterinaria non aiuta.

Avevamo già segnalato, lo scorso anno, il dispositivo

normativo in grado di limitare la sproporzione tra la richiesta di prestazioni chirurgiche (alta) ed offerta di salute (insufficiente) che, legata al numero (esiguo) di Medici Anestesisti Rianimatori genera imponenti ed inaccettabili flussi di mobilità passiva. Ed anche lì si sono incontrate, specie in alcune Aziende, non poche resistenze all'utilizzo dello strumento contrattuale.

Nella stessa nota indicavamo la necessità che la regione mettesse mano al portafogli ed istituisse un numero di borse di specializzazione aggiuntive, per tamponare l'inevitabile esodo che la quota cento avrebbe indotto, in particolare tra i Medici Anestesisti Rianimatori. In Calabria mancano, allo stato attuale, 80-100 Specialisti di questa disciplina.

Borse aggiuntive le cui ricadute positive si apprezzeranno comunque tra almeno cinque anni. Non sarebbe il caso di pensarci a partire da quest'anno?

Ma tutto questo, per il Suo predecessore, è rimasto, naturalmente, lettera morta.

Né possiamo francamente immaginare l'utilizzo dei Medici in Formazione nelle sale operatorie o nelle terapie intensive. L'utente considererà la prestazione low cost, con intuibile esponenziale aumento dei contenziosi.

Esistono Discipline oltre la nostra, in genere quelle che afferiscono all'emergenza urgenza, che andrebbero incentivate motivando i professionisti, se vogliamo che il Sistema Sanitario pubblico continui a garantire quell'universalità delle cure che finora con orgoglio è stata sbandierata, ma che è destinata, soprattutto alle nostre latitudini, a fallire tristemente.

Magari sotto i colpi dell'autonomia differenziata.

Mi è personalmente piaciuto il Suo slogan assunzioni e legalità. Un binomio che si sposa a pennello con la mia Disciplina. Della carenza di Medici abbiamo già sinteticamente parlato, e ci auguriamo che le Sue recenti disposizioni in materia di assunzioni vengano immediatamente recepite dai Commissari f.f., anche se, in tutta sincerità, non possiamo certo considerarle risolutive. Su legalità e ricaduta negativa sulla sicurezza dei cittadini, spero invece di avere la possibilità di poterne parlare personalmente e presto con la Sua struttura.

E non solo di questo, ma anche di razionalizzazione delle risorse in ambito anestesilogico, di ottimizzazione delle risposte di sistema che la rete delle emergenze ed urgenze dev'essere in grado di erogare, interfacciandosi con gli ospedali per acuti.

Cordiali saluti

1 Luglio 2019

Dr Domenico Minniti
Presidente AAROI-EMAC Calabria

Sanità veneto

Firmato
Protocollo
Regione - Sindacati

Importante risultato raggiunto grazie all'azione dei lavoratori che hanno sostenuto le rivendicazioni sindacali della dirigenza e del comparto.

**il PROTOCOLLO
servirà per avere**

- **risposte sui fabbisogni di personale**
- **reclutamento di personale**
- **risorse aggiuntive**
- **verifica utilizzo 5% risorse dai compensi della libera professione**
- **verifica fondi contrattuali**
- **verifica piani in materia formazione ed aggiornamento professionale**



Vertenza CODICE ROSSO: protocollo d'intesa Regione-Sindacati

Dopo la mobilitazione "Codice rosso" degli scorsi mesi è stato sottoscritto il 15 luglio il protocollo d'intesa tra Regione Veneto e Organizzazioni Sindacali. Presenti alla firma i Rappresentanti delle diverse sigle, tra cui il Dr Massimiliano Dalsasso, Presidente AAROI-EMAC Veneto, l'Assessore alla Salute, Manuela Lanzarin, il direttore generale Domenico Mantoan.

Il protocollo è suddiviso in sette aree specifiche:

1. L'analisi del fabbisogno di personale e del conseguente bagaglio professionale;
2. Il monitoraggio dei piani di spesa attivati da Ulss e Aziende e delle modalità di utilizzo dei risparmi conseguenti;
3. Il controllo dei «valori minimi di riferimento del personale» già in vigore e la definizione di quelli relativi a nuove attività;
4. La verifica delle condizioni di «reinternalizzazione» dei servizi sanitari fin qui appaltati a imprese private (vedi i casi delle coop nel pronto soccorso);
5. L'individuazione di «ogni possibile risorsa economica incentivante» compatibile con i tetti di spesa a compenso «degli sforzi e dell'abnegazione» riconosciuti al personale veneto;
6. La prosecuzione dei processi di stabilizzazione contrattuale in atto;
7. La verifica periodica dell'applicazione del Piano socio-sanitario 2019-2023 e della DGR 614/2019 sulle cosiddette schede ospedaliere e territoriali.

A partire da Settembre si svolgeranno gli incontri con l'apertura di tavoli specifici sui 7 punti programmatici del protocollo.



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)

PreParApp

La maggior parte delle società scientifiche che si occupano di chirurgia resettiva polmonare concorda sull'individuazione dei parametri respiratori da prendere in esame per l'operabilità del paziente. Tuttavia, dal confronto con i colleghi di altre realtà, italiane e non, è spesso emersa la necessità di rendere fruibile la valutazione pre-operatoria della chirurgia toracica anche a colleghi che se ne occupano solo saltuariamente – ad introdurci queste importanti riflessioni sulla chirurgia toracica è il **Dr Marco Rispoli**, Anestesista Rianimatore presso l'ospedale "Vincenzo Monaldi" di Napoli. Da sempre l'interesse del Dr Rispoli è stato rivolto all'anestesia nell'ambito della chirurgia toracica, alla terapia intensiva ed alla formazione delle giovani leve nel campo dell'emergenza/urgenza, ma è solo grazie alla sua spiccata passione per la tecnologia, coniugata alla voglia di innovare i percorsi clinici e diagnostici della nostra specialità, che è nata questa interessante applicazione.

"Il fine è stato quello di fornire uno strumento che renda il clinico in grado di valutare autonomamente l'eventuale operabilità del paziente, riducendo le valutazioni specialistiche, i tempi di attesa nonché il disagio per l'utenza: da queste riflessioni è nata l'idea di PreParApp MSD" – ci spiega Rispoli.

L'app in questione permette di inserire le principali variabili di funzionalità respiratoria misurate nel paziente (FEV1, DLCO e VO2max), mettendole in relazione con i

valori teorici attesi sulla base delle caratteristiche antropometriche del paziente: in tal modo, il clinico ottiene rapidamente le percentuali di funzionalità di ciascuna variabile rispetto allo standard previsto per il paziente. Grazie ad un'interfaccia facile ed intuitiva, l'utente può selezionare i segmenti polmonari da rimuovere e l'app determina i valori predittivi post operatori di ognuna delle tre variabili, FEV1, DLCO e VO2max, in relazione alla quota di parenchima polmonare rimosso. Tale calcolo può essere integrato dai dati provenienti da una scintigrafia polmonare in caso di pneumectomia. Alla fine delle procedure di calcolo, l'app fornisce uno screen riassuntivo del paziente, dell'intervento da eseguire e dei valori predittivi post operatori. Sarà poi possibile archiviare questi dati, condividerli con i colleghi o inviarli, in formato PDF, ad una stampante per ottenere una copia cartacea.

I dati così salvati possono essere facilmente integrati con i risultati dei follow up post operatori, in modo da fornire al clinico una propria casistica personale e da confrontare le variabili di funzionalità respiratorie prima e dopo l'intervento.

A quali colleghi ed in quale setting può servire l'app?

"PreParApp MSD è parte integrante dei PDTA pre operatori di chirurgia toracica, garantendo l'acquisizione del

dato e la sua elaborazione in maniera affidabile ed esatta, e rendendo facilmente fruibile tali informazioni a tutti gli specialisti coinvolti.

PreParApp MSD riflette, infatti, la natura multidisciplinare della valutazione pre operatoria in questo ambito specialistico. Può essere utile, ad esempio, allo pneumologo, che è spesso il primo operatore ad interfacciarsi con il paziente, per valutare facilmente la possibilità di sottoporlo ad una procedura chirurgica o la necessità di una fisioterapia respiratoria e/o una terapia medica per migliorarne le variabili di funzionalità respiratoria. Anche il chirurgo può trarre indiscussi vantaggi dalla simulazione dei diversi scenari operatori, per scegliere, a parità di trattamento, quello meno oneroso per il paziente in termini di perdita di funzionalità respiratoria. L'app rende, inoltre, più agevole anche il follow up chirurgico, a breve e lungo termine. L'anestesista toracico, invece, che funge da raccordo tra le figure specialistiche su menzionate, integra questi dati con altre variabili cliniche (cardiologiche, metaboliche etc. etc.), per poi stratificare il rischio pre operatorio.

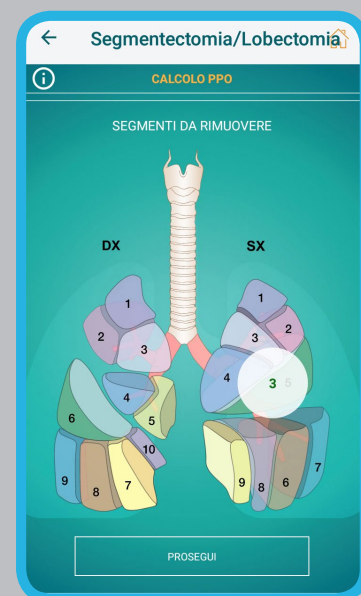
Ci sono app simili negli store? In cosa si differenzia?

"Ad oggi, il calcolo dei valori predittivi post operatori è una realtà di nicchia e, pertanto, non esistono applicazioni che facilitino tali calcoli al clinico. La mera esecuzione del calcolo è, però, solo uno dei punti di forza dell'applicazione: grazie alla sua avanzata interfaccia grafica, essa permette di selezionare facilmente qualunque intervento di resezione polmonare, dalla segmentectomia alla pneumectomia. Inoltre, la funzione di archiviazione facilita la creazione di una casistica personale, la raccolta dati per eventuali progetti di ricerca o semplicemente la possibilità di condividere informazioni tra colleghi".

"Credo fermamente che l'applicazione della tecnologia "portatile" rappresenti il futuro della medicina. Per la loro vastità, le attuali conoscenze mediche sono difficilmente appannaggio di tutti gli operatori, pertanto un supporto informatico si rende sempre più indispensabile. A questo si uniscono i continui cambiamenti nel mondo della comunicazione, che, attraverso i social e il web, premiano la trasmissione dei dati in una forma immediata e facilmente condivisibile – ha poi aggiunto il Dr Rispoli, concludendo - Tale cambiamento fa parte del quotidiano e, quindi, rientra irrimediabilmente nel lavoro oltre che nella vita privata. Inoltre, è stato ampiamente dimostrato in letteratura medica che le linee guida, le raccomandazioni e le buone pratiche cliniche, vengono difficilmente applicate se divulgate in maniera tradizionale (come lezioni frontali e materiale cartaceo), mentre il supporto informatico, specie se "portatile", si è dimostrato un importante alleato del clinico".

PreParApp MSD è stata selezionata dalla giuria della rivista di divulgazione scientifica "Popular science" per partecipare alla selezione dei Life Science Excellence Award, aggiudicandosi il premio nella categoria pneumologia e posizionandosi tra le finaliste per il primo premio assoluto.

È possibile contattare il collega per ogni informazione scrivendogli direttamente al suo indirizzo mail: marco-rispoli@hotmail.it.



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: praimondo@iol.it

A cura di

Claudio Testuzza

Esperto in tematiche previdenziali

Una Flat Tax per le pensioni

In un clima previdenziale che ha previsto per le pensioni superiori ai 100.000 euro, le “pensioni d’oro”, un aggravio fiscale, ancorché denominato contributo di solidarietà, parlare di un possibile ridimensionamento del trattamento fiscale ordinario potrebbe sembrare anacronistico. Ma appare necessario, preliminarmente, comprendere che i trattamenti previdenziali sono stati costruiti mediante i contributi versati dagli interessati e dai datori di lavoro nel tempo. Si tratta, in pratica, di un differimento temporale di una parte della retribuzione e pertanto meritevole di un trattamento fiscale non solo non aggravato, come disposto ultimamente, ma anche ridotto rispetto ai redditi di lavoro. Ricordiamo, infatti, che il reddito da pensione subisce la tassazione, al pari del reddito da lavoro dipendente, cui è assimilato. Sostanzialmente dall’importo lordo vengono detratte le ritenute Irpef e le relative addizionali regionali e comunali previste dalla legge.

Il sostituto d’imposta è generalmente dell’Inps e la ritenuta Irpef è applicata alla fonte. Il cittadino percepisce pertanto un importo pensionistico al netto. Infatti a seconda del regime di calcolo in cui questo rientra (retributivo, misto o contributivo) l’importo della pensione sarà più o meno alto. Ma c’è un’importante precisazione da fare: in ogni caso l’importo della pensione è calcolato al lordo e per avere un’idea più precisa di quanto si andrà a percepire bisogna capire quali tasse ogni mese vengono trattenute. Per capire come si calcola la pensione netta da quella lorda, quindi, bisogna partire con l’analizzare le aliquote Irpef. Queste variano a seconda dello scaglione di reddito al quale fanno riferimento; più questo sarà alto e maggiore sarà l’aliquota Irpef da applicare. Ed è per questo che chi percepisce una pensione elevata paga più tasse rispetto a chi ha un assegno più contenuto.

Nel dettaglio, le aliquote Irpef sono le seguenti:

- reddito inferiore a 15.000 euro: 23%;
- reddito compreso tra 15.000 e 28.000 euro: 27%;
- reddito compreso tra 28.000 e 55.000 euro: 38%;
- reddito compreso tra 55.000 e 75.000 euro: 41%;
- reddito superiore ai 75.000: 43%.

Prendiamo ad esempio un assegno di 80.000 euro annui. Questo sarà così tassato:

- i primi 15.000 euro al 23 %, quindi la tassazione è di 3.450 €;
- i successivi 13.000 euro al 27 %, per una tassazione di 3.510 €;
- i 27.000 euro (fascia di reddito che va dai 28.000 ai 55.000 euro) al 38 %, per una tassazione di 10.260€;
- altri 20.000 euro al 41 %, per una tassazione di 8.200 €;
- infine, gli ultimi 5.000 euro che eccedono la soglia dei 75.000 sono tassati al 43 %, per un totale di 2.150 €.

Complessivamente, quindi, la tassazione da pagare sugli 80.000 euro di reddito annuo è pari a 27.570 €.

Reddito per scaglioni	Aliquota per scaglioni	Imposta massima dovuta
Fino a 8.125	No tax area	Nessuna
Da 8.126 a 15.000	23% sull'intero importo	3.450
Da 15.001 a 28.000	27%	3.450 + 27% sulla parte eccedente i 15.000
Da 28.001 a 55.000	38%	6.960 + 38% sulla parte eccedente i 28.000
Da 55.001 a 75.000	41%	17.220 + 41% sulla parte eccedente i 55.000
Oltre 75.001	43%	25.420 + 43% sulla parte eccedente i 75.000

Queste però non sono le sole tasse da pagare sull'importo della pensione poiché vi sono da calcolare anche le addizionali regionali e comunali che, come tali, variano a seconda della zona in cui si risiede, e incidono mediamente intorno al 2-3% dell'importo previdenziale annuo.

Veniamo, poi, alle sospirate detrazioni che si applicano, però, solamente per quei redditi che complessivamente non superano i 55.000 euro.

Reddito complessivo in euro al netto dell'abitazione principale	Importo della detrazione
Fino a 8.000	1.880, con un minimo di 730 euro
Da 8.000 a 15.000	$1.297 + [583 \times (15.000 - \text{reddito complessivo}) / 7.000]$
Da 15.001 a 55.000	$1.297 + [(15.000 - \text{reddito complessivo}) / 40.000]$
Oltre 55.000	Nessuna detrazione

Nota bene che il pensionato non deve avere altri redditi, poiché questi si sommerebbero ai redditi di pensione formando un unico imponibile Irpef. In questo modo, qualora il pensionato superasse i 55.000 euro non avrebbe diritto ad alcuna detrazione sulla tassazione Irpef,

I pensionati italiani sono tra i più tassati in Europa. Negli altri Paesi d'Europa, i pensionati pagano in media il 30%. Nella poco gratificante classifica della pressione fiscale, l'Italia si piazza al quinto posto. Ad esempio su un assegno da 1.500 euro da noi si pagano 600 euro di tasse, in Germania 60! Per una modesta pensione di 20.000 euro annui la pressione fiscale che grava sul nostro pensionato è superiore al 22%, Se avesse abitato in Spagna, avrebbe pagato il 9,5%, nel Regno Unito il 7,2%, in Francia il 5,2%. Fino ad arrivare allo 0,2% della Germania, dieci volte in meno dell'Italia. E in quattro Paesi – Ungheria, Slovacchia, Bulgaria e Lituania – le pensioni sono addirittura esenti da tasse.

Da tutto questo, se non si interverrà prontamente attribuendo una vera flat tax sulle pensioni il fenomeno dei pensionati italiani che si trasferiscono all'estero – Portogallo e Canarie tra le mete più gettonate – attratti da vantaggi fiscali e basso costo della vita, sarà tutt'altro che transitorio e tenderà ad aumentare sempre di più in futuro.



Per i Medici è possibile la contribuzione volontaria

In assenza di un lavoro o di una sua sospensione il traguardo della pensione può allontanarsi nel tempo o essere addirittura compromesso. Tra le possibili opzioni, è comunque possibile valutare una ciambella di salvataggio che consente al lavoratore (dipendente od autonomo) di proseguire a proprie spese i versamenti per la pensione, tramite la cosiddetta "prosecuzione volontaria".

Ma per attivare questa possibilità i medici hanno dovuto attendere sino al 2006 per ottenere la concessione di poter procedere, una volta interrotto il rapporto d'impiego, alla contribuzione volontaria che potesse consentire loro di proseguire, a proprie spese, con i versamenti utili alla pensione. Infatti la legge n. 184 del 1997 aveva ribadito che la contribuzione volontaria non fosse ammessa per contestuali periodi di assicurazione ad una delle forme di previdenza obbligatoria per lavoratori dipendenti, pubblici e privati, per lavoratori

autonomi e per liberi professionisti. Questa affermazione legislativa impediva ai medici, per il solo fatto di essere, peraltro obbligatoriamente iscritti all'Enpam, in quanto iscritti al proprio Albo professionale, e a versare a questo istituto la contribuzione al Fondo Generale, di poter attivare l'importante strumento di recupero previdenziale. Con la circolare n. 11 del 2006, l'Inpdap, in qualità di istituto previdenziale dei dipendenti pubblici, fra cui i medici delle Asl, finalmente riconosceva che l'iscrizione al Fondo Generale comportasse sì l'obbligo di un versamento contributivo ma di natura meramente mutualistica, che darà solamente titolo all'erogazione di una prestazione che non deriva dall'attività lavorativa prestata.

Ne conseguiva che l'iscrizione al Fondo di Previdenza Generale dell'Enpam non rappresentava più una causa ostativa alla concessione dell'autorizzazione alla prosecuzione volontaria.

La preclusione veniva precisato opera invece in presenza di attività libero professionale che comporti un versamento contributivo agli altri tre Fondi Speciali gestiti dall'Enpam e cioè:

- il Fondo Speciale di Previdenza per i medici generici, i pediatri di libera scelta e gli addetti ai servizi di continuità assistenziale;
- il Fondo Speciale di Previdenza per i medici specialisti ambulatoriali;
- il Fondo Speciale di Previdenza per i medici specialisti convenzionati esterni.

Per poter proseguire l'assicurazione volontariamente occorre una specifica autorizzazione che deve essere espressamente richiesta all'Inps. La domanda di prosecuzione volontaria deve essere presentata entro due anni dal 1° gennaio successivo alla cessazione dell'attività. Trascorso questo termine di decadenza il diritto alla contribuzione volontaria non potrà essere più esercitato.

L'autorizzazione viene concessa in presenza di un versamento pari ad almeno 3 anni di contributi obbligatori effettivi nel quinquennio precedente la domanda. Chi non ha almeno 3 anni nei 5 che precedono la richiesta di autorizzazione può comunque essere ammesso alla prosecuzione volontaria, a condizione che abbia maturato un minimo di 5 anni di contributi, versati in qualsiasi epoca.

Attenzione! I requisiti richiesti devono essere perfezionati escludendo la contribuzione figurativa accreditata a qualsiasi titolo. Allo stesso modo, la prosecuzione volontaria non può essere concessa a coloro che risultino già titolari di una qualsiasi pensione diretta.

La contribuzione volontaria non può riguardare periodi temporali pregressi, con la sola eccezione del semestre precedente la data di autorizzazione.

L'importo da versare per i dipendenti viene stabilito in base alla retribuzione percepita nell'ultimo anno di lavoro che precede la domanda di autorizzazione. L'aliquota è la stessa prevista per la contribuzione obbligatoria. Questo significa che chi decide di versare i volontari dovrà pagare in pratica la stessa somma che avrebbe versato il proprio ente laddove avesse continuato a lavorare con uno stipendio pari alla media dell'ultimo anno.

Per avere un'idea della spesa da sostenere per i contributi volontari è infatti sufficiente fare la media delle

retribuzioni (complessive, compresa cioè la tredicesima mensilità) dell'ultimo anno di lavoro e applicare l'aliquota in vigore, che per i dipendenti è pari al 33 %. I contributi volontari vanno pagati per periodi trimestrali solari (entro la fine del trimestre successivo) e il numero delle settimane è quello corrispondente ai sabati compresi nel periodo.

Per coprire il primo trimestre (gennaio-marzo) occorre effettuare il versamento entro il successivo 30 giugno; il secondo trimestre (aprile-giugno) va versato entro il 30 settembre, e così via.

Al pari della contribuzione obbligatoria, la spesa sostenuta per i versamenti volontari è deducibile dall'imponibile Irpef. Nella valutazione dei costi e quindi dell'eventuale convenienza o meno dei versamenti volontari, bisogna anche considerare che i contributi volontari rientrano, infatti, tra gli oneri deducibili dal reddito complessivo per l'intero importo, anche laddove l'onere dei versamenti sia sostenuto per familiari fiscalmente a carico.

I contributi volontari **sono parificati, a tutti gli effetti, a quelli obbligatori**, versati in conseguenza del rapporto di lavoro. Tuttavia, va precisato che la volontaria s'intende regolarmente eseguita solo se l'importo dei contributi dovuti per ciascun trimestre viene interamente versato durante il trimestre solare successivo. Nell'ipotesi di una contribuzione volontaria versata in misura inferiore a quella dovuta, il periodo da accreditare viene contratto, ai fini sia della misura che del diritto alla pensione.

Ricapitolando, i contributi figurativi (quando regolarmente versati) valgono dunque ai fini della maturazione dei requisiti necessari sia per la pensione anticipata sia dei requisiti contributivi necessari per la pensione di vecchiaia o altre forme di pensionamento anticipato. Fanno eccezione i soli "contributivi puri", vale a dire quanti non risultavano in possesso di anzianità contributiva al 31 dicembre 1995. In questo caso infatti il versamento della contribuzione volontaria non è valido al perfezionamento dei requisiti per la pensione anticipata (legge 335/1995).

Possono accedere ai versamenti dei contributi volontari oltre ai lavoratori che abbiano cessato o interrotto l'attività lavorativa anche i lavoratori iscritti alla Gestione Separata.

I giovani e la pensione

Giovani e pensione, un rapporto nient'affatto semplice ma da coltivare perché non è mai troppo presto per iniziare a pianificare il proprio futuro previdenziale.

A questo riguardo vi ha pensato da alcuni anni l'Enpam, l'ente previdenziale dei medici, che ha previsto la possibilità per gli studenti di Medicina e Odontoiatria, vicini alla laurea, quinto e sesto anno, di iscriversi all'ente previdenziale. In questo modo sono garantite, per loro e da subito, una copertura previdenziale e assistenziale come se si fossero già abilitati, ottenendo anche un vantaggio sull'anzianità contributiva. L'interessato può decidere di versare i contributi (appena 113 euro all'anno: nove euro al mese!) da subito ovvero al momento dell'abilitazione.

Ma per gli altri resta l'affermazione: "Chi pensa alla pensione? Sono giovane ho tempo!"

Nulla di più sbagliato! Il costante aumento dell'aspettativa di vita pone un serio problema di rischio pensionistico per le giovani generazioni, che devono confrontarsi non solo con rendite pensionistiche calcolate con il meno generoso metodo di calcolo contributivo, ma anche e soprattutto con i provvedimenti resi necessari – ora e in futuro – da una spesa previdenziale pubblica in costante crescita a causa del progressivo aumento della popolazione.

I giovani costituiscono, infatti, una delle categorie maggiormente esposte al rischio previdenziale. Essendo infatti il metodo di calcolo da applicare il contributivo la futura pensione discende da una logica assicurativa. Hanno allora un peso rilevante i contributi versati, nella duplice componente della entità (aliquota contributiva che dipende dalla professione) e della lunghezza e continuità del periodo contributivo.

I giovani possono inoltre risultare penalizzati dai vuoti contributivi che caratterizzano un mercato del lavoro flessibile, dal ritardato ingresso nel mondo del lavoro e dallo svolgere talvolta tipologie di lavori caratterizzati da ridotte aliquote contributive.

I lavoratori che rientrano nel contributivo per andare in pensione di vecchiaia devono avere il requisito contributivo di almeno 20 anni e il requisito anagrafico richiesto e devono rispettare un ulteriore paletto rappresentato da un importo della pensione superiore a 1,5 volte l'importo dell'assegno sociale. In caso contrario possono accedere al trattamento di vecchiaia al compimento di 70 anni di età, aggiornato sulla base degli adeguamenti alla speranza di vita accertata dall'Istat, con almeno 5 anni di contribuzione "effettiva" (cioè ob-

bligatorio, volontaria e da riscatto) con esclusione della contribuzione accreditata figurativamente a qualsiasi titolo a prescindere dall'importo della pensione.

È evidente che nell'ambito del sistema non si troveranno risorse per ovviare, in futuro, a storie contributive discontinue e di basso profilo. Oggi lo Stato finanzia l'Inps soprattutto per far fronte alle spese assistenziali, senza le quali ci sarebbe quasi equilibrio tra contributi di lavoratori attivi e pensioni. Il rapporto attivi-pensionati è il dato più preoccupante ed è il fattore differenziante tra la situazione di oggi e quella di 30 anni fa. Infatti non è da oggi che i lavoratori attivi finanziano le pensioni dei quiescenti. È la regola del sistema a ripartizione.

I pensionati di oggi hanno pagato le pensioni di padri e nonni. Ma allora il rapporto occupati/pensionati era più favorevole.

Sembra che una via d'uscita non ci sia. Infatti non c'è, almeno nell'ambito del sistema previdenziale o pensionistico. Potrebbe esserci nell'ambito del sistema economico più vasto. Sarebbe ora di cominciare a occuparsi di questo. L'unica soluzione, non solo per i futuri pensionati, ma per la Società tutta, è che si produca e mantenga occupazione, che il rapporto occupati-pensionati cresca, che i contributi pensionistici vengano regolarmente pagati e non evasi, che le carriere lavorative possano iniziare prima e, seppure con mobilità, siano continue.

In attesa di meglio comprendere come si evolverà il nostro sistema obbligatorio, quello che appare assolutamente necessario e, nel caso dei giovani non rinviabile, è la adesione alla previdenza complementare. Essendo i fondi pensione strutturati sul meccanismo finanziario della capitalizzazione l'adesione in giovane età conferisce la ragionevole speranza di potere accumulare un montante previdenziale più elevato e, conseguentemente, una rendita più elevata al pensionamento.

Si tratta dalla possibilità di accumulare, nel corso della propria vita lavorativa, una sorta di salvadanaio previdenziale, del quale usufruire poi come pensione aggiuntiva di scorta o, se necessario, ancora prima del pensionamento, in caso di particolari situazioni di difficoltà.

In caso di scelta favorevole alla previdenza integrativa sarebbe, oltretutto, bene iscriversi da subito, perché prima si inizia a contribuire e più tempo si ha a disposizione per accumulare i risparmi che saranno destinati alla propria pensione integrativa, ottenendo oltretutto anche dei vantaggi dal punto di vista fiscale.

D'altra parte, pensare fin dalla giovane età al risparmio

previdenziale impone una conoscenza di tematiche finanziarie, anche solo di base, di cui non tutti i giovani dispongono.

Una domanda sorge allora spontanea: ma quanto sono preparati i giovani studenti e lavoratori sul tema della previdenza? Le statistiche sembrerebbero dire non molto e la situazione non migliora, passando dalle conoscenze teoriche alla pratica. Ecco allora che diven-

ta doveroso un altro interrogativo: scelta consapevole o mancata di un'adeguata formazione previdenziale? Tutte cose facili da proporre o elencare, con soluzioni difficilissime da intraprendere. Ma se non si inizia subito i giovani si ritroveranno con un problema enorme e potranno ringraziare le generazioni che li hanno preceduti e che hanno pensato solo a sé stessi e non al futuro dei propri figli.

Tav. 1 - Alcuni dati sul rapporto tra lavoratori giovani e previdenza (val %)

	Fino a 34 anni	Oltre 34 anni
Ragioni della non adesione alla previdenza complementare		
Sono troppo giovane, è prematuro pensarci	47,5	8,3
Penso di non potermelo permettere, è troppo costoso	32,6	44,7
Le paure pensando alla pensione nel futuro		
Perdere il lavoro e rimanere senza contribuzione	34,3	33,0
Avere una fase di precarietà del lavoro con una contribuzione troppo intermittente	32,7	23,7
Pensione pubblica attesa come quota del reddito da lavoro		
Valore medio (1)	53,6	55,5
Fino al 50%	30,0 (2)	25,0 (2)
Principali fonti di reddito durante il pensionamento oltre la pensione pubblica		
Risparmi/titoli mobiliari	38,8	39,9
Patrimonio immobiliare	19,0	18,7
Previdenza complementare	17,4	16,5
Principali canali informativi sulla previdenza complementare		
Sindacato	31,3	33,8
Internet	18,6	14,4
Compagnia di assicurazione	15,1	15,6
Collegli	14,9	10,6
Intenzioni rispetto all'adesione alla previdenza complementare dei lavoratori non aderenti		
Intendo aderire	36,2	25,0
Non intendo aderire	63,8	75,0

(1) Indica il valore della pensione pubblica attesa come quota del proprio reddito da lavoro:

(2) Indica la quota di intervistati che ritiene che la pensione pubblica sarà pari al massimo al 50% del proprio reddito di lavoro.

Fonte: indagine Censis, 2012.

are you
covered?

GOOD NEWS

Nasce la COMPAGNIA ITALIANA AmTrust Assicurazioni!

Nei mesi scorsi sono circolate “voci” che sostenevano una “instabilità” del Sistema di Protezione Assicurativo AAROI-EMAC in conseguenza della Brexit, visto che l’assicuratore (la AmTrust Europe) aveva la sua sede europea a Londra.

In realtà, l’AAROI-EMAC aveva già dato, immediatamente, ampia rassicurazione ai propri Iscritti, in relazione alla Convenzione Assicurativa corrente per il tramite del Broker AON, che la gran parte delle Grandi Società Internazionali (comprese le Imprese di Assicurazione) si era già strutturata per evitare gli effetti negativi della Brexit, chi spostando la propria sede europea in Irlanda, chi in Lussemburgo, in tal modo ponendosi (e ponendo i propri Clienti) al riparo dai rischi reali o presunti conseguenti alla Brexit.

Quanto sopra in attesa di una ancor migliore strategia che la AmTrust Europe ci aveva promesso, in relazione, per quel che ci riguarda, alla nostra suddetta Convenzione.

È QUINDI CON COMPRESIBILE ORGOGLIO che ho il piacere di comunicarvi che tale promessa si è concretizzata in una scelta strategica che COSTITUISCE IL MASSIMO DELLA SERENITÀ PER TUTTI I NOSTRI ISCRITTI: è nata la “AmTrust Assicurazioni SPA”, la COMPAGNIA ASSICURATRICE ITALIANA DEL GRUPPO AMTRUST CON SEDE IN ITALIA, e quindi, per la massima nostra garanzia, sottoposta alla vigilanza degli organi di controllo italiani.

Questo, come tutti noi possiamo comprendere, significa maggior rapidità di interlocuzione, nonché, più in generale, una sempre migliore “SARTORIA SU MISURA” DEI PRODOTTI ASSICURATIVI DELLA NOSTRA CONVENZIONE, che a differenza di certe “Convenzioni” farlocche che altri pubblicizzano con grande superficialità, SONO DAVVERO IN ESCLUSIVA PERTUTTI I NOSTRI ISCRITTI, ED UNICAMENTE A LORO RISERVATI, a condizione che siano assolutamente in regola con il pagamento delle quote associative. Il che è di per sé la miglior garanzia di serietà da parte di tutti e per tutti.

UN RISULTATO DAVVERO DI GRANDE SODDISFAZIONE, che mi è stato personalmente comunicato da Emmanuele Netzer, Amministratore Delegato di AmTrust Assicurazioni, nel corso di un incontro a Milano, molto proficuo, per studiare insieme alla Compagnia, con l’assistenza del nostro Broker, le prossime progettualità da mettere al servizio di tutti gli Iscritti all’AAROI-EMAC.

Nella pagina seguente il Comunicato Stampa relativo alla nascita di AmTrust Assicurazioni, con gli Auguri della AAROI-EMAC alla “nuova” Compagnia di buon lavoro, ed un messaggio a tutti gli Iscritti, nel segno di ciò che caratterizza in ogni aspetto la nostra Associazione, vale a dire la valorizzazione della nostra forza associativa per la loro massima tutela, non solo sul versante assicurativo, ma anche in ogni altro ambito: altre importanti rifiniture della nostra Convenzione Assicurativa sono già in opera, e ve ne sarà data notizia via via che saranno ultimate. Ad Maiora!

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

Il Comunicato Stampa AmTrust Assicurazioni

In concomitanza con la celebrazione dei primi 10 anni di presenza in Italia del gruppo assicurativo AmTrust, nasce AmTrust Assicurazioni S.p.A., la nuova compagnia italiana del Gruppo AmTrust International.

AmTrust Assicurazioni ha un focus specifico nel settore della Medical Malpractice (MedMal), valorizzando così la solida expertise maturata da AmTrust in quest'ambito nei suoi 10 anni di attività sul mercato italiano. Attiva in Italia dal 2009, AmTrust è infatti leader del settore con oltre il 60% delle coperture di Responsabilità Sanitaria stipulate con enti ospedalieri e con più di 100.000 medici assicurati.

Un settore che sta vivendo forti cambiamenti dall'entrata in vigore della nuova normativa in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale.

“La nascita di AmTrust Assicurazioni rappresenta, per noi e per tutto il Gruppo internazionale, un passo importante per consolidare la nostra presenza in Italia – ha commentato Emmanuele Netzer, Amministratore Delegato di AmTrust Assicurazioni –. Come anticipato dall'acquisizione di BAP Danni avvenuta a novembre 2018, la strategia del Gruppo guarda infatti ad una crescita e ad un ampliamento costante sul mercato italiano: attraverso la creazione della nuova compagnia intendiamo essere ancora più vicini ai nostri assicurati, continuando ad offrire loro prodotti studiati appositamente per le loro esigenze”.

Più in particolare, il range di prodotti di AmTrust Assicurazioni è progettato per rispondere alle necessità specifiche di Responsabilità Sanitaria di Grandi Ospedali, Cliniche e Laboratori, Medici e altri Professionisti Sanitari; offrendo inoltre soluzioni per Infortuni e Malattia, Tutela Legale e Altri Rischi Speciali.



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)

Può l'azienda di provenienza negare al professionista il nulla osta per la mobilità per qualsivoglia motivo? E se sì per quanto tempo? Può essere dato un nulla osta "posticipato" per esempio a otto mesi per esigenze di servizio?

L'azienda di provenienza può negare al professionista il nulla osta per un tempo indefinito e può essere dato un nulla osta "posticipato" per esempio a otto mesi. Questo non significa che l'Azienda accettante debba però attendere detto periodo, potendo la stessa porre un limite temporale, superato il quale far scorrere l'eventuale graduatoria.

È vero che i giorni di congedo per la legge 104 vanno concordati?

I tre giorni mensili per la legge 104 vanno comunicati e non concordati.

La legge 104 recita:

Art.33 – Agevolazioni

3. A condizione che la persona handicappata non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente, pubblico o privato, che assiste persona con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, **ha diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito coperto da contribuzione figurativa, anche in maniera continuativa.**

Per quanto riguarda il preavviso necessario sembra essere affrontato solo nelle circolari INPS e Funzione Pubblica. La più recente circolare in cui si affronta la questione è la numero 13 del 6 Dicembre 2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica

(<http://www.handylex.org/stato/c061210.shtml>), in cui al punto 7 si può leggere:

"Salvo dimostrate situazioni di urgenza, per la fruizione dei permessi, l'interessato dovrà comunicare al dirigente competente le assenze dal servizio con congruo anticipo, se possibile con riferimento all'intero arco temporale del mese, al fine di consentire la migliore organizzazione dell'attività amministrativa".

Durante il periodo di aspettativa non retribuita per motivi personali è consentito lavorare a partita IVA presso una struttura convenzionata?

Durante il periodo di aspettativa non retribuita per motivi personali non è consentito lavorare.

È possibile che esista un contratto integrativo aziendale in contrasto con le norme del contratto nazionale?

Non solo i Contratti integrativi, ma neanche ed a maggior ragione i contratti individuali.

Nel primo caso, infatti, l'impossibilità è dettata dall'Art. 4 CCNL 3.11.2005 che col suo comma 5 recita:

"I contratti collettivi integrativi non possono essere in contrasto con vincoli e limiti risultanti dai contratti collettivi nazionali e si svolgono sulle materie stabilite nel presente articolo. Le clausole difformi sono nulle e non possono essere applicate".

Nel secondo caso, invece, è direttamente il Codice Civile che, con l'articolo 2077 entra nel merito:

"I contratti individuali di lavoro tra gli appartenenti alle categorie alle quali si riferisce il contratto collettivo devono uniformarsi alle disposizioni di questo. Le clausole difformi dei contratti individuali, preesistenti o successivi al contratto collettivo, sono sostituite di diritto da quelle del contratto collettivo, salvo che contengano speciali condizioni più favorevoli ai prestatori di lavoro".

È possibile un accordo tra Direzione e O.O.S.S. che preveda che le prestazioni aggiuntive vengano remunerate una parte con Fondo degli incentivi della dirigenza medica ed una parte a spese dell'Azienda?

L'accordo in questione non è lecito se si tratta di prestazioni aggiuntive essendo queste ultime l'acquisto di prestazioni richieste dall'azienda ed il cui corrispettivo economico dev'essere ristorato col bilancio della stessa e non con i fondi della Dirigenza Medica.

Corrisponde a verità che i Dirigenti Medici devono essere presenti in servizio tutti i giorni (orario su 5 giorni) per almeno 3 ore e 40 minuti.

Nessuna norma contrattuale afferma che sia prevista la nostra presenza giornaliera.

Non corrisponde a verità che i Dirigenti Medici devono essere presenti in servizio tutti i giorni (orario su 5 giorni) per almeno 3 ore e 40 minuti.

L'orario di lavoro è gestito dal Direttore SC in base alle esigenze della struttura.

È possibile chiedere la mobilità volontaria da una Azienda sanitaria pubblica ad una Azienda privata?

Quanto richiesto non è previsto dal CCNL.

Sta per scadere il periodo di prova c/o l'Asl dove attualmente presto servizio e volevo chiedere se tutte le ferie rimaste c/o l'altra Asl e non godute prima di prendere servizio in quella nuova per esigenze di servizio vanno perse.

Le ferie avrebbero dovuto esser state godute nell'altra Azienda prima di iniziare il periodo di prova. Se non fruite per documentate esigenze di servizio, se ne può chiedere la monetizzazione.

È legittimo coprire i turni della Medicina d'Urgenza (DEA) con noi Medici Anestesisti Rianimatori?

Non è legittimo poiché si tratta di due discipline non equipollenti né affini. Gli Anestesisti Rianimatori sono assunti come Dirigenti medici di Anestesia Rianimazione.

In caso di dimissioni del rappresentante Aziendale AAROI-EMAC come si procede per la sua sostituzione?

Sarà cura del Rappresentante dimissionario o del suo supplente, in caso di impedimento, informare il Presidente Regionale che provvederà ad indire una assemblea aziendale per procedere a nuove elezioni.

Nel caso si desideri cambiare il rappresentante aziendale prima della scadenza del mandato come si procede?

L'art.38 dello Statuto AAROI EMAC al comma 5 recita:
In caso di sfiducia espressa nei confronti di un Rappresentante Aziendale nel corso di un'assemblea

aziendale appositamente richiesta da almeno i 2/3 degli Iscritti al Presidente Regionale di afferenza, e regolarmente convocata e presieduta ai sensi del precedente comma 3, si provvede alla sostituzione attraverso nuove elezioni.

Da un punto di vista normativo, è possibile effettuare un turno di Guardia di 12 ore dalla 8:00 alle 20:00 garantendo ovviamente la pausa?

Sì, è possibile purché sia ovviamente garantita la pausa contrattualmente prevista.

Resta inoltre il limite posto dal documento AAROI SIAARTI del 1995 che recita:

In generale una seduta operatoria non dovrebbe durare più di 6 ore per ragioni di sicurezza (affidabilità del personale).

Per i Medici in Formazione (cd. Specializzandi) cui è stato riconosciuto il diritto alla retribuzione secondo le normative europee e che si sono visti riconosciuto tale diritto, è possibile far valere quello stesso periodo lavorativo anche ai fini previdenziali? Se la risposta fosse affermativa con quale iter burocratico?

Attualmente gli Specializzandi pagano la Quota A ENPAM in quanto iscritti all'Albo, ma ricevono un compenso che è imponibile ai fini previdenziali presso l'Inps (tassazione separata). Hanno quindi addirittura una duplice veste previdenziale. La contribuzione alla Quota A Enpam continuerà sino al pensionamento. Quando si sarà specializzato diventerà

1) un libero professionista che verserà alla Quota B dell'Enpam

2) un convenzionato con il Servizio sanitario nazionale che verserà ai fondi speciali Enpam

3) un dipendente pubblico o privato: se è pubblico contribuisce all'ex-Inpdap, se dipendente privato verserà alla gestione principale Inps.

Alla Gestione separata Inps quindi non verserà mai più, a meno che svolga attività completamente diverse da quelle mediche. Una norma nella fattispecie (L'articolo 18, comma 12 del decreto legge n. 98 del 2011 convertito nella legge n. 111/2011) ha infatti stabilito chiaramente che tutte le attività che hanno una valenza medica non danno luogo alla Gestione separata, ma al versamento all'Enpam.

Questa è la normativa da cui risulta che i medici comunque da quando sono iscritti all'Ordine professionale sono automaticamente iscritti all'Ente Previdenziale ENPAM. Eventuali ricongiungimenti vanno richiesti al momento del pensionamento (N.B. ad oggi). Comunque il consiglio è di rivolgersi al servizio di accoglienza telefonica Enpam per chiarire esaurientemente la tua posizione soprattutto in relazione agli anni in cui sei stato specializzando.

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