

il nuovo Anestesista Rianimatore

NOVEMBRE-DICEMBRE
2019
6
Anno XXXX

AARO I EMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

Direzione: Via del Viminale 43 - 00184 Roma - Redazione: Via Ferdinando del Carretto n° 26 - 80133 Napoli - Diffusione web tramite provider Aruba

CCNL 2016-2018: il traguardo si avvicina!

**AARO I-EMAC 2020:
tutte le novità
La Comunicazione
del Presidente Nazionale**

**I Big Data
in terapia intensiva:
una rivoluzione vicina**

**Centro AARO I-EMAC
SimuLearn®:
il calendario dei Corsi -
I Semestre 2020**

Sommario

- 3** **Novità sulle quote associative**
La Comunicazione agli Iscritti del Presidente Nazionale
- 8** **CCNL 2016-2018**
Vicinissimi al traguardo!
- 10** **Dalla COSMED**
Prelievo sulle pensioni e pubblicazione Dati Redditali
- 14** **Dalle Regioni**
Da Nord a Sud: il sistema Emergenza Urgenza in FVG, viaggio nella sanità calabrese
- 18** **Centro AAROI-EMAC SimuLearn®:**
Il calendario del I Semestre 2020
- 22** **IntensiveAPP**
I Big Data in terapia intensiva: una rivoluzione vicina
- 26** **WEB**
I medici e il digitale: perché serve conoscere il web
- 28** **AAROI-EMAC risponde**
Previdenza:
Gli articoli dell'Esperto
- 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 ALLEGRINI - 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 POLLAROLO - liguria@aaroiemac.it
LOMBARDIA - Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI - lombardia@aaroiemac.it
MARCHE - Dr MARCO CHIARELLO - marche@aaroiemac.it
MOLISE - Dr DAVID DI LELLO - molise@aaroiemac.it
PIEMONTE - VALLE D'AOSTA - Dr GILBERTO FIORE - piemonte-aosta@aaroiemac.it
PUGLIA - Dr ANTONIO AMENDOLA - puglia@aaroiemac.it
SARDEGNA - Dr CESARE IESU - sardegna@aaroiemac.it
SICILIA - Dr EMANUELE SCARPUZZA - sicilia@aaroiemac.it
TOSCANA - Dr LUIGI DE SIMONE - toscana@aaroiemac.it
UMBRIA - Dr ALVARO CHIANELLA - umbria@aaroiemac.it
VENETO - Dr MASSIMILIANO DALSASSO - veneto@aaroiemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO - Dr.ssa ROBERTA PEDRAZZOLI - bolzano@aaroiemac.it
PROVINCIA DI TRENTO - Dr PIERGIORGIO CASETTI - trento@aaroiemac.it

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

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

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

Direzione e Amministrazione
Via del Viminale 43 - 00184 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 30-11-2019

AAROI-EMAC 2020: NUOVO CCNL, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO, RINNOVO CONVENZIONE ASSICURATIVA PROFESSIONALE, NUOVE QUOTE ISCRIZIONE, NUOVE CONVENZIONI **La Comunicazione del Presidente Nazionale agli Iscritti**

Caro Collega,

ti scrivo per comunicarti alcune novità riguardanti l'Iscrizione all'AAROI-EMAC per il 2020. Innanzitutto desidero ringraziarti per la fiducia che riponi nella nostra Associazione e per il sostegno che le dai con la tua iscrizione e la tua partecipazione alle attività associative.

Il nostro impegno quotidiano ad ogni livello ha l'obiettivo di essere al tuo fianco in tutti i momenti della vita lavorativa in cui ci sia bisogno sia di tutela sindacale, sia di formazione ed aggiornamento professionale, sia di copertura assicurativa verso i rischi di contenziosi sanitari. Impegno che negli ultimi tempi è aumentato in maniera esponenziale, anche a causa delle problematiche che in tutti questi ambiti sono dovute all'evoluzione dei tempi, e che continua a crescere non solo per farvi fronte, ma anche e soprattutto per anticiparne tutte le soluzioni possibili.

CHE COSA ABBIAMO FATTO NEGLI ULTIMI MESI:

Sul fronte più strettamente sindacale, la Preintesa sul CCNL 2016-2018 della Dirigenza Medica Pubblica, che ci ha visto impegnati in estenuanti trattative in Aran e non solo, avrà effetti concreti, plausibilmente, dal primo Gennaio 2020 sia per quel che riguarda aumenti ed arretrati, sia per quel che concerne le nuove disposizioni normative, dopo che il CCNL definitivo sarà stato siglato, con ogni probabilità, entro dicembre 2019. In questo non facile rinnovo, per il quale abbiamo atteso oltre 10 anni, abbiamo ottenuto tutto ciò che era possibile ottenere in questi tempi difficili, rinviando ulteriori aggiustamenti che valorizzino meglio il lavoro dei nostri Iscritti al prossimo CCNL 2019-2021, per le cui trattative stiamo spingendo affinché prendano il via entro il 2020 e si concludano al più presto.

Dato che la trattativa decentrata offrirà nuovi spunti per declinare le nuove normative contrattuali nazionali, sono in corso di organizzazione le nostre indicazioni informative per poter utilizzare al meglio tale strumento a livello sia regionale sia locale.

Sul fronte della formazione e dell'aggiornamento professionale, che per anche la continua evoluzione della normativa ECM sta rivestendo sempre più importanza, abbiamo implementato fortemente le opportunità offerte ai nostri Iscritti, in parte con contributi spese ridotti al minimo, in parte completamente gratuiti, sia attraverso Corsi Residenziali di Simulazione Medica Avanzata del Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna, ogni anno più numerosi e meglio strutturati, sia attraverso il nostro Meeting annuale SAQURE, anch'esso ogni anno aggiornato nei temi e nei contenuti, sia attraverso eventi formativi proposti a livello regionale laddove ve ne è esigenza, sia attraverso Eventi in FAD, percorsi formativi da seguire a distanza per i quali, a fronte di un elevato numero di Crediti ECM, la completa gratuità per i nostri Iscritti riveste particolare attrazione, considerata anche l'assenza di spese a loro carico per i trasferimenti, necessari invece per gli Eventi Residenziali.

Sul fronte della Copertura Assicurativa Professionale, il Sistema di Protezione AAROI-EMAC è stato ulteriormente migliorato rispetto alla sua nascita,

avvenuta nell'ormai lontano 2003, quando nessun altro Sindacato o Associazione di Medici con le nostre caratteristiche aveva nemmeno lontanamente pensato ad attuare nulla di simile, attraverso numerose ed importanti migliorie in grado di rendere ancora più innovativa ed unica la nostra Convenzione. Infatti, ancor oggi, ed ugualmente sarà in futuro grazie alla nostra esperienza e competenza in materia, **tale Sistema è e resterà inimitabile, nonostante i tanti maldestri tentativi che in tanti altri oggi fanno**, perché – a differenza di tutte le altre imitazioni – è nato e si è evoluto nel tempo in modo tale da rendere le nostre Polizze sostanzialmente indipendenti dalle posizioni delle Aziende Sanitarie, dato che, come tutti sanno,

ormai (“grazie” anche, da ultimo, alla Legge Gelli) **i contenziosi in cui le Aziende datrici di lavoro divengono controparte dei Colleghi sono divenute sensibilmente più frequenti** di quelli in cui la controparte è il Paziente che chiama direttamente in causa il Medico per presunta malpractice sanitaria. Quest'indipendenza è una caratteristica sempre più irrinunciabile, che tutte le polizze di sola “colpa grave” non

potranno mai avere, senza tralasciare il fatto che, tra l'altro, i loro Assicurati non solo vengono lasciati da soli o in balia delle Amministrazioni delle Aziende Sanitarie fino a che non intervenga la Corte dei Conti, ma, ancor peggio, nel momento drammatico o comunque delicatissimo del sinistro, divengono clienti “sgraditi” da disdettare al più presto. **Con l'AAROI-EMAC, invece, il Collega non è mai da solo, sin dall'emergenza del fatto, e la nostra Compagnia non può disdettare unilateralmente le nostre polizze.**

Certo, la nostra Convenzione “costa di più” delle “polizze giocattolo”, ma proprio per questo motivo, dato che a questo mondo nessuno regala nulla, le differenze sono abissali: anzi, ovviamente proporzionalmente al rischio coperto, i premi richiesti dalla nostra rispetto alle altre sono di gran lunga più convenienti!

Del resto, per evidenziare solo la differenza più macro-

scopica tra le Polizze di Tutela Professionale convenzionate AAROI-EMAC e molte altre, basterebbe ricordare che le nostre sono, di fatto, le uniche esclusivamente riservate ai nostri Iscritti in regola con la quota associativa, e non siano, come invece lo sono tante altre, una banalissima canalizzazione verso le Compagnie Assicuratrici più varie di una massa più o meno consistente di semplici “clienti”! Inoltre, occorre anche ricordare che la nostra Convenzione si avvale di condizioni di polizza concordate parola per parola tra noi e la Compagnia, con l'intermediazione del Broker! Non ci limitiamo, infatti, a mettere a disposizione degli Iscritti una Convenzione pre-confezionata, ma ne ricontrattiamo ogni anno le condizioni, sia per ottenere migliorie, sia per adeguarla ogni anno alle situazioni che il nostro Osservatorio analizza! In effetti, così come è sempre avvenuto, anche per il 2020 stiamo alacremente trattan-

do **importanti migliorie** che saranno oggetto di specifica informativa, tra cui, importantissima **per i Colleghi Medici in Formazione (Specializzandi)** i quali ne saranno interessati, la copertura per le loro eventuali assunzioni in base al “Decreto Calabria”, in ambito sia penale sia civile.

Dal 2019, tra l'altro, abbiamo attivato, a fronte di un “Contributo Spese” pari a soli 2 euro mensili (24 euro annui), il Servizio di PSML – “Pronto Soccorso

Medico Legale”, creando un canale di comunicazione più diretto degli Iscritti con la nostra Associazione, anche al fine di favorire tempi e modalità di contatto con il Broker e la Compagnia Assicuratrice al passo con l'incremento delle necessità di tutela assicurativa. Nei primi 10 mesi di quest'anno “di prova”, che ha interessato solo i contraenti delle Polizze di 1° Rischio, il PSML ha fornito assistenza ad oltre 1.000 Colleghi, di cui circa 650 Dipendenti Pubblici e circa 350 Liberi Professionisti, in massima parte per assistenza in contenziosi appena avviati o in corso, ma anche per dirimere dubbi relativi a “relazioni” richieste dalle Aziende in merito a fatti che potrebbero trasformarsi in citazioni in giudizio.

A tal proposito, abbiamo riscontrato che il nostro servizio PSML è stato richiesto, in misura sostanzialmente proporzionale rispetto agli Iscritti con Polizze di Assicurazione Professionale di 1° Rischio (quasi l'80% del



totale), anche dagli Iscritti che non hanno questa copertura, ma solo quella di 2° Rischio "automatica" fornita gratuitamente con la quota iscrivibile, oltre che da una dozzina di Colleghi Medici in Formazione. Anche a questi Colleghi, in tale periodo annuale "di prova", è stata in qualche modo fornita un'assistenza che è stata quantomai preziosa in momenti critici come quelli correlati ad un sinistro o ad un fatto che può generarlo. Il nostro Servizio PSML, quindi, ha assunto – con risultati molto incoraggianti per il futuro – una valenza molto più generale, essendo stato utile per numerosissimi Iscritti di ogni categoria associativa, e quindi rendendoci tutti sempre più stakeholders competenti in materia di tutela assicurativa, oltre che fruitori di una Convenzione unica nel suo genere.

A fronte di questi riscontri, e dando seguito ad alcuni suggerimenti pervenuti da diversi nostri Iscritti sulla necessità di evitare, per il pagamento del "Contributo Spese" per il PSML, un bonifico bancario separato rispetto al pagamento delle quote di iscrizione associativa, il Consiglio Direttivo Nazionale dell'AAROI-EMAC ha deciso di inserire, a partire dal 1° gennaio 2020, tale "Contributo Spese" per il PSML direttamente nella quota di iscrizione associativa.

In sostanza, per gli Iscritti con Polizze di Assicurazione Professionale di 1° Rischio, l'esborso economico 2020 resterà invariato rispetto a quello 2019 (e sarà loro evitata l'incombente del relativo bonifico), mentre gli Iscritti senza Polizze di Assicurazione Professionale di 1° Rischio avranno un aumento pari a soli 2 euro al mese, dopo oltre 15 anni di quota immutata.

L'importo di iscrizione all'AAROI-EMAC passerà quindi dal 1° Gennaio 2020 da 30,00 euro mensili a 32,00 euro mensili per i Colleghi dipendenti soggetti a trattenuta mensile in busta-paga, e da 360,00 a 384,00 euro annui per i Colleghi non soggetti a tale trattenuta mensile.

Il Consiglio Direttivo Nazionale dell'AAROI-EMAC ha deciso, inoltre, di introdurre il "Contributo Spese" per il PSML, sempre pari ad euro 24,00 annui, anche a carico dei Medici in Formazione.

Nel caso in cui un Medico in Formazione sia assunto, in applicazione del "Decreto Calabria" e/o altre previsioni normative aventi simile applicazione, da un Ente del SSN, sarà considerato per la sua eventuale adesione alle Polizze RC e TL di 1° Rischio, al pari di un Collega Specialista, ma la sua quota d'iscrizione all'AAROI-EMAC sarà di soli euro 144,00 annui, comprensivi del PSML, sia della copertura assicurativa professionale di cd. 2° rischio, automatica con l'iscrizione associativa.

In sintesi:

- **Medico Dipendente SSN** – Quota 32,00 euro mensili, comprensiva di Iscrizione & PSML
- **Medico Dipendente da Ente Privato** – Quota 32,00 euro mensili o 384,00 euro annuali in unica soluzione, comprensiva di Iscrizione & PSML
- **Medico Dipendente da Università / Convenzionato / Titolare di Contratto Atipico / Libero Professionista** – Quota 384,00 euro annuali in unica soluzione, comprensiva di Iscrizione & PSML
- **Specializzando assunto nel SSN in applicazione del "Decreto Calabria" e/o altre previsioni normative aventi simile applicazione** – Quota 144,00 euro annuali in unica soluzione, comprensiva di Iscrizione & PSML
- **Medico in Formazione** – Quota 24,00 euro annuali, comprensiva di iscrizione & PSML
- **Medico Pensionato** (che non esercita alcuna attività professionale medica) – Quota immutata, pari ad Euro 100,00 annui.

Nota Bene: I nostri Iscritti dipendenti soggetti a trattenuta mensile in busta-paga non devono fare nulla ai fini dell'adeguamento di quota in questione, dato che provvederanno direttamente i nostri Uffici a dar indicazioni in tal senso ai loro Enti Datori di lavoro, mentre coloro che pagano la quota iscrivibile con bonifico bancario dovranno semplicemente adeguare la cifra da versare.

I premi annui 2020 a carico degli Iscritti per la Convenzione Assicurativa Professionale di RC e TL con la Compagnia Am Trust per tramite del Broker AON resteranno invariati, a fronte delle importanti migliorie di cui, come già detto, sarà data ampia diffusione non appena le condizioni delle Polizze saranno sottoscritte!

Sempre in campo assicurativo, a breve, diventerà operativa anche un'altra Convenzione, a premi molto contenuti ed a condizioni particolarmente favorevoli, per coprire i rischi di Infortuni e di Invalidità Permanente. Abbiamo infatti ritenuto che possa essere importante offrire anche quest'opportunità, anch'essa esclusivamente riservata ai nostri Iscritti in regola con la quota associativa, in tempi nei quali una capacità lavorativa ridotta anche temporaneamente a causa di eventi imprevedibili può incidere molto negativamente sulla tranquillità economica dei Colleghi che li subiscano e dei loro familiari; in tali casi, che sotto il

profilo statistico non sono frequenti, ma che quando accadono possono essere critici anche sotto il profilo economico, i nostri Iscritti che abbiano colto quest'opportunità, in particolar modo i Liberi Professionisti, ma anche i Dipendenti, soprattutto coloro i quali abbiano un certo introito più o meno costante da attività lavorativa libero-professionale intramoenia o comunque accessoria a quella contrattualmente dovuta, potranno contare su un'ulteriore tranquillità per il loro futuro.

Da circa 2 anni abbiamo anche pensato a coloro i quali, Iscritti continuativamente alla nostra Associazione da almeno un anno, vanno in pensione e devono purtroppo attendere quasi 4 anni prima di venire in possesso della Liquidazione del TFS (prossimamente, per tutti i Colleghi assunti con contratto a tempo determinato dopo il 30 maggio 2000 oppure dopo il 01 gennaio 2001 con un contratto a tempo indeterminato, TFR), **stipulando** in coordinamento con la Cosmed di cui l'AAROI-EMAC fa parte **una apposita Convenzione con il Banco Popolare di Milano**, attraverso la quale, a fronte di un costo irrisorio pari all'1% del totale della liquidazione, il Collega andato in pensione, attraverso quest'Istituto Bancario, può incassare

immediatamente tutto il dovuto!

Questa Convenzione ha avuto un grande successo, essendo state diverse centinaia i Colleghi che ne hanno usufruito, e pertanto è stata rinnovata, con la sola modifica della continuità iscrivibile che, a partire dal 2020, sarà necessaria per poterne fruire, la quale sarà portata a 3 anni.

Ma tutto questo non ci è bastato ai fini di perseguire la valorizzazione della nostra professionalità: abbiamo cercato di far sentire quanto più efficacemente possibile la voce dell'AAROI-EMAC ai decisori politici che governano o da cui in qualche modo dipendono le sorti del SSN, sia pubblico sia privato, cercando nei limiti del possibile sia confronti diretti sia interlocuzioni a distanza, sempre tramite canali rigorosamente istituzionali, ed in buona parte anche a mezzo stampa, al fine di rappresentare le istanze di quei Medici Ospedalieri, i nostri Iscritti, che più di tutti gli altri costituiscono la spina dorsale delle cure ospedaliere ai Pazienti in condizioni più critiche e delicate.

Inoltre, abbiamo cercato di rendere sempre più diretto il rapporto con gli Iscritti, attraverso diversi canali: email, sms, sito web, social, giornale, etc., in



linea con un'impostazione sempre più da "Sindacato a domicilio" che oggi è la modalità più immediata ed efficace per una comunicazione "in tempo reale", e che abbiamo intenzione di implementare nel prossimo futuro.

Infine, un'altra importante novità riguarda l'investimento di risorse sia economiche sia umane che l'AAROI-EMAC è impegnata da diversi mesi ad oggi a fare per l'innovazione tecnologica. Sarà disponibile dal 2020 la nostra nuova piattaforma informatica gestionale, che semplificherà le procedure per l'iscrizione, renderà immediata l'emissione delle ricevute, consentirà ai Colleghi non soggetti alla trattenuta di pagare comodamente con carta di credito. Ogni Iscritto avrà una propria area in cui saranno consultabili tutte le informazioni personali sulla iscrizione, assicurazione, formazione, etc.. Attraverso il nuovo sistema sarà, infatti, possibile procedere del tutto personalmente per iscriversi a tutti i Corsi proposti dall'AAROI-EMAC, scaricare gli attestati, verificare il numero di crediti ECM ricevuti. I diversi servizi saranno illustrati in una comunicazione ad hoc che vi invie-

remo anch'essa in tempo utile, sempre restando possibile, naturalmente, la richiesta di supporto alla nostra Segreteria in caso di necessità.

In conclusione, desidero informarti che nei prossimi giorni partirà la Campagna Iscrizioni 2020 che sarà pubblicata sui nostri canali di comunicazione e che verrà diffusa, con il supporto dei Rappresentanti Aziendali, in tutti i PO della penisola. Confidiamo che anche tu possa darci una mano a promuovere il valore del nostro Sindacato tra gli Anestesisti Rianimatori e Medici dell'Emergenza Urgenza non ancora iscritti. Siamo tanti, ma possiamo diventare molti di più. Non a caso lo slogan scelto per la campagna è **#UNITISIVINCE**. Contiamo su di te!

Nel rinnovarti affettuosamente il ringraziamento per la fiducia che riponi e che ci auguriamo continuerai a riporre nella nostra Associazione, ti invio cari saluti, augurandomi di poterti incontrare personalmente in una delle tante occasioni di eventi associativi AAROI-EMAC.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale*



Il 21 Novembre il Consiglio dei Ministri ha dato il via libera alla pre-intesa del CCNL 2016-2018. Il documento, siglato lo scorso 24 luglio, sta compiendo l'iter previsto dalla normativa, sebbene lo abbia fatto con tempi maggiormente dilatati rispetto a quelli previsti. A questo punto, però, siamo ormai certi che tale iter possa concludersi entro Dicembre in modo da garantire l'entrata in vigore del nuovo contratto – con le relative novità normative e gli aumenti ottenuti – già a partire da Gennaio 2020.

Già, ma quali sono i passaggi mancanti e qual è stato fin qui l'iter? La risposta è contenuta nell'articolo 47 del D. Lgs. 165/2001, il cosiddetto T.U.P.I. (Testo Unico del Pubblico Impiego). Tralasciamo gli items, di ormai superata importanza in questa fase, che hanno preceduto la firma della pre-intesa del 24 luglio u.s. e concentriamoci sui passaggi successivi. Subito dopo quella data, il testo è tornato, corredato della relazione tecnica dell'ARAN, alle Regioni ed al Governo. Alla fine di ottobre l'ARAN ci aveva trasmesso il file contenente le errata-corrige. Nei giorni scorsi le amministrazioni interessate hanno espresso il proprio parere favorevole sull'ipotesi di accordo e verificato la copertura degli oneri contrattuali.

L'ARAN dovrebbe trasmettere dunque alla Corte dei Conti, mentre stiamo scrivendo l'articolo (22 novembre, n.d.R.) la quantificazione dei costi contrattuali ai fini della certificazione di compatibilità con gli strumenti di programmazione e di bilancio. La Corte dei Conti dovrà deliberare entro quindici giorni (dal cui computo devono essere esclusi sabato e festivi), decorsi i quali la certificazione si intenderà effettuata po-

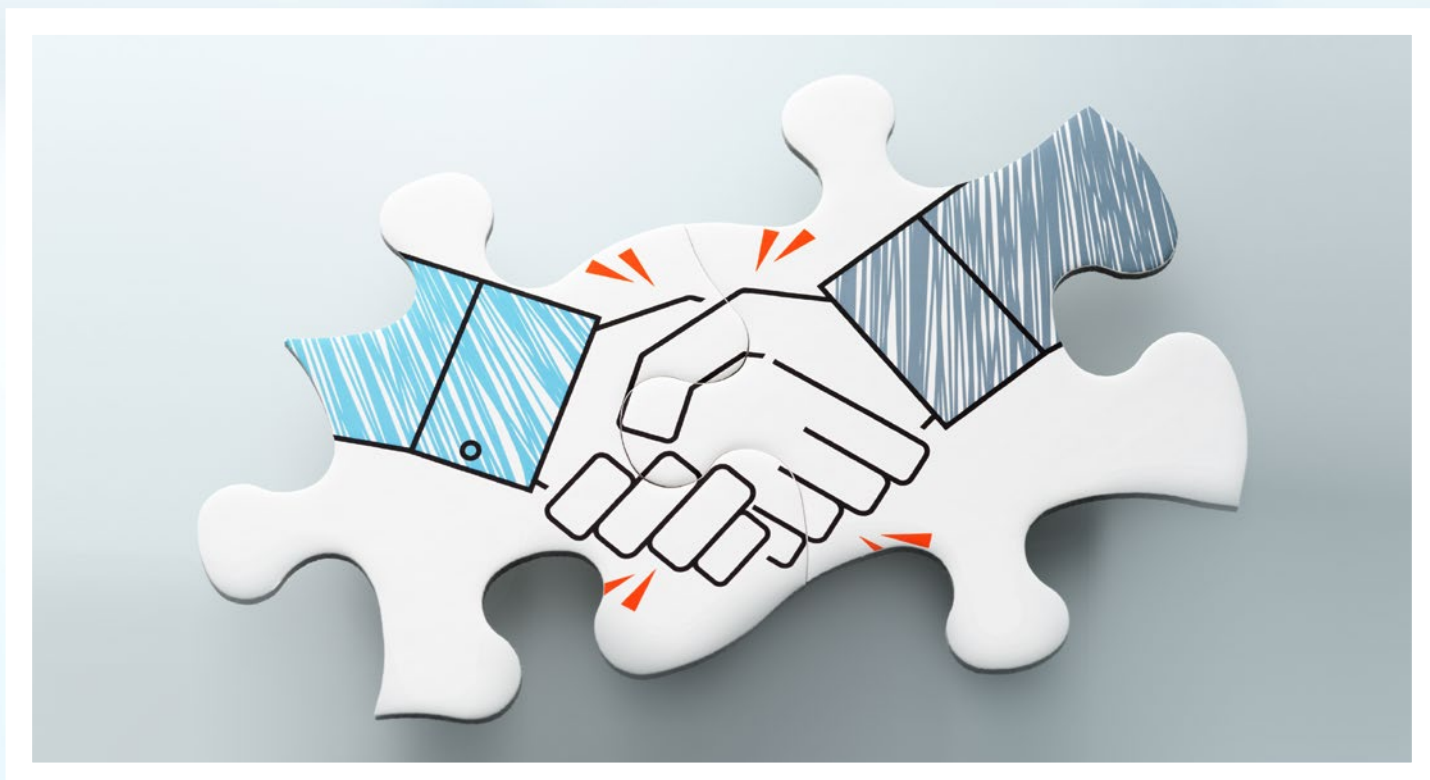
sitivamente. Mancherebbero, quindi, davvero pochissimi giorni al responso ed alla firma definitiva.

L'esito della certificazione sarà comunicato dalla Corte dei Conti all'ARAN, al Comitato di Settore (espressione delle Regioni) ed al Governo. Se la certificazione risulterà essere positiva, il presidente dell'ARAN sottoscriverà definitivamente il nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Sanitaria.

Ove la certificazione della Corte dei Conti fosse, per contro, negativa, le parti non potranno, ovviamente, sottoscrivere il CCNL ed il Presidente dell'ARAN, d'intesa con il Comitato di Settore, riaprirà la trattativa per giungere ad un'altra pre-intesa. Se però la certificazione negativa fosse limitata a singole clausole contrattuali, l'ipotesi potrebbe essere comunque definitivamente sottoscritta, ferma restando l'inefficacia delle clausole non positivamente certificate.

La firma della pre-intesa, quella per intenderci apposta il 24 luglio, non è di per sé vincolante. È aperta la possibilità di non confermare l'adesione alla stessa o, nel caso delle Organizzazioni che non abbiano sottoscritto il documento, di condividerne formalmente, in quella sede, i contenuti. L'ultimo passaggio, dopo la firma definitiva, è rappresentato dalla pubblicazione del CCNL 2016/2018 sul sito Istituzionale dell'ARAN: www.aranagenzia.it e, naturalmente, sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Dr Domenico Minniti
Commissione Nazionale Contratto AAROI-EMAC



“Prelievo sulle pensioni”: sollevata la questione dinanzi alla Corte Costituzionale

Con Ordinanza n. 6 pubblicata il 17 ottobre u.s., la Corte dei Conti, Sezione Giurisdizionale per il Friuli Venezia Giulia, ha sollevato la questione di costituzionalità delle disposizioni della Legge di bilancio per il 2019 che hanno determinato nuovamente il blocco della perequazione ed il prelievo straordinario sulle pensioni di importo medio-alto. In particolare sono stati rinviati alla Corte Costituzionale l'articolo 1, commi da 261 a 268 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Trattute) e l'articolo 1, comma 260 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (perequazione).

Pur non addentrandoci nel merito della ordinanza, in generale si può affermare che la Corte dei Conti ha rilevato che i provvedimenti legislativi in questione non rispettano i tre fondamentali principi posti dalla Corte Costituzionale in tema di previdenza: ragionevolezza, adeguatezza, affidamento.

In particolare nel provvedimento la Corte fa esplicito riferimento alla durata quinquennale che determinando “una decurtazione arbitrariamente durata costituisce un prelievo coattivo correlato ad uno specifico indice di capacità contributiva”; tra l'altro, prosegue la Corte tale prelievo “grava solo su specifiche categorie di pensionati” risultando “ingiustificatamente discriminatorio e non rispettoso dei canoni fondamentali di uguaglianza a parità di reddito e di universalità dell'imposizione”.

Conclusione cui si giunge anche in considerazione del fatto che il prelievo non è giustificato neppure da una “condizione di eccezionalità o da una specifica crisi del settore previdenziale”.

Lo stesso intervento sulla perequazione non risulta sorretto da “specifiche esigenze di contenimento

della spesa pubblica” non potendo definirsi “di natura transitoria”.

In generale viene riconosciuta la natura tributaria delle norme su prelievo e mancata perequazione.

Come a Voi noto l'AAROI-EMAC insieme alle altre sigle aderenti COSMED, si era fatta portavoce di tali istanze dando mandato ai propri legali di proporre alcuni ricorsi pilota, allo stato dell'arte, in itinere.

Nelle intenzioni dell'Associazione, (confermate dalle motivazioni della Corte dei Conti sopra descritte) non si trattava di tutelare i pensionati con trattamenti superiori a 100.000 euro lordi ma di difendere principi e diritti fondamentali di tutti i pensionati presenti e futuri, ritenendo incivile ed altresì eversivo emanare leggi retroattive. Penalizzare le pensioni dopo che sono state liquidate determina infatti solo incertezza e sfiducia nel sistema previdenziale. Del resto abbiamo sostenuto che i pensionati hanno sempre pagato e vogliono “indietro per quanto hanno pagato” secondo le leggi vigenti nel rispetto dei diritti acquisiti.

Infine il limite dei 100.000 euro rimette al legislatore pro tempore un limite discrezionale abbassabile a piacimento potenzialmente distruttivo del diritto alla pensione maturata.

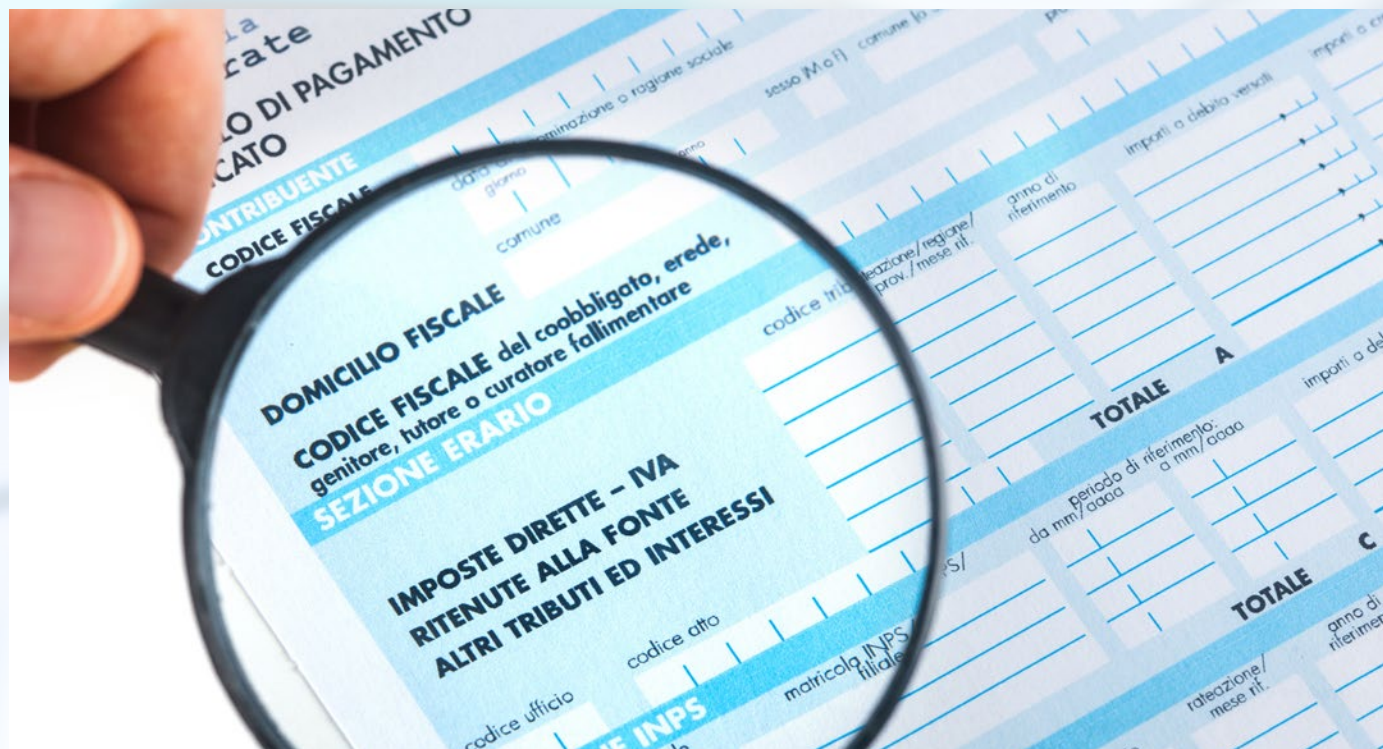
Vale la pena tuttavia chiarire fin da ora che la “rimessione del giudice a quo” (nella fattispecie la Corte dei Conti del Friuli) apre esclusivamente la porta ad un giudizio di costituzionalità.

La remissione alla Corte Costituzionale infatti rappresenta solo un “primo passo” importante: la Corte Costituzionale è stata investita della questione e di questo potranno avere giovamento non solo i ricorrenti di altri ricorsi, ma in caso di dichiarazione di illegittimità costituzionale anche tutti i destinatari della norma.

I prossimi giudici chiamati a decidere sulla medesima questione tenendo conto dell'ordinanza della Sezione giurisdizionale del Friuli Venezia Giulia-Trieste, potrebbero o rimettere con propria ordinanza alla Corte Costituzionale le questioni di costituzionalità sollevate nel ricorso AAROI-EMAC o sospendere il giudizio in attesa della decisione

della Consulta sulla questione di illegittimità costituzionale sollevata con l'ordinanza del giudice contabile di Trieste.

La prima decisione per i nostri associati dovrebbe arrivare per dicembre prossimo dinnanzi alla Corte dei Conti, Sezione Giurisdizionale per la Lombardia – Milano.



Obbligo pubblicazione dati su reddito e patrimonio Dipendenti Pubblici. COSMED ricorre al Tar contro Anac

Il Segretario Generale COSMED, Giorgio Cavallero, in una lettera a Quotidiano Sanità fa il punto della situazione sulla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei Dipendenti Pubblici. Di seguito il testo.

La COSMED ha impugnato dinanzi al Giudice amministrativo la delibera n. 586 del 26 giugno 2019 relativa alla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei dirigenti pubblici, adottata dall'ANAC a seguito della sentenza 21 febbraio 2019 n. 20, con cui la Corte costituzionale ha notevolmente circoscritto l'ambito applicativo dell'art. 14, comma 1, lett. f) del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33.

Quest'ultima disposizione, nella formulazione vigente prima della sentenza del Giudice delle leggi, imponeva alle pubbliche amministrazioni di pubblicare i dati patrimoniali e reddituali di tutti i propri dirigenti,

tra cui quelli relativi a redditi, diritti reali su beni immobili e mobili iscritti nei pubblici registri, azioni e quote di partecipazione in società.

La Corte Costituzionale ha censurato tale disposizione nella parte in cui poneva tale obbligo indiscriminatamente a carico di tutti i pubblici dirigenti, limitando l'applicazione degli obblighi di trasparenza ai soli titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, commi 3 e 4, del d.lgs. n. 165 del 2001, vale a dire di Segretario generale di Ministero e di direzione di uffici di livello generale.

La Corte Costituzionale ha poi rinviato al Legislatore il compito di individuare le eventuali altre categorie di dirigenti pubblici, a cui applicare gli obblighi di trasparenza in esame mediante un apposito e specifico intervento legislativo.

Ebbene, l'ANAC non ha atteso l'intervento del Legislatore e con la citata delibera ha autonomamente

esteso l'ambito soggettivo di applicazione della comunicazione e pubblicazione dei dati patrimoniali ad altre categorie di pubblici dipendenti, non menzionati nella sentenza della Corte costituzionale, tra i quali i direttori di dipartimento e di struttura complessa delle Aziende del S.s.n.

Tuttavia, la delibera dell'ANAC ha valore di mera circolare applicativa e non può integrare il contenuto precettivo dell'art. 14, comma 1 bis, D.lgs. 33/2013, come emendato dalla sentenza n. 20/2019 della Corte costituzionale.

Per di più, l'ANAC non ha tenuto nemmeno conto di un altro dato normativo fondamentale.

La valutazione sulle esigenze di trasparenza rispetto alla dirigenza sanitaria del S.s.n., ancor prima che dal Giudice delle leggi, è stata operata dallo stesso legislatore nell'art. 41, comma 3, D.lgs. 33/2013, il quale è espressamente dedicato a tale categoria dirigenziale rispetto alla quale prevede esclusivamente l'ostensione dei dati previsti dall'art. 15 del medesimo decreto (ossia "a) gli estremi dell'atto di confe-

rimento dell'incarico; b) il curriculum vitae; c) i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali; d) i compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di consulenza o di collaborazione, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato").

Tale disposizione esclude in radice che vi sia la necessità da parte dell'Anac di chiarire ed estendere la portata applicativa dell'art. 14, comma 1 bis, D.lgs. 33/2013 rispetto alla dirigenza sanitaria del S.s.n., per la quale esiste una specifica e diversa regolamentazione di legge.

Oltre alla richiesta, a nostro avviso, ancor più grave risulterebbe la pubblicazione di tali dati che oltre alla violazione della privacy potrebbero esporre gli interessati a rischi collegati alla divulgazione del proprio stato patrimoniale. A tal fine è stata inviata diffida.

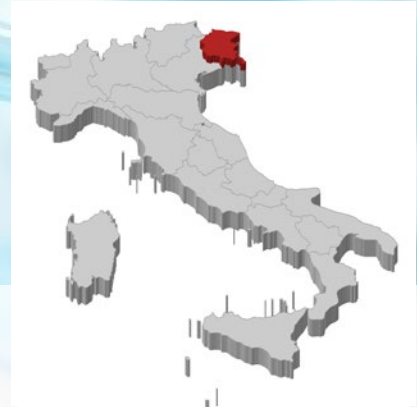
TAR LAZIO ANNULLA PUBBLICAZIONE DATI PATRIMONIALI**Grande soddisfazione COSMED che da anni contrasta la posizione dell'Anac in materia**

Il Tar Lazio con ordinanza del 21 novembre ha accolto l'istanza di sospensiva cautelare del provvedimento, sospendendo l'efficacia della delibera n. 775 del 2019 dell'Azienda Sanitaria di Matera, in cui si imponeva la pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti sanitari di struttura complessa. L'udienza di merito è fissata ad aprile 2020. Si legge nell'ordinanza che dalla deliberazione deriva il "pregiudizio immediato e irreparabile alla riservatezza".

Grande soddisfazione della COSMED, che da anni contrasta le deliberazioni dell'Anac relativamente alla pubblicazione dei dati che ledono il diritto alla riservatezza, discriminando i dipendenti pubblici dal resto dei lavoratori. I ricorrenti sono dei dirigenti sindacali della Confederazione.

"Auspichiamo interventi legislativi", commenta il Segretario Confederale, Giorgio Cavallero, "per superare definitivamente la questione, secondo il disposto della Corte Costituzionale. In numerose occasioni è stato ricordato come l'eccesso di burocratizzazione determina costi rilevanti per la pubblica amministrazione, nonché un grave rallentamento dell'iter amministrativo necessario per il funzionamento dei servizi pubblici che sottrae tempo alle attività professionali. L'ordinanza costituisce un precedente per tutte le Amministrazioni che rischiano, come denunciato da più parti, una paralisi dell'attività e un pericoloso atteggiamento difensivo che ritarda e complica qualunque processo decisionale".





AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia

Problematiche sistema Emergenza Urgenza FVG

Il Presidente AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia, Alberto Peratoner, ha inviato all'Assessore alla Salute della Regione FVG, Riccardo Riccardi, una Nota per denunciare "la pericolosa involuzione del sistema di emergenza territoriale regionale che richiede una forte presa di posizione ed un cambio di rotta".

Di seguito il testo:

Gentilissimo Assessore

il Friuli Venezia Giulia è stata una delle prime regioni in Italia ad istituire il Sistema 118 e fino a due anni fa poteva vantare di avere uno dei migliori e più efficienti sistemi italiani di emergenza territoriale, sistema benchmarking italiano. Dal 2017 con l'istituzione rocambolesca del sistema NUE112-SORES la regione FVG si è infilata in un lungo tunnel oscuro che l'ha portata oggi ad un sistema ancora incompiuto, fortemente deficitario, pericolosamente lacunoso e soprattutto sfiduciato oltre che dagli utenti, sempre più dagli operatori stessi. Siamo di fronte ad una pericolosa involuzione del sistema di emergenza territoriale regionale che richiede una forte presa di posizione ed un netto cambio di rotta.

Alla luce quindi dell'escalation di gravissime criticità e lacune nella gestione della SORES, già da tempo note a tutti in regione, ed accentuatesi negli ultimi giorni, AAROI EMAC FVG, fino ad ora rimasta attento osservatore esterno, desidera esprimere la fortissima preoccupazione e denunciare una situazione non più sostenibile per i professionisti che operano quotidianamente nell'ambito dell'emergenza sanitaria territoriale.

Chi amministra ed ha amministrato, diretto e "commissariato" questo sistema ha sempre ritenuto di essere sopra le parti, ha sempre detto di conoscere le giuste soluzioni, ha sempre calato dall'alto decisioni, percorsi e processi senza coinvolgere minimamente le centinaia di professionisti dei territori, senza ascoltare i tecnici e chi l'emergenza la fa ogni giorno sul campo, creando di fatto una gestione frammentata, non omogenea, deficitaria, non efficiente e creando una netta frattura e scollatura tra il personale di SORES ed il personale dei territori. È ovvio quindi che questi amministratori si ritrovino oggi a dover affrontare una sfiducia globale verso il sistema, condivisibili ribellioni interne di professionisti esausti e demotivati e pericolose richieste di trasferimento in massa. Ed offensivo appare oggi da parte di amministratori incapaci di gestire risorse e personale, incapaci di programmare e prevedere, incapaci di dare risposte concrete a problemi, la pretesa di ricevere aiuto da parte dei professionisti delle altre aziende, quegli stessi professionisti che in questi due anni non sono stati mai coinvolti, mai incentivati, mai valorizzati.

Risulta inaccettabile poi che a pagare l'inefficienza di un sistema e di un modello fallimentare voluto dalla precedente giunta regionale e perpetuato e strenuamente difeso dall'attuale giunta sia una sola persona, che sicuramente ha le sue responsabilità ma non è assolutamente l'unico, come risulta inaccettabile che trovato il capro espiatorio, chi sopra ed accanto a lui ha governato questo sistema, oggi continui a sedere al suo posto senza dare risposte nè giustificazioni di questo fallimento.

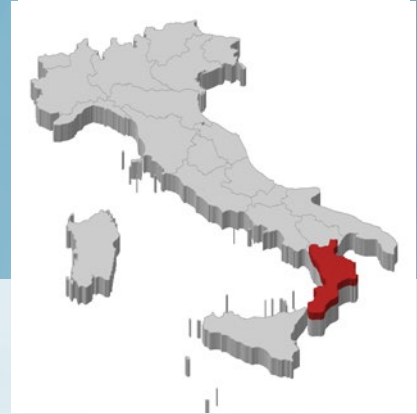
Riteniamo inoltre alquanto disdicevole e discutibile che a chiedere la testa del responsabile sia stato un sindacato infermieristico di categoria che con tutto il rispetto che nutriamo per la categoria, è stato proprio quel sindacato che con lei Assessore "andava a braccetto" adoperandosi palesemente per procurare riconoscimenti e risorse aggiuntive dedicate solamente agli infermieri SORES mentre tutti gli altri infermieri della regione annaspavano tra carenze di organico, straordinari e lavoro usurante, quello stesso sindacato che negli ultimi mesi era stranamente sparito dalle cronache mentre i problemi degli operatori di SORES peggioravano. Le responsabilità del fallimento di SORES sono molteplici ed anche la parte infermieristica dovrebbe assumersi coerentemente le sue.

Se le soluzioni oggi di questi "guru dell'emergenza" e collaboratori sono, creare un dipartimento interaziendale fantasma senza capo nè coda con il solo fine di obbligare poi gli infermieri della periferia a lavorare contro voglia in SORES o commissionare ad agenzie per il lavoro interinale, bandi per infermieri a tempo determinato ad esclusiva "mansione di back office e smistamento ambulanze tramite centralino", allora significa che siamo proprio al capolinea e forse parafrasando una frase tanto a lei cara, "solo i paracarri non cambiano idea" è venuta l'ora, Assessore di dimostrare che non siete dei paracarri.

AARO-EMAC FVG rinnova la propria disponibilità a dare un contributo migliorativo basato su una revisione globale del sistema e non su inutili manovre palliative temporanee.

*Dr Alberto Peratoner
Presidente Regionale AARO EMAC FVG*





AAROI-EMAC Calabria

L'Asp di Crotona e il viaggio nella sanità calabrese

Prosegue il viaggio nella sanità calabrese del Dr Domenico Minniti, Presidente AAROI EMAC Calabria. Dopo l'ASP di Cosenza, il punto della situazione sulle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione dell'ASP di Crotona. Di seguito il testo pubblicato su Quotidiano Sanità.

“Proseguendo il viaggio iniziato qualche tempo fa nella sanità calabrese, relativamente alle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione ed alle attività che sono proprie, direttamente o indirettamente, degli specialisti di questa disciplina, continuiamo a sbirciare ciò che accade nelle altre Aziende Sanitarie Provinciali, facendo tappa a Crotona.

L'ospedale S. Giovanni di Dio della città pitagorica ha un bacino d'utenza nominale di 175.000 abitanti circa. Qui tiriamo un mezzo sospiro di sollievo essendo, questa, una struttura che riesce a garantire, non senza difficoltà, una sufficiente risposta all'emergenza/urgenza. Sono regolarmente presenti ed operanti le Unità di supporto a questa delicata funzione degli ospedali per acuti, in particolar modo la diagnostica per immagini, il laboratorio d'analisi ed il centro trasfusionale.

Non mancano però alcune criticità.

Esiste, ad esempio, un blocco parto nel cui contesto non è attiva (ovvero è presente ma inspiegabilmente non ancora in funzione) la relativa operating room. Si tratta di un insidioso punto di debolezza, dato che la vigente normativa (1) prevede che quest'ultima debba essere adiacente alle sale travaglio/parto del blocco stesso.

L'indicazione a questo tipo di allocazione trova il suo rationale strategico nella necessità di poter immediatamente convertire il parto vaginale in taglio cesareo di emergenza ove le indicazioni cliniche lo impongano, al fine di fronteggiare, nel più breve tempo possibile, eventuali gravi complicazioni per la mamma, per il nascituro o, peggio, per entrambi.

In attesa che ne sia implementato il suo corretto utilizzo, attualmente la sala operatoria si trova al piano inferiore. Sicuramente organizzazione da migliorare in uno Spoke da circa centoventi nascite al mese.

Un'altra criticità è rappresentata dal sottodimensionamento della Terapia Intensiva: in assenza di un preciso standard, utilizzeremo il dato medio nazionale che è di otto posti letto di Rianimazione ogni 100.000 abitanti. L'ospedale di Crotona ne ha strutturati solo quattro. Non ne pretenderemmo certo i quattordici necessari per poter essere in linea col resto del Paese, ma sarebbe auspicabile almeno il raddoppio del numero degli esistenti. E ciò per non congestionare le terapie intensive degli Hub vicini una volta saturata la propria ricettività, oltre che per garantire una miglior assistenza ai pazienti critici, contenendo i sovraffollamenti di questi reparti.

Sovraffollamenti che, nelle terapie intensive, soprattutto se associati alla ridotta disponibilità di personale infermieristico, facilitano la propagazione di germi multi-resistenti nei pazienti critici cui consegue inevitabilmente un feed back negativo sugli outcome clinici, ma anche, cosa non di poco conto, sul turn over dei posti letto e sui costi delle cure.

Ed infine, la nota dolente: il numero di Specialisti in Anestesia e Rianimazione, anche qui, ahimè, del tutto insufficiente a far fronte alle richieste di salute del Marchesato.

Tredici medici in tutto, sei dei quali quotidianamente impegnati nei turni di guardia di sala operatoria e di rianimazione ed i rimanenti sette a garantire l'offerta chirurgica di elezione, l'assistenza in area N.O.R.A., la terapia del dolore e le emergenze intraospedaliere. Il tutto facendo miracoli, accumulando ore eccedenti il

dovuto contrattuale, collezionando ferie non godute.

E questo anche perché cinque professionisti hanno lasciato ultimamente la struttura per sopraggiunti limiti d'età o perché trasferitisi altrove, senza che sia stato possibile garantirne la sostituzione.

A tal proposito, abbiamo trovato decisamente interessante l'analisi del Consigliere Regionale Giuseppe Pedà della III Commissione – Sanità, pubblicata qualche settimana orsono sui media, che ricorda la nostra proposta di rendere maggiormente attrattiva per i giovani medici, la specializzazione in Anestesia e Rianimazione attraverso diverse forme di incentivazione e non solo economica, a tutto vantaggio dell'offerta sanitaria calabrese e quindi dei nostri pazienti. Se fossero rose, al di là delle spine, potrebbero anche fiorire...
To be continued...

Dr Domenico Minniti

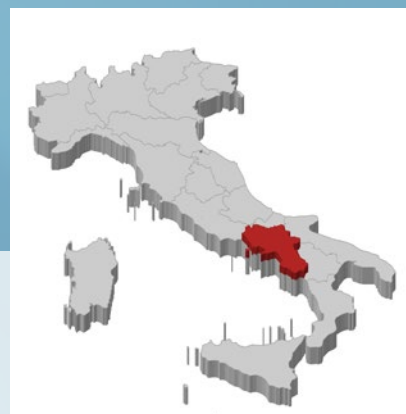
Presidente Sezione Calabria AAROI EMAC

Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza ed Area Critica

(1) DPR 14 gennaio 1997; ISPESL Linee Guida per gli interventi di prevenzione relativi alla sicurezza e all'igiene del lavoro nel "Blocco Parto"; Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010.

Leggi online la terza puntata del viaggio del Dr Minniti nella sanità calabrese con tappa, questa volta, nella ASP di Vibo Valentia.

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=79082



AAROI-EMAC Campania

Galano, Presidente AAROI-EMAC Campania, nominato Referente Regionale (RSR) per le maxiemergenze

Il Dottor Giuseppe Galano, responsabile della Centrale Operativa 118 dell'Asl Napoli 1 Centro e Presidente AAROI-EMAC Campania, è stato nominato dal Presidente della Giunta Regionale, Referente Regionale (RSR) per le maxiemergenze. Nella sua nuova funzione di RSR, come da Direttiva n. 24 della PDCM, Dipartimento Protezione Civile, dovrà garantire tra l'altro il coordinamento e l'integrazione del Servizio Sanitario Regionale campano all'interno del Sistema di Protezione Civile Regionale e Nazionale per le Emergenze.



Centro
AAROI-EMAC
SIMULEARN®

IL CALENDARIO DEL I SEMESTRE 2020

È online il calendario del primo semestre 2020 dei corsi di Simulazione Medica Avanzata del Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna.

La priorità nelle iscrizioni è riservata agli Iscritti all'AAROI-EMAC da almeno un anno. È, inoltre, previsto il pagamento di una quota di partecipazione alle spese. Tale quota è diversificata in base alla tipologia dei Corsi e ai loro costi sostenuti dall'AAROI-EMAC.

CALENDARIO CORSI BASE DI SIMULAZIONE

C1_C.O.M.E (Coordinamento Ospedaliero Maxi Emergenza)

Mercoledì 26 / Giovedì 27 Febbraio 2020

E1_Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 17 / Martedì 18 Febbraio 2020

Lunedì 2 / Martedì 3 Marzo 2020

Lunedì 6 / Martedì 7 Aprile 2020

Lunedì 25 / Martedì 26 Maggio 2020

E3_Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 22 / Giovedì 23 Gennaio 2020

Lunedì 10 / Martedì 11 Febbraio 2020

Lunedì 20 / Martedì 21 Aprile 2020

S3_L'Uso Globale dell'Ecografo negli Accessi Vascolari con Sistemi di Simulazione

Lunedì 24 / Martedì 25 Febbraio 2020

Mercoledì 15 / Giovedì 16 Aprile 2020

O1_Simulazione Medica Avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia

Lunedì 27 / Martedì 28 Gennaio 2020

Mercoledì 13 / Giovedì 14 Maggio 2020

R1_L'ARDS: dalla Teoria alla Pratica Clinica

Mercoledì 12 / Giovedì 13 Febbraio 2020

Mercoledì 10 / Giovedì 11 Giugno 2020

S1_Corso base di Gestione delle Aritmie Cardiache durante l'Intervento Chirurgico con sistemi di simulazione

Mercoledì 19 / Giovedì 20 Febbraio 2020

T1_Sicurezza del Trasporto del Paziente Critico (SiTraPaC)

Mercoledì 27 / Giovedì 28 Maggio 2020

CALENDARIO CORSI AVANZATI DI SIMULAZIONE

E5_ Il Ruolo dell'Ecografia nell'ACLS - Corso Avanzato con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 4 / Giovedì 5 Marzo 2020

A1_Corso ACLS

"Advanced Cardiovascular Life Support – Crisis Resources Management"

Mercoledì 5 / Giovedì 6 Febbraio 2020

Mercoledì 25 / Giovedì 26 Marzo 2020

Lunedì 27 / Martedì 28 Aprile 2020

Lunedì 18 / Martedì 19 Maggio 2020

Lunedì 15 / Martedì 16 Giugno 2020

A2_PALS (Pediatric Advanced Life Support)

Lunedì 13 / Martedì 14 Gennaio 2020

Mercoledì 11 / Giovedì 12 Marzo 2020

Lunedì 4 / Martedì 5 Maggio 2020

E2_Corso Avanzato di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 20 / Martedì 21 Gennaio 2020

Lunedì 3 / Martedì 4 Febbraio 2020

Lunedì 23 / Martedì 24 Marzo 2020

Lunedì 11 / Martedì 12 Maggio 2020

E4_Corso Avanzato di Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 22 / Giovedì 23 Aprile 2020

Lunedì 8 / Martedì 9 Giugno 2020

O2_Corso Avanzato di Simulazione per l'Emergenza in Ostetricia e Rianimazione Neonatale

Lunedì 9 / Martedì 10 Marzo 2019





Intensive App



Rubrica a cura di
Dr Pasquale Raimondo
Anesthesiologist and Intensivist
Department of Anesthesia and Intensive Care Unit
Policlinico di Bari (Italy)

I Big Data in terapia intensiva: una rivoluzione vicina

Sempre più spesso sentiamo parlare di “Big Data” e “Machine Learning”, ma se da un lato si vive questi concetti come un orizzonte ancora futuristico per la nostra professione, dall’altro s’intravede in essi una concreta chiave di volta nella disamina dell’immane quantità di dati prodotti durante la nostra pratica clinica quotidiana.

A fornirci un’interessante visione del tema ed un’approfondita analisi di questo argomento sono il Dr **Massimiliano Greco** del Dipartimento di Anestesia e Terapia Intensiva, Humanitas Research Hospital e il Prof **Maurizio Cecconi**, Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione, Humanitas University:

“La Medicina basata sulle prove di evidenza, Evidence Based Medicine, è stata fino ad oggi il riferimento per la medicina moderna: gli studi clinici randomizzati e multicentrici sono infatti il livello più alto nella scala dell’evidenza medica. Questi studi hanno però costi molto elevati e sono necessari diversi anni per la loro realizzazione. Per questo motivo il numero di studi randomizzati disponibili è molto inferiore a quello che sarebbe utile per guidare in base all’evidenza tutta la pratica clinica. È stato stimato che solo il 10-20% delle

attività mediche è basato su prove di efficacia, e questo dato è persino inferiore nel campo della rianimazione dove, per via della complessità della popolazione in studio, gran parte degli studi clinici randomizzati ha prodotto un risultato negativo, ovvero non ha dimostrato una efficacia del trattamento. Spesso questo accade perché non è possibile controllare tutti i fattori confondenti né identificare a priori adeguatamente la sottopopolazione di pazienti critici che si gioverebbe del trattamento: purtroppo così vengono vanificati grandi sforzi e finanziamenti importanti. Sarebbe inoltre impossibile condurre uno studio randomizzato per ogni sottinsieme di paziente.

Una possibile soluzione arriva dal mondo dei big data. In medicina, i big data sono l’enorme quantità di dati prodotti dall’attività clinica e diagnostica e che solo recentemente ha iniziato a essere registrata nelle cartelle cliniche informatizzate. In altri ambiti, i big data circondano ogni aspetto della nostra vita: basti pensare ai dati prodotti dalla nostra interazione con i servizi web (Google, o Facebook), agli acquisti online, oppure ai dati telefonici.

Grazie alla diffusione delle cartelle cliniche informatizzate, ogni giorno viene registrata una

miniera di informazioni, che inizia ad essere esplorata solo recentemente. Si tratta di dati ben diversi, per dettaglio e complessità, rispetto a quelli contenuti nei classici registri prospettici o retrospettivi costruiti ad hoc. La quantità e la risoluzione delle informazioni contenute nella cartella informatizzata è infatti molto più elevata: si tratta cioè della stessa densità di informazioni che il medico riceve durante la sua pratica quotidiana, ed è la prima volta nella storia della medicina in cui informazioni così complesse e dettagliate vengono registrate.

Tra i vari reparti, l'anestesia e la rianimazione sono l'ambito ospedaliero in cui viene generato il maggior numero di dati. Basta ricordare quanti sono i dati prodotti in tempo reale dalle curve dei monitor in terapia intensiva 24 ore su 24: monitoraggio ECG, pressione arteriosa invasiva, pulsiossimetria, pressione polmonare, le curve di flusso e pressione del ventilatore, eccetera. In maniera analoga, il monitoraggio in sala operatoria consente di tracciare ad altissima risoluzione i dati di ventilazione e i dati emodinamici. Esplorare questi dati e vedere come si associano a farmaci ed eventi clinici offre una opportunità senza precedenti per studiare fattori di rischio e strategie terapeutiche con potenza elevata.

Per analizzare questa mole di dati le tecniche statistiche standard, dalla statistica descrittiva ai modelli di regressione classici, non sono una strategia efficace. Si sono perciò diffuse, nell'analisi dei big data, le tecniche di machine learning, che sono più rapide e maneggevoli. Mentre nella statistica classica il ricercatore costruisce passo dopo passo un modello che consenta di studiare l'associazione tra i dati (ad esempio per valutare in che modo l'uso del farmaco X sia associato alla sopravvivenza, controllando per i fattori confondenti scelti dal ricercatore), nei modelli di machine learning il sistema è in grado di costruire e di migliorare in autonomia un modello predittivo, è in grado cioè di auto-apprendere, a volte raggiungendo risultati sorprendenti. È famoso il caso di un algoritmo di machine learning che, recentemente, è stato in grado di identificare il sesso di una persona guardando le sole immagini retiniche, identificando così una associazione che è impossibile notare per un occhio umano. È proprio dall'analisi delle immagini (radiologiche e di anatomia patologica) che si sono sviluppati i primi modelli di machine learning in medicina, che in alcuni casi hanno superato la performance dell'occhio umano, ad esempio nel riconoscere noduli polmonari millimetrici alla TAC polmonare.

Tralasciando l'analisi delle immagini, l'ambito clinico dove il machine learning è più promettente è proprio la terapia intensiva, per la quantità di dati generati. Uno dei più noti database clinici per machine learning è infatti MIMIC-III, un



database costruito usando i dati anonimizzati di pazienti ricoverati nei reparti intensivi di un ospedale americano. In MIMIC-III sono raccolti tutti i dati demografici, i parametri vitali, gli esami di laboratorio, le procedure, i farmaci, le note cliniche, i referti radiologici e interventistici, e gli outcomes dei pazienti. Sul database MIMIC-III sono state effettuate migliaia di analisi usando molteplici tecniche di machine learning, che hanno portato alla scoperta di nuovi fattori di rischio, allo sviluppo di modelli predittivi e alla pubblicazione di centinaia di articoli su riviste scientifiche.

L'applicazione crescente del machine learning alla terapia intensiva e alla sala operatoria porterà una rivoluzione nell'attività clinica. Ad esempio potrebbe essere possibile predire un arresto cardiaco in un paziente minuti o ore prima che si verifichi, incrociando i dati vitali e laboratoristici attuali del paziente con quelli di pazienti già registrati che hanno avuto un pattern di dati simile. Una delle conseguenze più promettenti del machine learning è infatti lo sviluppo di sistemi di Alert Clinici Precoci, basati su modelli che hanno il vantaggio di adattarsi automaticamente e rapidamente alla realtà locale, raggiungendo sensibilità e specificità più alte dei modelli attualmente in uso, e che di conseguenza saranno così più utili per i clinici e più sicuri per i pazienti.

Perché i pazienti possano davvero giovare dei big data, è necessario guardare al futuro sviluppando un'integrazione tra le cartelle cliniche informatizzate di reparti e di ospedali diversi. Se già l'utilizzo dei dati di un solo reparto in un solo centro ha prodotto innovazioni scientifiche importanti, come nel caso di MIMIC-III, possiamo immaginare cosa comporti lo studio dei dati dei reparti di terapia intensiva di centinaia di ospedali: sarebbe possibile condurre

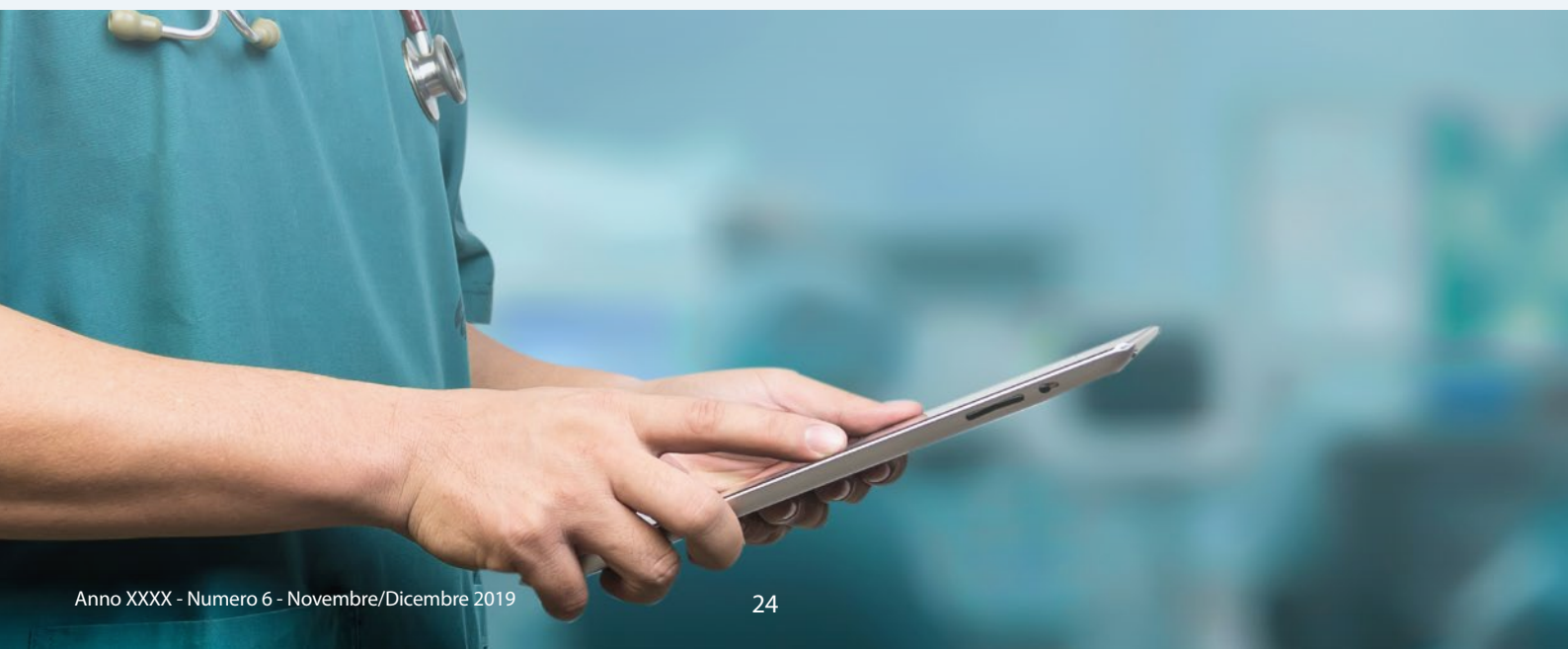


I big data e il machine learning promettono quindi di essere una sostanziale innovazione nell'ambito della ricerca clinica, e l'anestesia e la rianimazione saranno i primi reparti clinici a sperimentare questa rivoluzione. Possiamo immaginare un futuro non lontano dove parte della nostra pratica clinica verrà supportata e modificata dalla diffusione di questa tecnologia. Gli algoritmi non sostituiranno né potranno sostituire i medici al letto del paziente, ma renderanno più sicura e più semplice l'attività clinica quotidiana, facilitando il confronto tra i centri e la ricerca scientifica, e migliorando così il processo di cura dei pazienti".

La rivoluzione dettata dall'analisi critica dei Big Data rappresenta quindi una bella sfida per noi anestesisti rianimatori, da sempre in prima linea nel testare in prima battuta il futuro dell'arte medica.

analisi sempre più precise e con potenza molto elevata con cui verificare in breve tempo ipotesi cliniche e validità dei trattamenti. I big data hanno poi alcuni vantaggi innegabili: la sicurezza dei pazienti (nessuna esposizione a tecniche sperimentali), i costi molto inferiori rispetto a quelli di uno studio randomizzato e di un registro prospettico, l'applicabilità a tutti i pazienti e la validità esterna dei risultati, e la possibilità di condurre studi sia a livello locale che internazionale con una ricaduta rapida (in termini di settimane, non di anni) sulla pratica clinica.

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





I medici e il digitale: perché serve conoscere il web

Provate a inserire nella stringa di ricerca di Google il vostro nome e cognome. Quali sono i risultati della prima pagina? Può esserci il vostro curriculum, un profilo social, un articolo che vi riguarda direttamente o meno.

Potreste trovare anche qualcosa che non vi fa piacere. Una recensione negativa su un social network, o un contenuto su un blog che parla male di voi o del vostro lavoro.

Cosa fare? Esiste un modo per controllare i risultati delle ricerche che vi riguardano? Più in generale, come è cambiato il modo in cui le persone si rivolgono ai medici, dopo una ricerca sul web?

Le decisioni degli algoritmi.

Per la risposta a questi interrogativi portate un po' di pazienza, facciamo prima un passo indietro. Google e Facebook sono diventati spazi e strumenti sempre più centrali nelle vite di ciascuno di noi. Li usiamo per cercare ristoranti, suggerimenti di ricette, viaggi, per restare in contatto con amici e parenti. Li utilizziamo addirittura per cercare i sintomi di potenziali patologie da cui potremmo essere affetti o per confrontarci con altre persone affette dalla nostra stessa malattia.

A Google e Facebook affidiamo le nostre emozioni e le nostre decisioni. Ma siamo sicuri di sapere come

funzionano?

Immaginate tutte le pagine web del mondo e tutti i pensieri degli esseri umani. Google e Facebook organizzano questi contenuti, ordinandoli sulla base della rilevanza per l'utente. A 'occuparsi' di questo compito sono algoritmi molto sofisticati che, sulla base di un'analisi dei contenuti, delle preferenze e delle esperienze di navigazione dell'utente, ordinano i contenuti.

Facciamo un esempio pratico. Google scansiona in maniera costante tutta Internet e archivia le informazioni sulla base di parole chiave. Per 'anestesista rianimatore', esistono 87.300 pagine web. Tuttavia, nella prima pagina di ricerca ce ne sono solo 10. La selezione di questi primi 10 risultati è il lavoro più rilevante e visibile dell'algoritmo. Dietro c'è molto altro: ogni mese oltre 170 persone cercano le parole chiave "anestesista rianimatore" e il picco delle ricerche, su base annua, cade nel mese di giugno, e le ulteriori chiavi di ricerca associate sono "anestesista rianimatore stipendio" oppure "diventare anestesista".

Torniamo alla nostra ricerca iniziale, quella per nome e cognome. La decisione, insomma, di mettere in prima pagina di Google un articolo piuttosto che un altro è quindi di un algoritmo - segreto - di proprietà di un'azienda che ha sede a Mountain View, California. Una decisione di Google rispetto alla quale l'essere umano può fare poco. Non nulla, ma poco.

Come cambia il lavoro del medico.

Siamo abituati a considerare il web come responsabile del cambiamento radicale di molte professioni. Pensiamo agli agenti di viaggio, superati dai servizi online che permettono di prenotare alberghi e aerei o ai giornalisti, messi in crisi dalla gratuità delle notizie su Internet.

Questo fenomeno si chiama disintermediazione. È quel processo di perdita di centralità da parte dei mediatori professionali, causato dalla disponibilità di informazioni direttamente sul web. In altre parole, i servizi di prenotazione online di aerei e hotel permettono di superare la figura dell'agente di viaggio, che viene così disintermediato.

Quando si elencano le professioni vittime di questo processo, ci si dimentica spesso dei medici. Il web ha cambiato radicalmente il modo in cui le persone ottengono informazioni sulla salute, sugli ospedali e sui medici. Il motore di ricerca è diventato un motore di risposta: le persone chiedono all'algoritmo come se avessero di fronte una persona.

Secondo dati del Censis, 9 italiani su 10 hanno cercato, nel corso del 2018, informazioni a tema salute su Google e sono stati vittime di fake news. Un'abitudine che ha conseguenze concrete sulla professione e sulla salute pubblica: pensate solo al calo drastico della copertura vaccinale che ha condotto alla necessaria approvazione della legge sull'obbligatorietà. Il medico è una second opinion di un algoritmo e sembra un processo inarrestabile. Tuttavia non è così.

Per vivere bene nell'ecosistema sistema digitale, come professionisti e come cittadini, serve consapevolezza. Conoscere i meccanismi che sono alla base del funzionamento di Google permette di capire quali sono i margini di manovra e i limiti entro i quali muoversi. È per questo che avere un'alfabetizzazione digitale di base può aiutare concretamente i medici.

Come orientarsi? Al centro di tutto c'è la necessità, per i professionisti della salute, di riacquistare il ruolo di mediatori. Che oggi significa mediare tra il bisogno di cure e informazioni dei pazienti e dei loro familiari e l'offerta - senza filtri, senza garanzie, senza accuratezza - che il motore di ricerca propone. Il medico deve tornare a mediare, a essere centrale in una relazione in cui si è aggiunto il motore di ricerca come convitato di pietra... Occorre un'alfabetizzazione minima per comprendere come funziona il web, cosa sono i social network e come le notizie (false o vere che siano) si diffondono in rete. Serve anche capire in che modo controllare la propria reputazione online, sia in condizioni normali sia in situazioni di emergenza.

Ed è necessario, infine, avere chiari quali sono, per un medico, gli spazi da presidiare e in che modo gestire la propria presenza in rete. Per tornare a essere protagonisti, oltre gli algoritmi.

Nicola Zamperini
Giornalista,
autore di Manuale di Disobbedienza Digitale
Francesco Marino
Giornalista

IL CORSO AAROI-EMAC

Dal 2018, AAROI-EMAC mette a disposizione dei suoi iscritti un corso tenuto da Nicola Zamperini e Francesco Marino, che dal 2020 si chiamerà 'Come difendersi dalla rete? I medici e il digitale'. Il corso ha l'obiettivo di fornire un set di competenze minime per orientarsi all'interno di una professione e di un mondo in continua evoluzione.

Il corso parte dalla simulazione di un evento. Un medico incorre in un'inchiesta e la sua reputazione sul web viene inquinata da una serie di articoli visibili su Google e dai post che compaiono sui social network.

L'obiettivo è offrire risposte pratiche e dare un contesto per comprendere al meglio le recenti evoluzioni tecnologiche e le loro conseguenze sociali.

Nella sua seconda giornata, il corso passa alla pratica. Come si controlla la propria reputazione online? In circa 6 ore di lezione interattiva, vengono forniti strumenti strategici e pratici per gestire al meglio gli spazi digitali e il rapporto medico-paziente.

Speciale previdenza

A cura di
Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

PENSIONI

CE

MRC

M-

M+

8

9

%

√

5

6

x

÷

3

La difficile conciliazione vita privata e lavoro medico delle donne

La presenza femminile inizia lentamente a coinvolgere anche quelle branche specialistiche storicamente appannaggio dell'universo maschile (neurochirurgia e cardiocirurgia), ma è ancora lunga la strada delle pari opportunità nei posti di potere.

Infatti, le donne che ricoprono incarichi di direttore di struttura complessa sono il 14 % (1.272 vs 10.154 uomini) e le donne al comando di una struttura semplice sono 5.267, contro 18.472 uomini (il 28 %). Solo il 9% dei Direttori Generali è donna (25 donne contro 273 uomini) e anche raggruppando insieme direttore generale, sanitario, amministrativo e dei servizi sociali non si arriva al 18 % delle presenze rosa. Eppure le premesse per la valorizzazione delle donne nell'ambito medico sembrano buone, molto buone: "La donna ha l'istituto, ha l'arte del medicare, anche quando non ha la scienza; ma questa potendosi avere da ogni cervello sano, ne viene che essa costituisce il medico perfetto; mancando spesso nell'uomo l'arte, spessissimo il cuore".

Così il famoso medico igienista Paolo Mantegazza delineava chiaramente il concetto che aveva della donna medico nel 1883, lo stesso periodo in cui si è laureata proprio in Medicina e Chirurgia la prima donna in Italia: Ernestina Paper.

Ma un altro dato ci deve fare riflettere sulla condizione della donna medico: il 30% delle donne che ricoprono un ruolo importante e di rilievo è single o separata (contro il 10 % degli uomini) e una donna medico su tre non ha figli, mentre per gli uomini la percentuale si abbassa a circa uno su cinque (13 %).

Le cause? Nulla di nuovo purtroppo. Infatti per molti lavoratori ma ancor di più per molte lavoratrici, la cura dei figli resta sempre più difficile da conciliare con l'attività professionale, ponendo talvolta davanti a scelte complicate.

Negli ultimi mesi, diverse ricerche hanno comprensibilmente sollevato l'attenzione sulla "questione demografica" che sta affliggendo il nostro Paese, dove si vive sempre più a lungo ma nel quale le nascite sono in costante diminuzione, tanto che nel corso del 2018 la differenza tra nati e morti è stata negativa per circa 193mila unità. Due tendenze che, proprio perché combinate tra loro, non possono che obbligare a riflessioni su presente e futuro del sistema di welfare, pubblico ed integrato, italiano. La natalità in calo non può che indurre a (ri)considerare politiche e strumenti attualmente previsti dal nostro ordinamento a favore della genitorialità.

Uno dei nodi centrali è senza ombra di dubbio quello della conciliazione vita-lavoro, tema recentemente posto al centro di una direttiva europea volta a incentivare le politiche in materia di equilibrio tra attività professionale e vita familiare.

Un tema che di per sé non dovrebbe conoscere genere ma che, anche per ragioni storiche e culturali, si tinge inevitabilmente di "rosa" quando si guarda ai numeri. Nel

2018, più di una donna su 10 ha rinunciato a lavorare per dare la priorità a responsabilità di natura familiare. L'ultima Relazione annuale sulle convalide delle dimissioni e risoluzioni consensuali della lavoratrici madri e dei lavoratori padri a cura dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro, sempre con riferimento allo scorso anno, evidenzia come la motivazione più citata al momento della fase di convalida sia stata proprio l'incompatibilità tra l'occupazione lavorativa e le esigenze di cura della prole: delle 56.636 motivazioni adottate oltre 20mila - pari al 36% del totale - sono di fatto riconducibili al mancato raggiungimento del work-life balance. Nel dettaglio, è stata citata oltre 15.000 volte tra le motivazioni (circa il 27 % del totale) l'assenza di parenti con funzione di supporto, quasi 4mila volte - vale a dire il 7 % del totale - l'elevata incidenza dei costi di assistenza al neonato (asilo nido, baby-sitter, etc) e, infine, 920 motivazioni (pari a circa il 2 %) fanno riferimento al mancato accoglimento al nido.

Un'ulteriore controprova è offerta da un'interessante ricerca di Fondazione Openpolis, che sottolinea l'esistenza di una chiara relazione tra la partecipazione delle donne al mercato del lavoro e l'estensione dei servizi per la prima infanzia. Nelle 4 regioni italiane (Valle d'Aosta, Umbria, Emilia-Romagna e Toscana) in cui la presenza di asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia supera il 33% - obiettivo fissato nel 2002 dal Consiglio europeo a Barcellona - il tasso di occupazione femminile supera il 60%. Al contrario, le regioni con meno occupate, Campania, Sicilia, Calabria e Puglia, sono anche quelle con meno asili.

Ora, secondo gli ultimi dati Istat riferiti all'anno scolastico 2016/2017, sul territorio nazionale sono presenti 13.147 servizi socio-educativi per l'infanzia, la maggior parte dei quali asili nido (nidi, micronidi, nidi aziendali e sezioni primavera delle scuole d'infanzia adibite all'accoglienza dei bambini di età compresa tra i 24 e i 36 mesi). I posti autorizzati al funzionamento sono invece circa 354mila, poco più della metà dei quali pubblici (il 52 %). Il restante 48 % è invece riconducibile a iniziative private. In rapporto alla popolazione target, la dotazione complessiva è al di sotto del 33 % fissato dall'Unione europea.

Utile è quindi l'intervento integrativo del così detto "Secondo Welfare".

Circa 220 sono i nidi aziendali oggi presenti sul territorio italiano. Per lo più come forma di welfare aziendale spesso ad appannaggio dei figli dei dipendenti impiegati da grandi aziende. Mentre, con l'intento di farsi portatrici di una moderna visione di welfare strategico, anche le Casse previdenziali dei liberi professionisti stanno sviluppando misure e soluzioni volte a sostenere la professione con un occhio di riguardo nei confronti della platea femminile delle esigenze legate alla maternità. Segnali forse ancora troppo piccoli rispetto alla dimensione del problema, ma quanto meno incoraggianti.

Retribuzione pensionabile in lieve crescita

Il sistema contributivo di calcolo della pensione è il perno su cui ha ruotato la riforma Dini del 1995.

In questo regime, la pensione cui si ha diritto è strettamente collegata alla contribuzione versata nell'arco dell'intera vita lavorativa e non agli stipendi dell'ultimo periodo così come avveniva con il sistema retributivo. L'introduzione del nuovo meccanismo di calcolo era finalizzata al riequilibrio, una volta raggiunto il pieno regime, della spesa previdenziale, arrivata a livelli insostenibili nel periodo antecedente la riforma.

A seguito della riforma Dini, il sistema di calcolo della pensione si differenzia in base all'anzianità maturata al 31 dicembre 1995. Per chi poteva contare su almeno 18 anni di contribuzione si applica il tradizionale criterio retributivo (ora limitato all'anzianità acquisita sino al 31 dicembre del 2011), legato agli stipendi degli ultimi anni. Per chi aveva meno di 18 anni di contributi, il criterio utilizzato è il misto. E cioè retributivo per l'anzianità maturata sino al 1995 e contributivo per i periodi di attività successivi. Per i nuovi assunti dal primo gennaio 1996, si applica invece il solo criterio contributivo. Dal 1° gennaio 2012 con la riforma Monti-Fornero, il sistema contributivo è stato poi esteso a tutti i lavoratori.

Dal 1° gennaio 1993 con la riforma Amato, dlgs n. 503/1992, l'ammontare della pensione «retributiva» è costituita dalla sommatoria di due distinte quote (A+B)

La prima (A) corrispondente all'importo relativo all'anzianità contributiva acquisita sino a tutto il 31 dicembre 1992. La seconda (B) corrispondente all'importo del trattamento relativo all'anzianità acquisita dopo il 1° gennaio 1993.

Per quanto attiene al calcolo per le anzianità valutate con il sistema retributivo esiste un tetto di retribuzione pensionabile che viene modificato nel tempo. Infatti la legge n. 297/1982 sancisce il principio secondo cui il limite della retribuzione pensionabile debba essere adeguato annualmente seguendo la disciplina della perequazione automatica prevista anche per le pensioni.

Maggiorando il tetto 2019, così come è stato previsto in via provvisoria dello 0,5 %, il «plafond» 2020 sale da 47.143 a 47.379 euro.

La stessa riforma Amato, oltre ad allungare gradualmente il periodo di riferimento circa la base pensionabile (gli ultimi 10 anni sono andati a regime dal mese di maggio 2001), ha apportato modifiche anche alle aliquote di rendimento da applicare alla retribuzione oltre il «tetto».

Pertanto, per il calcolo della quota B, riferita alla contribuzione maturata dopo il 31 dicembre 1992, fermo restando il 2% per ogni anno di contributi sulla fascia di retribuzione fino al «tetto», le aliquote di rendimento per la quota eccedente sono state rettifiche come segue: 1,6%, per ogni anno di contribuzione, della fascia eccedente il 33% del «tetto»; 1,35%, per ogni anno di contribuzione, della fascia compresa tra il 33 e il 66% eccedente il «tetto»; 1,10%, per ogni anno di contribuzione, della fascia compresa tra il 66 e il 90% eccedente il «tetto» e 0,90%, per ogni anno di contribuzione, della fascia eccedente il 90% del «tetto» (90.021 euro).

Parimenti con il processo della perequazione cambiano anche gli importi delle pensioni.

In alcuni casi si può parlare di pochi euro di aumento in arrivo. Il dato certo, previsto nero su bianco nella manovra di bilancio all'esame del Senato, è che da gennaio gli assegni pensionistici vedranno delle integrazioni, per via della rivalutazione, ma in alcuni casi saranno veramente minimi.

Le pensioni minime passeranno da 513,01 euro a 515,58, con un aumento dello 0,50 per cento, quanto il valore rilevato nelle stime dell'Istat sulla base dei dati medi dell'incremento del costo della vita a fine settembre scorso e proiettati per i restanti tre mesi del 2019

Come prevede la manovra 2020, le integrazioni saranno scaglionate in base a sei differenti fasce. In generale, nel caso delle pensioni fino a 4 volte il minimo la rivalutazione sarà del 100%, del 77% invece per gli importi fino a 5 volte il minimo, del 52% fino a 6 volte, del 47% fino a 8 volte, del 45% fino a 9 volte e solo del 40 % per i trattamenti oltre 9 volte il minimo. Dal 2022, invece gli scaglioni scenderanno a tre con rivalutazione piena fino a 2.029 euro, del 90 % tra 2.029 e 2.538, del 75 % oltre questa cifra. I sindacati sono già sul piede di guerra e parlano di "elemosina".

Rendimento (%) a parità di anni di anzianità contributiva

Anzianità contributiva *	Iscritti Inps	Statali **	Enti locali/Asl
15	30	41,300	37,5
16	32	43,424	38,8
17	34	45,548	40,2
18	36	47,672	41,7
19	38	49,796	43,3
20	40	51,920	45,0
21	42	54,044	46,8
22	44	56,168	48,7
23	46	58,292	50,7
24	48	60,416	52,8
25	50	62,540	55,0
26	52	64,664	57,3
27	54	66,788	59,7
28	56	68,912	62,2
29	58	71,036	64,8
30	60	73,160	67,5
31	62	75,284	70,3
32	64	77,408	73,2
33	66	79,532	76,2
34	68	81,656	79,3
35	70	83,780	82,5
36	72	85,904	85,8
37	74	88,028	89,2
38	76	90,112	92,7
39	78	92,276	96,3
40	80	94,400	100,0

*Fino al 31 dicembre 1994. Per i periodi successivi al 1° gennaio 1995 le aliquote di rendimento sono unificate al 2% all'anno.

** Retribuzione pensionabile comprensiva della maggiorazione forfettaria del 18%.



L'Istat grazie le pensioni di vecchiaia

L'Istat, con la sua valutazione sulla speranza di vita pressoché invariata, ha mantenuto lo stesso limite, già previsto per il 2019 per poter andare in pensione di vecchiaia con 67 anni, sino al 2023.

Lo sancisce il decreto del Ministero dell'Economia datato 05/11/2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.267 del 14 novembre 2019, che "blocca", fino al 31/12/2022, l'età di anni 67 quale limite, che scatta ogni due anni, per poter adire al pensionamento di vecchiaia con le norme previste dalla riforma Fornero. Riforma che oltre a posticipare dal 2011 di 5/7 anni l'uscita dal lavoro, prevedeva un ulteriore marchingegno, noto come 'aspettativa di vita', con la quale si adegua l'età reale alle speranze di vita certificate dai dati rilevati dall'istituto di statistica.

Sulla Gazzetta Ufficiale infatti si legge che: "Dal 1° gennaio 2021 i requisiti di accesso ai trattamenti pensionistici non sono ulteriormente incrementati". Viene spiegato, poi, che la variazione della speranza di vita all'età di 65 anni, e relativa alla media della popolazione residente in Italia, ai fini dell'adeguamento dei requisiti di accesso al pensionamento con decorrenza 1° gennaio 2021 corrispondente alla differenza tra la media dei valori registrati negli anni 2017 e 2018 e il valore registrato nel 2016 è pari a 0,021 decimi di anno. Il dato, trasformato in dodicesimi di anno, equivale ad una variazione di 0,025 che, a sua volta arrotondato in mesi, corrisponde ad una variazione pari a zero".

La soglia d'età già prevista, con in oltre i 20 anni di contributi versati, a meno di modifiche, che tutti però escludono, nella manovra economica, rimarrà quindi uguale anche nel 2022, anche se il ministero fa riferimento solo all'anno 2021. Ma visto che i cambiamenti vengono, infatti, calcolati per il biennio, il livello fissato a 67 anni resterà in vigore anche l'anno successivo, e il prossimo incremento della soglia di anzianità potrebbe presentarsi solamente a partire dal 2023. In ogni caso tale incremento non potrà superare i 3 mesi a biennio. Dunque si passerebbe dai 67 anni ai 67 anni e 3 mesi. L'ultimo cambiamento si era avuto nel 2019, quando vi sono stati ben cinque

mesi di aumento, che hanno portato l'età di vecchiaia dai 66 anni e sette mesi ai 67 anni

Non cambiano neanche i requisiti richiesti dalla Fornero per la pensione 'anticipata': 42 anni + 10 mesi per gli uomini e 41 anni +10 mesi per le donne.

La vita lavorativa non si allunga, dunque. Ma neanche la pensione non si abbassa, fortunatamente: perché il coefficiente che trasforma lo stipendio in pensione rimane invariato.

Ma non tutti dovranno aspettare di raggiungere tali elevati limiti.

Nel 2020 restano, infatti, sei le strade per lasciare il lavoro. Oltre alla pensione di vecchiaia e anticipata, si conferma Quota 100 con 62 anni d'età e 38 di contributi; l'Opzione donna con 58 anni o 59 se lavoratrici autonome, e 35 di contributi con ricalcolo contribu-

tivo e finestra di un anno; l'Ape sociale con 63 anni e 30 di contributi per disoccupati, invalidi, caregivers, 63 anni e 36 di contributi per i lavori gravosi; precoci con 41 anni di contributi (di cui uno prima dei 19 anni) a prescindere dall'età e stesse categorie dell'Ape sociale più i lavori usuranti.

Nei primi nove mesi del 2019, sulla base dell'ultimo monitoraggio dell'Inps, le pensioni di vecchiaia liquidate sono state 63.926 a fronte delle 141.861 dell'intero 2018.

In particolare sono state penalizzate le donne che a causa della parificazione dell'età con gli uomini nel 2018 (a 66 anni e sette mesi) e con il successivo incremento di cinque mesi del 2019 hanno dovuto rimandare il pensionamento di molti anni.

Caso emblematico è quello delle nate nel 1953 che in assenza del requisito contributivo per la pensione anticipata (41 anni e 10 mesi o in alternativa la Quota 100) hanno dovuto rimandare l'uscita fino al 2020, mentre le loro colleghe più anziane di appena due anni (nate nel 1951) sono uscite nel 2012, con 60 anni di età più un anno di finestra mobile.

I lavoratori che hanno la pensione interamente calcolata con il contributivo, cioè quelli che hanno cominciato a versare dal 1996, possono chiedere la pensione anticipata a 64 anni di età - un requisito che resta



stabile nel 2021 - purché abbiano almeno 20 anni di contributi effettivi e un ammontare della prima rata di pensione non inferiore a 2,8 volte l'importo mensile dell'assegno sociale: 1.282 euro nel 2019.

Per chi ha versato contributi dal 1996 e se la pensione calcolata non è almeno pari a 1,5 volte l'assegno sociale (circa 687 euro per il 2019) l'uscita per il pensionamento di vecchiaia slitta a 71 anni.

Per i lavoratori impegnati in attività gravose il requisito per la pensione di vecchiaia resta nel 2021 a 66 anni e sette mesi.

Bisogna. Infine, ricordare che al termine del 2021 scadrà anche l'attuale schema di indicizzazione delle pensioni all'inflazione, finalizzato alla così detta perequazione dei trattamenti.

Le attuali 7 fasce saranno solo in piccolissima parte ritoccate dalla legge di Bilancio 2020, dove si prevede di portare dal 97 al 100 % la copertura dell'indicizzazione ai prezzi per gli assegni fino a quattro volte il minimo (2.052 euro quest'anno).

Se nulla cambierà, dal 2022 si dovrebbe poi tornare alle tre fasce previste dalla legge 388/2000, che prevede una perequazione al 100 % degli assegni fino a tre volte il minimo, del 90 % per le pensioni tra tre e cinque volte il minimo e del 75 % per gli assegni oltre cinque volte il minimo.



Assenza alla visita fiscale: l'urgenza secondo la Cassazione

La Corte di Cassazione con Ordinanza n. 24492 del 2019 ha definito il concetto di urgenza che giustifica l'assenza del lavoratore alla visita fiscale:

Con questa ordinanza la Corte Suprema ha chiarito la corretta applicazione dell'art. 5, comma 14, del L.n. 638/1983, il quale stabilisce che qualora il lavoratore, pubblico o privato, risulti assente alla visita di controllo senza giustificato motivo, decade dal diritto al trattamento economico di malattia.

L'interessato era risultato assente alla visita di controllo domiciliare effettuata dall'INPS, nel caso di specie intorno alle ore 11,35, senza aver dato al datore di lavoro una preventiva comunicazione dell'assenza. Solamente in sede disciplinare e in sede processuale aveva fornito spiegazioni e aveva rappresentato come la sua assenza fosse da imputare a un giustificato motivo.

Quel giorno, alle ore 4,30 circa, aveva infatti dovuto accompagnare al Pronto Soccorso il figlio di sette anni a cui l'Ospedale aveva poi diagnosticato un'orticaria idiopatica con conseguente ricovero nelle ore successive.

La Corte territoriale aveva ritenuto che l'assenza del lavoratore non fosse giustificata, in quanto avrebbe potuto giustificare l'assenza esclusivamente con riferimento al ricovero urgente in orario corrispondente alla visita fiscale (ore 11,35). Nel caso di specie, l'accesso al pronto soccorso avvenne ben prima e fu seguito da dimissioni (alle ore 4,59), mentre il ricovero ordinario (o visita di controllo) era avvenuto nel corso della tarda mattinata e non aveva alcuna caratteristica dell'urgenza. Non era stata neppure allegata l'assenza di altri congiunti disponibili ad assistere il figlio minore. In ogni caso, la situazione non precludeva la

possibilità di una previa comunicazione dell'assenza al datore di lavoro. Veniva quindi dichiarata legittima la sanzione disciplinare della multa irrogata al lavoratore.

Avverso tale decisione il lavoratore proponeva ricorso per Cassazione.

Secondo la Cassazione la Corte territoriale aveva fatto corretta applicazione del principio secondo cui, ai sensi dell'art. 5, quattordicesimo comma, legge n. 638 del 1983, il giustificato motivo di esonero del lavoratore in stato di malattia dall'obbligo di reperibilità a visita domiciliare di controllo non ricorre solo nelle ipotesi di forza maggiore, ma corrisponde ad ogni fatto che, alla stregua del giudizio medio e della comune esperienza, può rendere plausibile l'allontanamento del lavoratore dal proprio domicilio, senza potersi peraltro ravvisare in qualsiasi motivo di convenienza od opportunità, dovendo pur sempre consistere in un'improvvisa e cogente situazione di necessità che renda indifferibile la presenza del lavoratore in luogo diverso dal proprio domicilio durante le fasce orarie di reperibilità (Cass. 14735 del 2004).

Condivisibilmente era stato, perciò, escluso il nesso tra il momento dell'urgenza, effettivamente sussistente in orario notturno (al primo accesso al Pronto soccorso), ma non sussistente al tempo della visita fiscale, avvenuta in tarda mattinata, quando nessuna urgenza era stata dimostrata dal lavoratore idonea a giustificare l'allontanamento dal domicilio durante le fasce di reperibilità nonché il mancato previo avviso di allontanamento al proprio datore di lavoro.

Per la Cassazione è legittima, quindi, l'assenza per accompagnare d'urgenza il minore al pronto soccorso, ma non per il successivo ricovero di controllo che avrebbe consentito di preavvisare il datore. Il ricorso del lavoratore è stato quindi rigettato.



TABULA RASA

Nell'antica Roma "*tabula rasa*" era la tavoletta di cera (quella usata per scrivere) dopo che era stato completamente cancellato il testo precedente. Gli scolari vi scrivevano con un bastoncino di legno detto *stilus*. Finito il compito, terminata la correzione del magister, assegnato il voto, si raschiava (*rado, radis, rasi, rasum, radere: raschiare, levigare*) la cera scritta con una specie di pialletta e tutto veniva cancellato.

Da quel piccolo gesto scolastico dei lupacchiotti SPQR (molti secoli dopo si coniò l'appellativo di "figli della lupa" per dar gloria all'italica "giovinezza") si è passati, col passare dei secoli, ad un'espressione adulta sempre cancellatoria, ma senza possibilità di riscrivere. Un modo di dire totalizzante e irreversibile: "fare tabula rasa", ovvero fare piazza pulita, annientare, spazzare via.

Tabula rasa. La tavola è stata rasata. Come l'erba del giardino. Ma mentre la tavola è stata sparecchiata, l'erba del giardino invece è stata rasa "al suolo". Le città ribelli, dopo un lungo assedio, venivano rase al suolo. Non veniva lasciata pietra su pietra.

"*In tabula*" è una locuzione per indicare l'allocazione del decesso di un paziente sottoposto a un intervento chirurgico. Puntualizza. Dove? In tabula; sul tavolo operatorio; mentre veniva operato; sotto anestesia; sotto una cattiva stella.

Quello operatorio è un tavolo lungo e stretto, fin da quando era il tavolo anatomico marmoreo delle sale settorie di un tempo. Oggi è un perfetto congegno telecomandato: si alza, si abbassa, si inclina, ruota, scorre, divarica, inarca; può anche riscaldare il paziente (una tavola calda?).

Su questa astronave da Odissea nello spazio il chirurgo è Ulisse: entra nell'antra (pilorico) di Polifemo, ascolta le Sirene (che arrivano al Pronto Soccorso), scende nell'Ade (-noma prostatico). L'anestesista è per metà Circe, che ammalia e addormenta, e per metà Eolo, che regola le ventilazioni; lui conosce i frutti dei Lotofagi che danno l'oblio (come le benzodiazepine). Questi due navigati "astronauti" della sala operatoria non possono impiegare 10 anni per raggiungere la meta, come Ulisse. Loro devono rispettare delle rigide tabelle (piccole tavole non flessibili) di marcia.

Già, *tabella*, diminutivo di *tabula*. E il diminutivo di tabella è tabellina. Dolce ricordo. "Hai studiato la tabellina del 4?" Grembiolino nero o bianco, ci si affacciava alle moltiplicazioni con l'ausilio della mitica tavola pitagorica. Grande Pitagora. Matematico, legislatore e filosofo, nacque a Samo (575 a.C.) e morì a Metaponto (495 a.C.). Tre anni dopo aver studiato la sua tavola si studiava il suo teorema.

Tavole rotonde (del re Artù) e quadrate, quadrati costruiti su ipotenuze e cateti, cateteri vescicali e peridurali inseriti su tavoli rettangolari. Abbiamo chiuso il cerchio. Operazioni, estrazioni di radici (dentarie), calcoli di difficile soluzione (non si sciolgono, bisogna frantumarli col litotritore, da *lithos*, pietra e *tripsis*, stritolamento). Geometriche acrobazie sul trapezio (muscolo o figura a 4 lati?).

A volte, *tabula-rasare* è la cosa migliore da fare. Interrompere un circolo vizioso, tagliare i ponti col passato, ricominciare tutto dal principio. Vita nuova.

"Non possiamo risolvere i problemi con gli stessi schemi mentali con i quali li abbiamo creati." (Albert Einstein)

Quesiti dal web

L'AARO-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Domenico Minniti

(Presidente Sez. Reg. AARO-EMAC Calabria) e

Arturo Citino

(Coordinatore Formazione Sindacale)

In caso di mobilità, se il Direttore Generale dell'ente di appartenenza non concede il Nulla osta, posso terminare il mio rapporto di lavoro con 3 mesi di preavviso? In quali occasioni l'ente di appartenenza può bloccare il dipendente e per quanto tempo?

Quale normativa permette al mio ente di appartenenza di bloccarmi a tempo indefinito?

Se l'ente di appartenenza non concede il Nulla osta NON puoi effettuare la mobilità.

L'ente di appartenenza può bloccare il dipendente per qualunque ragione e senza limiti di tempo.

La norma che affronta l'argomento è la seguente:

Testo del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 coordinato con la legge di conversione 11 agosto 2014, n. 114 «Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari».

Art. 4.

Mobilità obbligatoria e volontaria

1. I commi da 1 a 2 dell'art. 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 sono sostituiti dai seguenti:

«1. Le amministrazioni possono ricoprire posti vacanti in organico mediante passaggio diretto di dipendenti di cui all'art. 2, comma 2, appartenenti a una qualifica corrispondente e in servizio presso altre amministrazioni, che facciano domanda di trasferimento, previo assenso dell'amministrazione di appartenenza...»

Gli specializzandi possono effettuare l'attività di continuità assistenziale?

La norma che consente lo svolgimento di tale attività è la legge n. 448 del 28.12.2001 art.19 c. 11 e 13 [Finan-

ziaria 2002] che recita:

Art. 19.

(Assunzioni di personale)

11. I laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale, possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica.

ed inoltre il DL 81/04 convertito in legge il 19 maggio 2004 recita:

2-octies. 1. Al comma 1 dell'articolo 34 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «Fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno, il medico specializzando e il laureato in medicina e chirurgia partecipante al corso di formazione specifica in medicina generale possono esercitare le attività di cui all'articolo 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001, n. 448, nei limiti delle risorse finanziarie alle stesse attività destinate».

La risposta è quindi positiva.

Si può richiedere una mobilità durante il periodo di prova?

La risposta alla domanda è negativa stante l'Art. 20 CCNL 8.6.2000 I biennio economico e art. 41 CCNL 10.2.2004 che recita:

La mobilità volontaria dei dirigenti tra le aziende e tutti gli enti del comparto di cui al CCNQ del 2 giugno 1998 – anche di Regioni diverse – in presenza della relativa

vacanza di organico avviene a domanda del dirigente che abbia superato il periodo di prova, con l'assenso dell'azienda di destinazione e nel rispetto dell'area e di disciplina di appartenenza del dirigente stesso.

Nella stipula di un contratto a tempo indeterminato è lecito l'obbligo ad un regime intramoenia?

Non è lecito l'obbligo ad un regime intramoenia nella stipula di un contratto a tempo indeterminato.

A Novembre di ciascun anno si può optare per il rapporto in extramoenia con validità dal gennaio dell'anno seguente.

Il CCNL recita:

(Art. 10 CCNL 3.11.2005)

1 - A decorrere dal 30 maggio 2004, data di entrata in vigore della legge 26 maggio 2004, n. 138, il rapporto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria può essere esclusivo o non esclusivo. ...omissis...

2 - I dirigenti del comma 1, già a rapporto esclusivo, possono optare per il passaggio al rapporto non esclusivo entro il 30 novembre di ciascun anno. Gli effetti del passaggio decorrono dal primo gennaio dell'anno successivo all'opzione e sono regolati dall'art. 12 CCNL 3.11.2005.

Dato che, in caso di vittoria di concorso a tempo indeterminato, l'Azienda ha facoltà di esonerare dal periodo di prova, è sempre valido il diritto all'aspettativa?

La risposta è negativa in quanto l'aspettativa è prevista per la durata del periodo di prova.

Una attività libero professionale in intramoenia può essere espletata durante le ferie normali e il congedo per rischio anestesiological/radiologico?

Nessun tipo di lavoro può essere espletato durante le ferie normali e il congedo per rischio anestesiological/radiologico.

L'aspettativa non retribuita senza maturazione di anzianità interrompe il conteggio di anzianità precedente?

Ad esempio, se dopo un periodo di tempo indeterminato si transita a tempo determinato tramite aspettativa, al termine dell'aspettativa quel periodo a tempo indeterminato vale per il conteggio dei 5 anni oppure occorre ripartire da capo?

Il CCNL attuale non chiarisce tale aspetto ma è lecito ritenere che resti a tempo indeterminato anche se in aspettativa.

Quali sono i riferimenti della legge che regola la possibilità/il diritto (?) di rientrare sul proprio po-

sto di lavoro entro un anno dalle dimissioni volontarie?

La norma contrattuale alla quale fai riferimento è la seguente:

Ricostituzione del rapporto di lavoro

(Art. 21 CCNL 10.2.2004)

1 - Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute può richiedere alla stessa azienda, entro due anni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro, la ricostituzione dello stesso.

2- L'azienda si pronuncia entro 60 giorni dalla richiesta; in caso di accoglimento, il dirigente è ricollocato, previa stipulazione del contratto individuale, nella qualifica dirigenziale, posizione economica iniziale. Allo stesso è attribuito il trattamento economico inizialeomissis....., con esclusione della retribuzione individuale di anzianità (R.I.A.) a suo tempo eventualmente maturata, fatto salvo quanto previsto dal comma successivo.

Sono in procinto di compiere 62 anni. Con l'applicazione del nuovo CCNL sarò esonerato automaticamente dalle notti?

La norma non si applicherà automaticamente, ma a richiesta dell'interessato. Richiesta che dovrà essere valutata dal cosiddetto Organismo Paritetico per la cui composizione si rimanda all'articolo 6 bis del futuro CCNL 2016/2018.

Mi è stato assegnato un incarico di alta specializzazione ma ho cinque anni di anzianità di cui due a tempo determinato e tre indeterminato e credo che questo comportasse solo il passaggio allo scatto superiore dell'indennità di esclusività. Mi fa comodo, naturalmente, avere un incarico di questo tipo ma non vorrei stessero sbagliando. È corretto?

Sì, è corretto. Dal combinato disposto dell'articolo 28 comma 3 CCNL 2000 e dell'articolo 15 commi 1,2 del CCNL 2009/2009 ai cui contenuti si rimanda per una migliore comprensione del meccanismo, deriva che al compimento del quinto anno di anzianità è assegnato un incarico ex art. 27 lettera "b" o "c" CCNL 2000. Non spetta la Retribuzione di Posizione Minima Unificata, che sarà corrisposta al compimento del quinto anno a tempo indeterminato maturato senza interruzioni. L'applicazione del nuovo contratto modificherà ulteriormente questa norma, ma ne ripareremo a tempo debito.

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

Roma, 8-9 maggio 2020

SA❖QU❖RE

SAfety❖QUality❖REliability

MEETING 2020

FONTANA DI TREVI

ROMA
eventi

 **AARO IEMAC**
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

AreaLearn[®]
ECM Provider

