

il nuovo Anestesista Rianimatore

LUGLIO - AGOSTO
2020
4
Anno XII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesiologi 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

IL NUOVO SITO AAROIEMAC Restyling e nuove sezioni



**Riforma emergenza
territoriale 118
Il documento
Intersocietario**

**Specializzazione
Cure Palliative
Appello congiunto**

**Formazione
La nuova
FAD AAROIEMAC**

Sommario

- 3 Editoriale**
Che cosa bolle in pentola?
- 4 News**
Il nuovo sito web dell'Associazione
- 8 Riforma del sistema di emergenza sanitaria territoriale – 118**
Il Documento intersocietario
- 10 Scuola specializzazione Cure Palliative**
Appello SIAARTI – AAROI-EMAC – CPAR
- 12 Dalle Regioni**
Risorse aggiuntive, continuano i confronti regionali
- 18 Concorsi nel SSN**
La risposta del Presidente Nazionale al Prof Giarratano
- 24 COSMED**
Il Protocollo di sicurezza emergenza COVID FASE 3
- 26 NUOVA FAD**
Norme di buona pratica clinica e modelli organizzativi in sala operatoria e in rianimazione
- 28 IntensiveAPP**
Formazione in tempo di COVID, il boom dei Webinar
- 30 AAROI-EMAC risponde**
Previdenza: Gli articoli dell'Esperto
CCNL in pillole: la sede di lavoro
- 34 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 DALSSASSO - 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 08-08-2020

CHE COSA BOLLE IN PENTOLA?

La nostra attenzione – è forse anche superfluo sottolinearlo – rimane costante sulla pandemia ancora in corso. Un'emergenza che ci ha segnato profondamente e che non intendiamo dimenticare. Al contrario, la nostra attività, qualsiasi essa sia, ha in conto costantemente quanto accaduto e sta accadendo in Italia e nel mondo. Attività che siano di carattere sindacale, professionale, formativo. Alcune di queste sono descritte nelle pagine successive, altre sono invece in via di definizione.

Tra le diverse questioni, stiamo affrontando in questi giorni un tema di vitale importanza per la sanità italiana, da considerarsi tale anche in relazione alla sua funzione di servizio sanitario di prima linea in rapporto alla Pandemia Covid-19. Si tratta della Riforma del Sistema di Emergenza Territoriale - 118 presentata in un Disegno di Legge che è attualmente in Commissione Sanità del Senato. La proposta a firma Castellone e altri ha sollevato diverse perplessità tra "gli addetti ai lavori", al punto da rendersi necessaria la definizione di un documento congiunto.

Il Documento Intersocietario pubblicato nelle pagine successive nasce, infatti, dal confronto tra le Componenti Sanitarie del Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET 118) più rappresentative, a livello nazionale, delle Professioni interessate. Le Sigle firmatarie riuniscono nel loro complesso i Medici Specialisti dell'Emergenza-Urgenza, ossia Anestesisti Rianimatori e MEU, e gli Infermieri specializzati in questo ambito. La posizione condivisa fissa alcuni punti qualificanti da cui partire per una riforma del SET 118 che ne riordini l'architettura generale uniformandola a livello nazionale, lasciando quella di dettaglio ai livelli regionali, che ne rispetti le finalità istitutive, del tutto diverse da quelle della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) appannaggio della Medicina di Famiglia.

Un simile obiettivo può essere raggiunto, come indicato nel documento, solo attraverso la definizione di regole certe per quanto riguarda le professionalità da utilizzare e le modalità di reclutamento del personale. I primi 4 punti sottolineano che il sistema debba fare ricorso a professionisti specializzati nel settore sia per la componente medica che infermieristica, con un rapporto di lavoro dipendente normato dal CCNL della Dirigenza Sanitaria e del Comparto, unica via per assicurare qualità ed efficienza del SET 118 proprio in direzione di una vera integrazione dell'emergenza pre-ospedaliera con quella ospedaliera, cui peraltro è funzionale anche il punto 5 sull'implementazione del NUE 112.

Tra le altre questioni in primo piano in questo numero, l'appello SIAARTI – AAROI-EMAC – CPAR sull'istituzione della Scuola di specializzazione in Cure Palliative. Una novità annunciata in prima persona dal Ministro della Salute, ma che ha richiesto un intervento congiunto per far presente – a scanso di equivoci – che l'Anestesista Rianimatore resta una figura centrale in questo ambito.

Altre importanti informazioni riguardano i risultati raggiunti dalla COSMED, la Confederazione Medici e Dirigenti, di cui l'AAROI-EMAC è parte attiva, con la firma del Protocollo di sicurezza fase 3.

Sul fronte associativo, in particolare per quanto riguarda l'ambito formativo, l'AAROI-EMAC sta lavorando intensamente per la riattivazione dal mese di Settembre dei corsi del Centro AAROI-EMAC "SimuLearn®", sospesi nel mese di febbraio a causa dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2. I corsi, con priorità di accesso per gli iscritti alle date del primo semestre 2020, si svolgeranno nel rispetto di tutte le norme di sicurezza attraverso modalità che verranno indicate in un apposito vademecum in fase di realizzazione. Dal primo di Settembre sarà invece disponibile per tutti gli Iscritti il nuovo percorso FAD dedicato alle "Norme di buona pratica clinica e modelli organizzativi in sala operatoria e in rianimazione".

Prima di concludere vi invito a leggere nelle pagine successive tutte le informazioni sul nuovo sito web AAROI-EMAC che rappresenta un ulteriore tassello per una comunicazione sempre più incisiva e immediata nei confronti degli Iscritti e potenziali Iscritti. Altre novità sono già in serbo per il mese di Settembre.

Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC



Il nuovo sito web AAROI-EMAC

Una nuova veste grafica, nuove sezioni e strumenti per rendere fruibili facilmente tutti i contenuti pubblicati. Il nuovo sito web dell'AAROI-EMAC è stato pensato con l'obiettivo di facilitare ed incrementare la comunicazione con gli Iscritti, ma anche con gli utenti interessati alla nostra Associazione.

La Home Page del sito si presenta come una sorta di "sommario" delle principali novità e di tutti i servizi proposti dall'Associazione. Allo stesso tempo è la porta di accesso ai diversi contenuti attraverso i menu posti nella parte più in alto della schermata (Chi siamo, Attività, Stampa e Media, Lavoro e Dintorni, etc..).

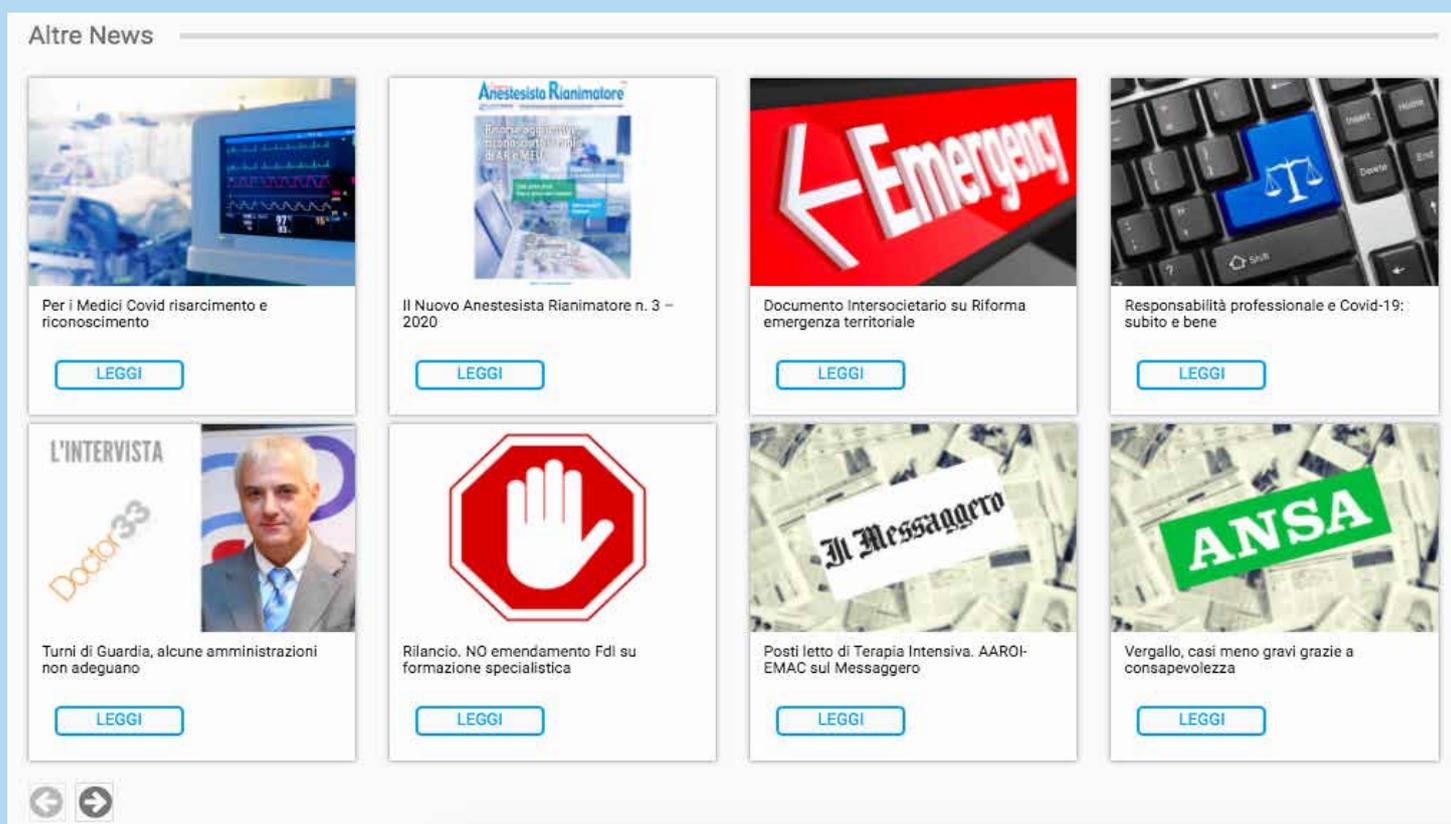


Il resto della Home Page è suddivisa in sezioni ben definite:

Gli Avvisi – riuniscono le ultime e più importanti notizie in ordine cronologico. Possono essere 4, 5 o 6 e scorrono ogni 4 secondi. Cliccando sul titolo o sul testo si accede al contenuto, mentre per scorrere più velocemente sono a disposizione le frecce sia a destra, sia a sinistra dello schermo.



Altre News – anche questa sezione riunisce le principali notizie in ordine cronologico, ma meno recenti rispetto agli Avvisi. La sezione è suddivisa su due righe per un totale di 8 notizie, ma è possibile, attraverso le frecce grigie, visualizzare anche le successive 8 notizie e così via.



In Evidenza – Si tratta di informazioni che hanno un tempo di vita più lungo rispetto alle notizie. La sezione, ad esempio, raccoglie iniziative di lungo termine, le offerte di lavoro dalla Gazzetta Ufficiale, Questionari, Annuncio di Eventi e tutto quanto abbia una durata di almeno un mese. Anche in questo caso è possibile scorrere le notizie cliccando sulle frecce azzurre.

In Evidenza

Avvisi e Concorsi Luglio 2020

Accordi regionali risorse aggiuntive COVID-19

COVID-19 e stress nel personale sanitario

COVID-19 e benessere degli operatori sanitari

FAD 2020
Norme Giuridiche e Principi della Comunicazione

← →

Dalle Regioni – È la vetrina delle Sezioni Regionali AAROI-EMAC in cui vengono pubblicate le ultime notizie in ordine temporale provenienti dai Presidenti Regionali. Per scoprire le altre notizie è sufficiente cliccare sulla freccia rossa.

Dalle Regioni

quotidiano**sanità.it**
L'unico sito online di informazione sanitaria

Premialità Covid Calabria. Confronto regionale va rivisto

no!
Ai dipendenti del SSR calabrese miserie ed elemosine!

Intersindacale Lombardia: implementare risorse COVID

Emolumenti Elisoccorso, Nota Stampa AAROI-EMAC Calabria

AAROI-EMAC Piemonte sul TG3

← →

Ogni Sezione Regionale, con tutte le rispettive notizie, è poi raggiungibile dal menu a tendina posto in alto a sinistra.

HOME CHI SIAMO ATTIVITÀ STAMPA E MEDIA LAVORO E DINTORNI AREALEARN FAQ CONTATTI

NEWS DALLE REGIONI

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia-Romagna
- Friuli-Venezia Giulia
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte-Valle d'Aosta
- Puglia
- Toscana
- Sardegna
- Sicilia
- Umbria
- Veneto
- Provincia di Bolzano
- Provincia di Trento

Altre News

AAROI EMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Non sei ancora iscritto? In AAROI-EMAC oltre 11.000 Medici Professionisti! [Iscriviti anche](#)

Corsi e Ricorsi Storici nei Concorsi del SSN

La risposta del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, alla lettera del Prof Antonello Giarratano sul sistema di arruolamento ospedaliero.

Servizi agli Iscritti – È una delle tante novità del sito: una sezione tutta dedicata agli Iscritti e ai potenziali Iscritti AAROI-EMAC in cui sono riunite le informazioni utili e di servizio. Dall'Assicurazione alle modalità di Iscrizione, alle informazioni sugli uffici, etc..

Servizi agli iscritti

	<p>Convenzioni Assicurative</p> <p>Tutte le informazioni sul Sistema di protezione professionale AAROI-EMAC per gli iscritti.</p>		<p>Convenzione Infortuni</p> <p>L'obiettivo è tutelare gli Iscritti anche in aspetti della vita lavorativa che non rientrano strettamente nella sfera sindacale</p>		<p>Rinnovi e nuove adesioni assicurative</p> <p>Iscrizioni, scadenze, rinnovo polizze o nuove adesioni assicurative. Tutte le date e le istruzioni per procedere</p>
	<p>Mantenimento Iscrizioni</p> <p>Cosa fare se nel corso dell'anno il Rapporto di Lavoro dipendente si interrompe</p>		<p>Iscrizioni AAROI-EMAC 2020</p> <p>Per le Iscrizioni 2020 è a disposizione il nuovo portale gestionale da utilizzare con browsers aggiornati</p>		<p>QUOTE ASSOCIATIVE 2020</p> <p>Il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, comunica le novità sull'iscrizione 2020</p>

Seguici su

Facebook | Flickr | Twitter | Youtube

La parte laterale sinistra del sito è dedicata ai Banner con ulteriori e importanti informazioni e ai canali social raggiungibili attraverso gli appositi pulsanti.

Facebook | Twitter | Email | Print

Tutte le notizie, inoltre, possono essere stampate, inviate tramite email o condivise sui social, cliccando sui pulsanti presenti in basso a destra di ogni news.

AREA PERSONALE

AAROI-EMAC



CLICCA E ACCEDI

Il sito è anche la "porta d'ingresso" per accedere alla piattaforma AAROI-EMAC dedicata agli Iscritti cliccando sul primo banner in alto, oppure sulla scritta Iscriviti anche tu!.

Tra le novità c'è inoltre la possibilità di accedere al sito (a destra in alto) con le stesse credenziali di Iscrizione per poter leggere i contenuti riservati.

Nel processo di Restyling l'AAROI-EMAC ha previsto anche la predisposizione di una APP che sarà a breve scaricabile da Google Play e AppStore attraverso la quale accedere all'Area Personale e/o navigare sul sito internet. Attraverso la APP sarà

inoltre possibile, attivando le notifiche push, ricevere una notifica tutte le volte che sul sito verrà pubblicata una nuova notizia.

È infine previsto l'invio periodico di una newsletter che comprenderà le ultime notizie pubblicate e che andrà ad affiancarsi alle normali Comunicazioni AAROI-EMAC.

Il gruppo di lavoro si pone come obiettivo la proposizione e realizzazione dei seguenti punti:

1. Partecipazione attiva e rappresentatività reale di medici, infermieri, autisti soccorritori e mondo del volontariato nel governo del sistema.

2. Definizione del ruolo chiave dell'infermiere del 118 nel team di soccorso, nelle centrali operative e sul territorio, della sua autonomia professionale nel sistema e definizione degli standards numerici ed operativi dei mezzi di soccorso avanzato infermieristici.

3. Definizione delle modalità di arruolamento dei professionisti sanitari nel sistema, con particolare riferimento alla necessità di impiego esclusivo di personale con rapporto di lavoro dipendente (CCNL della Dirigenza Sanitaria e del Comparto del SSN), che solo se proveniente da una formazione ospedaliera nel settore dell'Emergenza-Urgenza potrà garantire le capacità tecniche necessarie e la relativa certificazione e mantenimento delle competenze, per la gestione del paziente critico sul territorio e la continuità di soccorso in ambito ospedaliero. Per i professionisti sanitari già operanti nel sistema d'emergenza 118, con rapporti di lavoro diversi, dovrà essere previsto il passaggio alla dipendenza previo un percorso specifico di certificazione delle competenze.

4. Definizione delle professionalità, e delle relative competenze specialistiche, indicate come necessarie per ricoprire il ruolo sanitario in area emergenza urgenza territoriale:

• Medici specialisti in Medicina di Emergenza-Urgenza o in Anestesia e Rianimazione, e in subordine Medici

in formazione degli ultimi 2 anni in tali discipline con modalità da definirsi nel pieno rispetto dell'attività formativa che resta comunque prioritaria;

• Infermieri con conoscenze e competenze specialistiche certificate (Master I livello e/o, auspicabilmente formazione specialistica) in area critica – emergenza urgenza.

5. Implementazione del NUE 112 su tutto il territorio nazionale, così come previsto dalle direttive europee.

I lavori del gruppo intersocietario saranno conclusi entro la fine del mese di settembre p.v. con la presentazione di un testo dettagliato e condiviso che, a fronte di una ampia discussione dei temi tra gli addetti ai lavori in sede di scrittura, siamo certi potrà essere maggiormente rappresentativo del pensiero della comunità professionale, che insieme rappresentiamo, rispetto a quello qui in oggetto.

Firmato

I Presidenti delle Società/Associazioni/Organizzazioni

Alessandro Vergallo - AAROI EMAC

Ciro Paolillo - AcEMC

Silvia Scelsi - ANIARTI

Maria Luisa Ralli - COSMEU

Flavia Petrini - SIAARTI

Emiliano Cingolani - SIAARTI -

Resp. Sez. "Medicina critica dell'emergenza"

Mario Costa - SIEMS

Roberto Romano - SIET

Salvatore Manca - SIMEU

Antonio Del Prete - SIMEU -

Coordinatore Nazionale area nursing

 **AAROI EMAC**
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

**AcEMC**
Academy of Emergency Medicine and Care

**aniarti**

**COSMEU**
Coordinamento Specializzandi
Medicina d'Emergenza-Urgenza

 **SIAARTI**
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

 **SIEMS**
Società Italiana
Emergenza Sanitaria
Sistema 118, Numero Unico Europeo 112, DEA,
Certificata Assistenza e Servizi Integrati

 **siiet** | società italiana infermieri
emergenza territoriale

 **SIMEU**
società italiana medicina
d'emergenza-urgenza

Gli Anestesisti Rianimatori figura centrale nella nuova scuola di specializzazione in cure palliative

SIAARTI, AAROI-EMAC, CPAR hanno inviato un Appello al Ministro dell'Università e Ricerca, al Ministro della Salute e al Presidente Conferenza Permanente Collegi di Area medica sull'Istituzione della scuola di specializzazione in medicina e cure palliative. Di seguito il comunicato stampa congiunto.

In merito all'Art. 5-ter (Istituzione della scuola di specializzazione in medicina e cure palliative) contenuto nel Decreto Rilancio (DL 19 maggio 2020, n. 34) con il quale viene istituita a decorrere dall'anno accademico 2021/2022 la Scuola di specializzazione in Medicina e Cure Palliative, cui potranno accedere i laureati in medicina e chirurgia, l'intero mondo degli Specialisti in Anestesiologia Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore (ARTID), all'unisono, fa alle Istituzioni una precisa e motivata richiesta.

La prof. Flavia Petrini (presidente SIAARTI, Società Scientifica), il dott. Alessandro Vergallo (presidente di AAROI-EMAC, Organizzazione Sindacale) ed il prof. Paolo Pelosi (presidente di CPAR, Collegio dei Professori) hanno indirizzato un Appello congiunto all'attenzione dell'On. Prof. Gaetano Manfredi (Ministro dell'Università e Ricerca), dell'On. Roberto Speranza (Ministro della Salute) e del Professor Andrea Lenzi (Presidente Conferenza Permanente Collegi di Area medica).

Obiettivo dell'Appello: chiedere che nella costituenda Scuola spicchi il profilo dello Specialista in Anestesiolo-

gia Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore, prevedendo l'inserimento del Settore Scientifico Disciplinare MED/41- Anestesiologia nell'ambito della istituenda Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative, "con una equipollenza con le altre Discipline coinvolte che permetta alla Anestesiologia di avere, per competenza e specificità, pari dignità e pari possibilità normative e giuridiche sia nel Coordinamento (dal Comitato Ordinatore alla Direzione), sia nel Consiglio, sia nel Corpo docente".

Nell'Appello si precisano da parte di SIAARTI, AAROI-EMAC e CPAR alcuni aspetti che devono essere evidenziati per organizzare correttamente l'avvio della nuova Scuola di Specializzazione. "Come avviene per altri settori della Medicina – si legge nell'Appello - le Cure palliative sono trasversali a più Discipline, costituendone un elemento fondante della conoscenza e della pratica professionale". Allo stato attuale, sottolineano le tre Società, non esiste sul versante universitario un Settore Scientifico Disciplinare cui sia attribuita non solo la denominazione, ma anche la 'competenza' unica della Medicina e Cure Palliative. Sul versante ospedaliero e sul versante formativo educativo, inoltre, la Legge 38/2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore") attribuisce ad alcune Discipline una "equipollenza" nel Coordinamento delle attività e strutture sanitarie che fanno riferimento alle cure Palliative e hospices, e nei percorsi formativi che

si esprimono nei Master in cure palliative operativi in tutta Italia.

Tra queste svolge un ruolo di primo piano il Settore Scientifico Disciplinare proprio il SSD MED/41 Anestesiologia e la sua disciplina clinica di riferimento (Specialista in Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore). Precisa in questo senso l'Appello: "basta scorrere sia l'ordinamento didattico formativo delle Scuole di Specializzazione in tale SSD/Disciplina, sia le qualifiche e le specializzazioni di tantissimi Centri di riferimento di Cure Palliative e Hospices Italiani per averne conferma. Analogamente le qualifiche e la specializzazione/disciplina di riferimento di alcuni dei

proccio interdisciplinare. Sono inoltre attività professionalizzanti obbligatorie per il raggiungimento delle finalità didattiche: aver partecipato alla valutazione algologica; aver attuato protocolli di terapia antalgica nelle diverse situazioni cliniche; aver preso parte all'applicazione delle principali tecniche strumentali antalgiche invasive e non invasive; aver seguito l'evoluzione algologica in numerose situazioni cliniche sulla base dell'applicazione di protocolli terapeutici; aver discusso con gli specialisti medici di altre discipline una condotta terapeutica integrata; aver trattato almeno 50 pazienti affetti da dolore acuto, ivi compreso il dolore postoperatorio e almeno 20 pazienti affetti da dolore cronico e/o bisognosi di cure sintomatiche



più autorevoli ricercatori e le loro pubblicazioni internazionali attestano che il SSD MED/41 Anestesiologia è centrale in tale campo multidisciplinare".

Nell'Appello si ricorda come la disciplina dell'Anestesia e Rianimazione, oltre ad aver contribuito in maniera determinante allo sviluppo delle Cure palliative (basta vedere il contributo dato dagli specialisti di settore all'interno della specifica Società scientifica), è l'unica ad aver dato attenzione, nel corso degli anni passati a peculiari attività formative e professionalizzanti.

Nello specifico - a differenza di altri Settori Scientifici - lo specializzando in Anestesiologia deve infatti conoscere: le basi anatomiche e fisiologiche della genesi, conduzione e percezione dello stimolo doloroso; le caratteristiche farmacologiche e le modalità di impiego degli analgesici nonché le procedure antalgiche extrafarmacologiche con particolare riguardo all'ap-

nella fase terminale; aver fatto pratica delle principali esigenze strutturali e funzionali dei centri di terapia del dolore. Sono inoltre attività caratterizzanti elettive a scelta dello studente l'acquisizione di specifiche ed avanzate conoscenze nel campo della terapia antalgica, della sedazione, della nutrizione, della gestione della ventilazione.

Concludono Flavia Petrini, Alessandro Vergallo e Paolo Pelosi: sulla base di questi elementi appare quindi scontata - ma è sempre opportuno ribadirlo con chiarezza - la richiesta di afferenza del SSD Med/41 Anestesiologia nell'ambito della istituenda Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative: "tale settore è infatti, come dimostrato nell'Appello, tra le discipline che hanno pieno titolo a essere incardinate nei Comitati Ordinatori di tali Scuole, ad avere un ruolo sia nel coordinamento di tali nuove Scuole sia nel corpo docente, al pari delle altre Discipline".



AARO-EMAC Piemonte

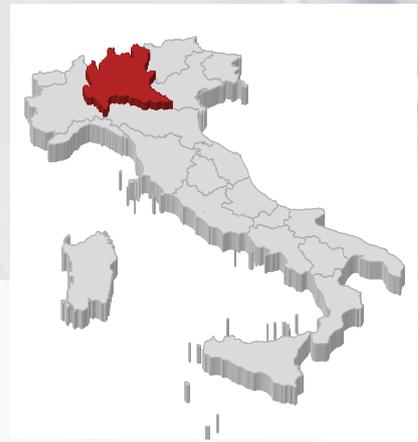
Il Sit In dell'Intersindacale in Piazza Castello a Torino

Il 23 Giugno si è svolta in Piazza Castello a Torino la manifestazione organizzata dalle sigle sindacali piemontesi della dirigenza medica (Anaa Assomed, Cimo – Fesmed, Aaroi-Emac, Fassid, FVM, Anpo Ascoti-Fials Medici). Diverse le motivazioni che hanno portato alla protesta. I Sindacati, in particolare, avevano individuato quattro punti:

- nonostante l'abnegazione e i rischi connessi alla pandemia, i medici piemontesi hanno garantito assistenza e tutela della salute pubblica ottenendo dal Governo e soprattutto dalla Regione un riconoscimento economico giudicato irrisorio rispetto a quanto reso come servizio nei confronti del cittadino. Non basta: ora il personale sanitario si trova a dover gestire complesse liste d'attesa che richiedono un ulteriore sacrificio. La domanda è: **quanto vale il lavoro dei medici per la Regione?**
- il SSR partiva da una situazione disastrosa: la carenza di specialisti e i concorsi deserti avevano determinato il proliferare dei medici a gettone. **A causa dell'emergenza sanitaria le carenze sono peggiorate ma dalla Regione nessuna proposta o quanto meno presa in carico di tale problema.**
- la Regione dovrà potenziare le Rianimazioni Piemontesi con ulteriori 300 posti letto, ma **dove troverà i medici Rianimatori da assumere? Chi curerà i pazienti?**
- Siamo in presenza di una "diaspora" di medici che, vista la totale indifferenza del Governo Regionale alle reali ed oggettive difficoltà nello svolgere in sicurezza e con i dovuti riconoscimenti la professione, hanno deciso di licenziarsi ripiegando al privato o rivolgendosi a strutture in altri territori. È una sconfitta del territorio e la Regione deve farsene carico.

Nei giorni successivi alla manifestazione si sono aperti alcuni spiragli nella trattativa con la Regione. Tutto è però stato bloccato dalla Ragioneria dello Stato intervenuta sulla Legge della Regione Piemonte relativa alle risorse aggiuntive per l'emergenza COVID. Sulla base di una differente interpretazione di una norma introdotta dal Decreto Cura Italia, la Ragioneria dello Stato ha, infatti, sollevato dubbi di legittimità sulla quota regionale stanziata dal Piemonte (36milioni di euro) rispetto a quella statale (18 milioni di euro).





AAROI-EMAC Lombardia

Implementare le risorse COVID per il riconoscimento di tutti i Colleghi

L'Intersindacale Lombardia ha chiesto alcuni giorni fa alla Regione di implementare le risorse per il riconoscimento di tutti i Colleghi che si sono impegnati nel corso dell'emergenza. Di seguito il testo del Comunicato Stampa:

Le OOSS del SSR lombardo hanno stipulato nelle scorse settimane gli accordi per i premi ai colleghi che hanno direttamente partecipato alla lotta contro la pandemia da COVID-19. Le norme che stanziavano le risorse regionali e statali sono state scritte in modo da escludere, purtroppo, per un verso i colleghi che hanno optato per la libera professione extramoenia, per un altro gli specializzandi non assunti con i contratti per l'emergenza.

Durante le trattative entrambi i problemi sono stati posti sul tavolo ma, ad oggi, la questione non è stata risolta.

Ora che le buste paga di giugno sono arrivate il malcontento è prevedibilmente assai diffuso, vuoi per l'esiguità del premio, vuoi per le esclusioni di questi colleghi che hanno svolto lo stesso lavoro di quelli premiati.

Ora è il momento di remunerare con senso di giustizia ed equità tutti i colleghi che si sono impegnati ad affrontare questa emergenza: le risorse statali previste dal Decreto Rilancio, secondo le OOSS, consentono a Regione Lombardia di stanziare ulteriori risorse, che vanno prioritariamente destinate a chi non ha ancora percepito nulla e in secondo luogo a maggiorare le premialità già decise dai precedenti accordi.

Regione Lombardia si faccia promotrice di questa iniziativa e chiami le OOSS a sottoscrivere un nuovo accordo. Il tempo stringe e i colleghi lo chiedono giustamente e a gran voce.

Stefano Magnone ANAAO-ASSOMED

Giuseppe Ricciardi e Pasquale Razionale CIMO Lombardia

Cristina Mascheroni AAROI-EMAC

Bruno Zecca FP CIGIL Medici

Gian Carlo Battaglia FVM Federazione Veterinari e Medici

Stefano Bracelli FASSID

Daniilo Mazzacane CISL Medici

Antonio Canino FESMED

Carlo Montaperto ANPO-ASCOTI-FIALS Medici

Paolo Campi UIL FPL Coordinamento Nazionale Delle Aree Contrattuali Medica, Veterinaria Sanitaria

Samuel Dal Gesso FEDIRETS sez. FEDIR



AAROI-EMAC Campania

Specializzandi al 4° anno riammessi al concorso del Cardarelli Una vittoria dell'AAROI-EMAC Campania

Lo scorso gennaio l'AORN "A. Cardarelli" di Napoli ha bandito un concorso pubblico per la copertura di 20 unità di Anestesisti Rianimatori dal quale aveva però escluso gli specializzandi al 4° anno che, per legge dovevano invece essere ammessi (Decreto Calabria: *"i medici e i medici veterinari iscritti all'ultimo anno del formazione corso di specialistica nonché, qualora questo abbia durata quinquennale, al penultimo anno del relativo corso sono ammessi alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita e collocati, all'esito positivo delle medesime procedure, in graduatoria separata"*). In seguito alla pubblicazione della graduatoria degli ammessi al concorso avvenuta lo scorso giugno e all'esclusione degli specializzandi al 4° anno, l'AAROI-EMAC Campania, ha ottenuto però che gli esclusi venissero riammessi.

"Un bel risultato dell'AAROI-EMAC Campania – ha commentato a caldo il Presidente Regione Giuseppe Galano –, su una vertenza che vedeva esclusi i giovani Colleghi del 4° anno di specializzazione da un concorso pubblico al Cardarelli, in cui il nostro intervento ha riportato alla riaffermazione del diritto sui tentativi di sopraffazione".

Soddisfazione anche da parte degli interessati, che hanno scritto ad AAROI-EMAC Campania: *"Ci teniamo a porgervi i nostri più sentiti ringraziamenti per aver prontamente risposto al nostro appello. È cronaca di ogni giorno osservare come i diritti di noi Anestesisti vengano lesi e calpestati, e spesso siamo noi specializzandi, in quanto "ultima" ruota del carro, a pagare il prezzo più caro. Sapere di non essere stati ignorati è per noi già una piccola vittoria, ma avere avuto una così decisiva risposta da parte vostra culminata con la difesa di un nostro diritto è stata la prova che, ancora una volta, uniti si fa la forza. Ci teniamo quindi a ringraziare l'Associazione e, in particolar modo, il Dr Galano per essersi fatto portavoce di questa piccola ma importante battaglia"*.

Soddisfazione espressa anche dal Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, secondo il quale questo è un *"ottimo risultato, che si basa sulla corretta applicazione della L. 28/02/2020, n.8! Si tratta del percorso di reintroduzione al lavoro dei Colleghi specializzandi (nel caso specifico "fino al 2022 a partire dal 3° anno di corso" in luogo della previgente disposizione "ultimo anno per le scuole di 4 anni e penultimo e ultimo anno per le scuole di 5 anni") dopo anni e anni di limbo universitario"*.



AAROI-EMAC Calabria

Premialità COVID, è scontro con la Regione

È scontro aperto tra i maggiori sindacati della sanità – AAROI - EMAC, ANAAO - ASSOMED, ANPO, CIMO, FASSID (AIPAC – AUIPI – SIMET – SINAFO - SNR), FEDIRETS, FESMED, FVM (SIVeMP – SMI - FIALS area Dirigenza Medica e Sanitaria - FISMU) – e la Regione Calabria, in particolare dopo che lo scorso 6 luglio CGIL, CISL e UIL, d'intesa con la Regione, hanno sottoscritto un accordo per gratificare il personale del Servizio Sanitario Regionale esposto al SARS COV 2. Un Accordo che le altre Sigle si sono rifiutate di sottoscrivere.

“La Regione – hanno spiegato i Sindacati per motivare il proprio diniego – avrebbe potuto destinare circa sedici milioni di risorse aggiuntive da distribuire per gratificare realmente i propri operatori sanitari e ristorarli dei gravi rischi corsi e del disagio patito lavorando in condizioni di pericolo costante lungo tutto il periodo dell'emergenza ed oltre. Evidentemente preferisce investire le proprie risorse in marketing ed immagine, lasciando i propri medici, infermieri ed OSS sempre meno incentivati, sempre più demotivati, sempre più soli ad arrabattarsi nel tenere in piedi la baracca, quella sanità che, senza discontinuità alcuna con la gestione dei decisori precedenti, è sempre più allo sbando. A fronte di sedici milioni erogabili come risorse aggiuntive, ne saranno, col beneplacito dei firmatari, distribuiti solo due”. Una cifra considerata tutt'altro che adeguata, al punto che, nel calcolare le gratificazioni spettanti, i Sindacati le avevano definite “miserie ed elemosine”.

Nei giorni successivi, l'Intersindacale, ad eccezione delle Sigle firmatarie dell'accordo, ha chiesto di rivedere il documento organizzando peraltro anche un incontro a Lamezia Terme per fare il punto della situazione. Di seguito le motivazioni alla base della richiesta delle OO.SS. di rivedere il confronto regionale.

L'articolo 6 (Confronto Regionale) del CCNL 2016/2018 dell'Area Sanità prevede che attraverso questa nuova modalità relazionale le regioni possano, entro 90 giorni dall'entrata in vigore e previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dello stesso, emanare linee generali di indirizzo alle Aziende, anche per lo svolgimento della contrattazione integrativa, in diverse materie, tra le quali “i criteri di allocazione delle risorse che finanziano il salario accessorio previste da specifiche disposizioni di legge per le quali è necessario l'intervento regionale che tengano anche conto della perequazione e compensazione a livello regionale”.

Dunque, per quanto riguarda la Dirigenza Area Sanità, le regole del gioco si sarebbero dovute scrivere, in maniera preventiva, entro il 18 marzo ultimo scorso. Anche, magari, solo in videoconferenza, naturalmente. Ma sulle relazioni sindacali, almeno per quanto riguarda le organizzazioni di categoria, forse in Regione Calabria sarebbe opportuno fare un corso accelerato. Così, giusto per non essere costretti a classificare alcuni atteggiamenti fin qui tenuti come minimo “sgarbi istituzionali”.

Va da se, quindi, che sono state scritte linee di indirizzo tardive, peraltro entrando anche nello specifico della contrattazione integrativa locale, nonostante l'incipit dell'articolo in questione reciti: “Ferma

rimanendo l'autonomia contrattuale delle Aziende ed Enti...".

E già questo dovrebbe fare vacillare la congruità dell'"accordo".

Ma poi, sempre in tema di rispetto delle norme contrattuali, nell'ultimo capoverso del documento firmato da CGIL, CISL, UIL e CGIL Medici si legge testualmente: "Le singole ASP, AO e AOU, sulla base di eventuali specifiche esigenze interne potranno, nell'ambito della propria autonomia gestionale prevedere, d'intesa con i livelli locali dei sindacati firmatari del presente accordo, ulteriori forme di incentivi e/o partecipazione a spese straordinarie del personale...".

Uno schiaffo all'art. 28 della legge 300/1970.

Ma v'è di più.

Il DL 18/2020 s.m.i. all'art. 1 recita testualmente: "Per l'anno 2020, allo scopo di incrementare le risorse da destinare prioritariamente alla remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica determinata dal diffondersi del COVID-19, i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza medica e sanitaria dell'area della sanità e i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro e incarichi del personale del comparto sanità nonché, per la restante parte, i relativi fondi incentivanti sono complessivamente incrementati, per ogni regione e provincia autonoma..".

È dunque evidente che le risorse stanziare dal governo con i Decreti Legge 18 e 34 siano finalizzate ad integrare istituti contrattuali dei CCNL della Dirigenza e del Comparto.

Ciò nonostante, nell'"accordo" Triplice/Regione si legge invece che "le premialità di cui sopra sono destinate a tutto il personale delle AASS e AAOO del SSR, sia con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato, con rapporto convenzionato o altri rapporti di lavoro flessibile", con buona pace della Corte dei Conti.

E questo nonostante tutte le regioni citate dai firmatari nell'incontro del 6 luglio u.s. come esempio di buone pratiche, si siano guardate bene dal distribuire le risorse in maniera difforme a quanto dettato dal legislatore. Tant'è che il Segretario Generale del Sindacato Medici Italiani ha pubblicamente denunciato, e siamo assolutamente d'accordo con lei, questo comportamento iniquo da parte del Governo nei confronti dei Convenzionati. È quest'ultimo, infatti, che dovrebbe farsi carico di trovare ulteriori risorse aggiuntive da destinare a tutti coloro che hanno rischiato di contrarre la malattia, anche fuori CCNL.

E non i sindacati, condividendo scelte illegittime sulle cui finalità potremmo anche accampare una qualche ipotesi.

Alla luce di tutto ciò, forse, sarebbe il caso si re-incontrassero le parti, per una migliore e più corretta definizione delle linee di indirizzo.

Nel frattempo, a tutt'oggi, nulla si sa nelle Aziende e gli eroi, ancora attendono la misera gratifica, nonostante il tanto frettoloso quanto inopportuno accordo targato CGIL-CISL e UIL.

*Dr Domenico Minniti
Presidente AAROI-EMAC Calabria*



La lettera del Professor Antonello Giarratano che descrive la sua esperienza in un concorso ospedaliero di Direttore di Struttura Complessa.

**All'Assessore della Salute della Regione Siciliana
On.le Ruggero Razza
e per conoscenza
Alle Organizzazioni Sindacali**

LETTERA APERTA

**L'esperienza in un concorso ospedaliero di Direttore di Struttura Complessa.
Analisi di un sistema che non è efficace né efficiente.**

Inizio la mia lettera appello con la risposta a due domande .

- Perché indirizzo questa mia richiesta pubblica alla attenzione dell'Assessore della Salute ?

Perché ho avuto modo di verificare direttamente e personalmente, in questi 6 mesi di collaborazione nel CTS-Covid Regione Siciliana, con quale attenzione e rigore l'Assessore ha condotto scelte tecniche sanitarie che avevano anche risvolti " politici " , puntando a logiche unicamente sanitarie di tutela della salute pubblica. Perché, rappresentando l'Istituzione è l'unico che possa , come si comprenderà nel prosieguo di questa lettera, intervenire perché un sistema non efficace (e non efficiente) di selezione della Dirigenza del Sistema Sanitario Regionale (SSR) non si ripercuota poi sulla salute dei cittadini e ne favorisca la migrazione verso altri SSR

- Perché un Professore Universitario con diverse "cariche" universitarie e ospedaliere e Presidente designato di una Società Scientifica Nazionale che conta circa 10.000 Anestesisti Rianimatori iscritti si interessa e presenta la sua candidatura a un Concorso Ospedaliero di Struttura Complessa ?

Perché proprio per il ruolo istituzionale che ricopre , che non è solo nella formazione sanitaria ma anche di rappresentanza scientifica di un mondo sanitario centrale nell'area critica e anestesiologicala perioperatoria chirurgica, si propone da sempre di promuovere la qualità e il merito . Da anni , registra invece , ricevendo in tal senso sollecitazioni continue a intervenire dagli stessi Colleghi che vedono nella Istituzione Università e nella Istituzione Società Scientifica un punto di riferimento, un sistema di arruolamento ospedaliero in particolare per le Strutture Complesse (i vecchi primari) che, normato sul piano nazionale dai DLgs 483 e 484/1997 e successive integrazioni tendenti alla qualità e al merito , viene troppo spesso esautorato da circolari regionali o addirittura "aziendali" . Queste interpretate liberamente e con procedure molto variabili in qualche Azienda Ospedaliera esitano in meccanismi valutativi "anomali" che alla fine non possono che condizionare in modo "anomalo" l'esito del concorso .

Tacere e come pochi altri "colleghi più anziani e più esperti" suggeriscono accettare con rassegnazione lo status quo " perché ti esponi , e così esponi anche chi ti sta vicino "?

L'insegnamento ricevuto nella mia formazione familiare, culturale e professionale è stato diverso : l'Istituzione e chi , con sacrificio e col lavoro, ha comunque la fortuna di ricoprire ruoli Istituzionali non può stare in silenzio quando un suo intervento può essere decisivo o per stimolare la soluzione o , come nel caso della Istituzione cui mi rivolgo, per risolvere la criticità grave.

Detto questo perché il sistema è inefficace (l'efficacia indica la capacità di raggiungere l'obiettivo prefissato) e quindi è incapace di raggiungere l'obiettivo di avere il "migliore" (il più esperto, il più competente, il più capace) alla guida di una struttura complessa della nostra Sanità.

Il dr. Carlo Marras (56 anni) neurochirurgo sardo che assunto al Bambin Gesù ha fatto qualche giorno fa un intervento unico al mondo potrebbe mai venire assunto per portare quella esperienza e quella qualità in alcune aziende sanitarie della nostra Regione Siciliana?

No , e spiegherò perché.

Un concorso per direttore di struttura complessa in alcune nostre Aziende Sanitarie non sembra seguire i criteri per la valutazione dei curricula previsti dalle norme nazionali ma viene lasciato spazio a libere interpretazioni di circolari dell'assessorato della salute anche datate (2014 e quindi non di questo Governo) le quali riprendendo linee guida regionali della conferenza Stato Regioni le integrano distorcendone la valenza e creando un mostro che appare antiguridico e antimeritocratico (e infatti i Commissari anche a disagio si affannano per giustificarsi a citarle) .

Se Chi ci legge dovesse valutare un candidato/a con 32/35 anni di servizio , casistica ed esperienza di alto livello , complessità e volume, esperienza pluriennale organizzativa, autore di numerose pubblicazioni e magari che abbia anche una attività didattica certificata pluriennale, e ancora che lavori in un DEA di II livello con expertise (in adulti e pediatrici) Anestesiologia Intensivologica anche in Neuro e CardioChirurgia , e poi si trovasse di fronte un altro/a candidato/a che ha 12/14 anni di servizio con casistica varia ma evidentemente limitata nei volumi dalla limitata esperienza, con competenza maturata pari alla diversa ridotta esperienza , e che, nonostante in un ruolo ospedaliero sia preminente e determinante l'esperienza professionale sanitaria clinico-assistenziale, si trovi difatto a essere privo/a di una attività di ricerca clinica e didattica, chi sceglierebbe ? La valutazione è anche comparativa ?

Se lo o Ella , on.le Assessore, dovessimo sottoporci (auspicio ovvio mai) a una prestazione sanitaria a elevata complessità e potessimo scegliere tra il Dr Marras di cui sopra e il suo ultimo Assistente (o un altro ultimo Assistente) che deve maturare altri 20/25 anni di expertise , chi sceglieremmo ?

Gli artifici di un sistema di selezione inefficace arruolano il meno esperto, il meno competente, il meno anziano dove l'anzianità non va contro la giovane età (non è un fattore anagrafico e anche l'Università deve promuovere in tutti i modi la crescita dei giovani talenti), ma va contro quella "maturità" necessaria a dirigere, a coordinare e ad offrire una prestazione sanitaria in ruolo apicale in una Azienda di rilievo. Esperienza che si fa con anni di qualificata attività , e che , a differenza di Aziende del sistema produttivo o industriale dove il manager giovane e dinamico può avere un senso, se viene meno può compromettere la qualità di una prestazione sanitaria che , lo ricordo a me stesso, si occupa della salute di un essere umano .

Come è possibile che il dr. Marras su 50 punti previsti per il CV (titoli ed esperienza professionale) in Sicilia ne possa prendere da 31 a 35 e soprattutto come è possibile che il suo ultimo assistente sempre in Sicilia ne prenda 32 a 34 ? Come è possibile che poi anche al colloquio (sistema molto soggettivo di valutazione) il dr. Marras prenda anche 8-10 punti in meno del suo ultimo assistente e quindi non vinca ?

Le gemelle siamesi in Sicilia sono destinate a restare "attaccate" ? O sono destinate a..... migrare al Bambin Gesù?

Gli artifici che circolari e regolamenti interni (integrati talvolta anche dopo un anno dal bando di concorso , prima che venga espletato) costruiscono in Sicilia in alcune Aziende sono incredibili .

Se io (io generico) ho una attività professionale clinico-assistenziale svolta anche all'estero in centri di eccellenza, attività didattica o una attività di ricerca o una casistica di 25 anni di elevata complessità e volumi (anche 15-20.000 procedure), di decine di pubblicazioni indexate, come è possibile che possa prendere praticamente nella valutazione titoli lo stesso punteggio di chi è lontano anni luce da questi numeri e in alcuni voci ("fattori di valutazione") addirittura non ne ha valutabili ?

E' possibile perché, e lo si scrive nei verbali , IL PUNTEGGIO MINIMO ATTRIBUIBILE AL CANDIDATO, SECONDO REGOLAMENTO INTERNO è di 2 PUNTI!!! PUNTEGGIO MINIMO !!!

Anche se in un " fattore di valutazione" non ho per esempio una pubblicazione indexata (la normativa dice anche che debba entrare nel merito del contributo del candidato) ? **Anche se non ho attività di docenza qualificata? SI !!! E' possibile avere attribuito un punteggio se in quella**

voce nel Curriculum Vitae non c'è riportato nulla ? Incredibile ? NO , in queste modalità concorsuali , per fortuna applicate non in tutte le Aziende ma in alcune peraltro di rilievo , si può. E' possibile perché il punteggio legato alla esperienza professionale viene valutato sugli ultimi 10 anni (per la casistica e questo sta nelle norme) ma anche il punteggio legato alla anzianità di servizio con la qualifica (Responsabile o meno di unità operativa), anche questo viene valutato in alcune nostre Aziende SOLO per 10 anni. E' come se compiuti 10 anni di servizio non servisse più maturare esperienza e casistica .

Altre cose lasciano perplessi (alcune allibiti: come si possa fare a dare punteggi diversi alla attività svolta in due Dea di Il livello uno con Cardiocirurgia e uno senza Cardiocirurgia attribuendo a quello senza il punteggio maggiore!!!) ma il risultato è uno : il Dr Marras non può (e viene il dubbio ormai a molti che non debba) vincere il concorso dove il suo ultimo assistente è quasi predestinato.

Tutto ciò è anche possibile che sia legittimo e nessuno oggi è qui a sollevare problemi di legittimità ma è sicuramente antimeritocratico e , a mio parere , per nulla etico.

E' etico (anzi è forse in qualche modo "dovuto" a parere dello scrivente) che una Scuola, una Università, una Azienda Ospedaliera, un Maestro propugni e promuova in tutti i modi legittimi il profilo professionale di un proprio allievo, un proprio docente, un proprio dirigente sanitario ma ciò può essere fatto a parità di esperienza , competenza, maturità professionale: insomma a parimerito.

In conseguenza dell'attuale sistema invece in alcune Aziende della nostra Regione i dr.i Marras non partecipano neanche e se, per "l'errore" di una commissione poco "allineata" a circolari e diktat locali , dovessero vincere , vanno poi via dopo pochi mesi riferendo condizioni di lavoro impossibili.

Il sistema dei **concorsi universitari** tanto vituperato e tanto criticabile (sono "universitario" ma sono stato per 12 anni "ospedaliero") almeno oggi fa una pre-selezione oggettiva di base . Se non hai un minimo di produzione scientifica oggettivata da sistemi valutativi internazionali h-index - citation ed altri indici , che se non hai prodotto ricerca non puoi avere , non avrai mai nessuno che potrà "farti diventare" Professore Ordinario (equivalente del ruolo ospedaliero del direttore di struttura complessa) . Poi in alcuni casi ha mostrato anche il sistema universitario le sue criticità e i suoi meccanismi "anomali" (ricordo da ragazzo quando qualcuno presentandola come una battuta ripeteva che il potere di un Professore Ordinario degli anni 70 si vedeva dalla "Capra" che poteva portare in Cattedra) e spesso ha pagato sulla illegittimità di alcuni comportamenti. La Capra , mi sia consentita questa libertà che vuole , esasperandolo, definire il principio , da tanti anni non può più essere Professore Ordinario.

Come fare allora ad evitare che la nostra Regione e alcune Aziende Sanitarie in particolare, di importanza peraltro strategica, vengano ormai viste da Candidati professionalmente ineccepibili "da scansare" (è persino difficilissimo avere Commissari e si fanno decine di sorteggi per formare le Commissioni perché quando vengono sanno che tipo di pressioni e procedure li aspetta) ?

Come evitare che la promozione del candidato non tanto più giovane quanto meno esperto e meno competente che supera senza un criterio riconosciuto meritocratico altri candidati , talvolta anche della stessa Azienda, più esperti , competenti e qualificati (ci conosciamo tutti nei nostri ambiti e ciascuno nelle proprie specialità), possa convincere i più giovani che escono dalle nostre Scuole di Specializzazione a cercare solo "scorciatoie" in "compari " che ne garantiscano la carriera?

A che serve spiegare sempre a questi stessi giovani che frequentano le nostre Università e si formano negli Ospedali del Nostro e Suo SSR , che andando all'estero o in strutture di eccellenza , facendo esperienze professionali, lavorando duro, facendo ricerca, un giorno potranno raggiungere

traguardi professionali come la direzione di una struttura complessa o un ruolo universitario quando negli anni della loro formazione professionale assistono , non in silenzio ma inascoltati, a questi esempi ?

Nessun moralismo nè atteggiamento moralistico , ma sono tantissimi i Colleghi , Ospedalieri e Universitari, che mi hanno detto in questi anni "che era così" e non credendoci ho voluto fare anche questa esperienza (nella mia carriera ospedaliera qualcosa "la avevo vissuta" in gioventù ma per il primo gradino di assistente ospedaliero) e certo mi posso permettere di rivolgerle questo appello perché non scrivo in quanto deluso dal non avere vinto (mi sono fermato alla valutazione dei titoli) . Penso sia evidente che le mie attuali qualifiche vanno oltre la qualifica del concorso cui ho partecipato fermandomi alla valutazione titoli e quindi nessuno dei numerosi detrattori beneficiari del "sistema inefficace" potrà dirLe o attribuire a questo mio appello motivazioni "personali".

In questi anni di Suo Governo ha sostenuto le stesse cose che oggi Le scrivo. Molto, quasi tutto, dello status quo non dipende dal Suo Governo, ma si inserisce in una deriva di almeno 15 anni.

E Le scrivo perché, come ho detto in premessa ho maturato la personale convinzione che il Suo rigore anche metodologico e la Sua volontà di riconoscere il merito e di cambiare un "sistema inefficace" anche nella selezione di quelli che dovrebbero essere i propri Uomini e Donne "migliori", Le potrebbe permettere di rivedere anche come Legislatore le criticità del sistema che però minano la credibilità del Sistema Sanitario che Ella oggi governa .

Sanare questo vulnus è alla base del sistema inefficace che contribuisce alla migrazione dei nostri Cittadini e , cosa anche questa parimenti grave, dei nostri Professionisti più esperti e più competenti.

Per tale motivo oggi mi rivolgo per conoscenza anche alle **Organizzazioni Sindacali**. Le normative concorsuali , il rispetto del merito, il riconoscimento dell'esperienza e del servizio e il disagio che si percepisce in questo ambito tra la maggioranza dei Professionisti che tutelate non sono a fondamento dei vostri Statuti ?

Con rispetto e osservanza per il Suo ruolo istituzionale di Assessore della Salute , ma anche per il rispetto che ho avuto modo di riscontrare merita la Sua Persona, spero che vorrà considerare tutta la mia buona fede in quello che Le scrivo.

Palermo, 13 Luglio 2020

Antonello Giarratano

**È possibile leggere la lettera
del Prof. Giarratano al seguente link**

<https://www.insanitas.it/la-mia-esperienza-in-un-concorso-ospedaliero-di-direttore-di-struttura-complessa-un-sistema-perverso/>

Corsi e Ricorsi Storici nei Concorsi del SSN

Riscontro alla Lettera Aperta del Professor Antonello Giarratano

La risposta del Presidente Nazionale AAROI-EMAC alla lettera del Professor Giarratano.

Giambattista Vico, il pensatore solitario che si pone tra la grande filosofia europea e la tradizione umanistica del Seicento, ai giorni nostri non potrebbe far altro che citare per plagio il Prof. Antonello Giarratano, Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione all'Università di Palermo e Presidente Designato SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), che qualche giorno addietro ha indirizzato una lettera aperta all'Assessore alla Salute della Regione Siciliana Ruggero Razza, chiedendogli di intervenire per trovare una soluzione al proposito dell'espletamento dei concorsi pubblici per i direttori delle Unità Operative Complesse Ospedaliere.

Ma in realtà, in tal caso di fantasia, il Prof. Giarratano avrebbe buon gioco nel dimostrare che non di plagio si tratta, bensì – in termini traslati – di una sorta di pubblicazione di un abstract relativo ad un esperimento scientifico in cui egli stesso ha voluto far da cavia, essendosi limitato a voler dimostrare, per contestarne le storture, le teorie del Vico sui “corsi e ricorsi storici”, nel caso specifico in riferimento ai concorsi per i Primari Ospedalieri.

Lasciando da parte la filosofia, la lettera del Prof. Giarratano, pubblicata anche su “Repubblica Palermo” del 15 Luglio scorso, afferma che un sistema di arruolamento ospedaliero in particolare per le Strutture Complesse (i vecchi primari), normato sul piano nazionale dai DLgs 483 e 484/1997 e successive integrazioni tendenti alla qualità e al merito, viene troppo spesso esautorato da circolari regionali o addirittura “aziendali”.

La lettera viene indirizzata, per conoscenza, anche alle Organizzazioni Sindacali Nazionali Mediche, tra le quali proprio sull'AAROI-EMAC, presieduta dal sottoscritto, causa un grande impatto, dato che l'esperimento in questione ha riguardato proprio un concorso di una Unità Operativa di esclusivo interesse dei Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione, che l'AAROI-EMAC elettivamente ed in stragrande maggioranza rappresenta a livello nazionale.

Pertanto, al sottoscritto, in qualità di Presidente dell'AAROI-EMAC, corre l'obbligo di dar almeno un riscontro al collega ed amico Prof. Giarratano, al quale immagino non sia sfuggito di aver a sua volta indirettamente chiamato in causa Giuseppe Tommasi di Lampedusa, che nella celebre Opera “Il Gattopardo”, fa dire a Tancredi, il nipote del Principe di Salina: «Se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi».

Rispondo alla domanda diretta rivolta alle OO.SS. dal Prof. Giarratano, il quale chiede: Le normative concorsuali, il rispetto del merito, il riconoscimento dell'esperienza e del servizio e il disagio che si percepisce in questo ambito tra la maggioranza dei Professionisti che tutelate non sono a fondamento dei vostri Statuti?

Sì lo sono, e proprio questo è il vero nodo: nella mia esperienza sindacale gli ostacoli per tale tutela sono sempre stati i più diversi e i più paradossali, tutti comunque accomunati da una sola principale caratteristica: quella di una precisa – in senso lato – “volontà politica” di mantenere ampissimi margini di discrezionalità nell'affidamento degli incarichi, pur camuffata sotto le mentite spoglie di una progressiva “aziendalizzazione” degli Ospedali che in troppi Enti del nostro SSN è rimasta solo sulla

carta sotto il profilo dell'efficienza e delle connesse responsabilità, ma che è invece enormemente progredita sul solo piano delle autonomie applicative, ai vari livelli di direzione, delle norme al riguardo.

Ebbene, a prescindere dal caso specifico del concorso svoltosi a Palermo, nel merito del quale non entro, non avendo alcun titolo né alcuna concreta possibilità per farlo, posso e debbo affermare, in linea generale, che la storia stessa, recente e meno recente, delle norme inerenti le nomine a Direttore di Struttura Complessa (il vecchio "Primario"), e non solo, dimostra che le Organizzazioni Sindacali firmatarie di CCNL ben poco hanno potuto fare, per ricondurre concretamente tali norme, anche attraverso le trattative contrattuali, a veri criteri di trasparenza, equità e uniformità regionale (tantomeno nazionale), proprio per la mancanza di una "volontà politica". Per esser ancora più diretti, ogni tentativo in tal direzione si è scontrato con norme di legge, in particolare nate in epoca brunettiana e a seguire anche in epoche successive, che di fatto hanno stabilito paletti ancor più discrezionali di quelli già preesistenti.

Non si può sottacere, peraltro, sempre mantenendo limitato il significato della presente in un ambito di critica generale inerente le carriere dei medici ospedalieri (e di quelli universitari), il parallelo gattopardismo di cui sono giocate certe Università, di cui forse il Prof. Giarratano è più al corrente del sottoscritto, in particolar modo considerando certe progressive occupazioni "manu militari" di troppi Primari Ospedalieri nelle cosiddette "Aziende Miste Ospedaliero-Universitarie". E, volendo invece lanciare uno sguardo anche sul resto delle progressioni di carriera anche non apicale, sia ospedaliera sia universitaria, i cui percorsi in troppi casi devono passare attraverso certe "porte a cui bussare", il panorama la cui sconsolante vista egli

lamenta si allarga inevitabilmente.

Per concludere, nel caso specifico del concorso di cui al casus belli saranno i diretti interessati ad esporre nelle sedi opportune - eventualmente con il ricorso alle Autorità Competenti - le loro ragioni, naturalmente con la disponibilità del Sindacato a valutare, per quanto ad esso compete, la corretta applicazione delle norme. Ma, qualunque sia l'esito di tali accertamenti, l'invito che mi sento di rivolgere al Prof. Giarratano è il seguente: scoperchiamo insieme, Medici Ospedalieri ed Universitari, "la pentola delle progressioni di carriera", e facciamone uscire ciò che deve uscirne, proponendo soluzioni che però non possono essere soltanto limitate all'applicazione delle norme in vigore ad oggi, molte delle quali distorte in sé prima ancora che nella loro applicabilità, sperando che i decisori politici cui spetta il governo, a tutti i livelli, del SSN abbiano la volontà di affrontare il problema con la trasparenza e il coraggio che l'operazione di una tale portata richiede.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

**È possibile leggere la lettera
del Presidente AAROI-EMAC
al seguente link**

<https://www.insanitas.it/concorsi-in-sanita-vergallo-scopecchiamo-la-pentola-delle-progressioni-di-carriera/>

Per la previdenza basta annunci, necessari interventi organici

La nota del Segretario Generale COSMED, Giorgio Cavallero, dopo l'incontro con il Ministero del Lavoro che ha confermato la volontà del Governo di mantenere la quota 100 fino alla scadenza naturale prevista per il 31 dicembre 2021.

Nell'incontro con le Confederazioni del 29 luglio, il Ministero del lavoro ha confermato che il governo intende mantenere la quota 100 fino alla scadenza naturale prevista per il 31 dicembre 2021.

Al riguardo COSMED ha evidenziato come le continue riforme del sistema pensionistico, nonché i continui annunci di modifiche, hanno creato confusione e prodotto un risultato opposto a quello perseguito: una fuga dal sistema alimentata dal timore della perdita dei diritti acquisiti.

Le voci sulla quota 100 stanno producendo un incremento delle domande di pensione anche da parte di chi come i dipendenti pubblici avrebbe tutto l'interesse a restare in servizio fino al 2021 per godere degli aumenti contrattuali pieni a regime del contratto 2019-21, che sarà emanato, con i relativi benefici pensionistici indotti.

Il sistema INPS, gravato da una miriade di prestazioni assistenziali e dalla gestione impropria di bonus e attività varie non previdenziali, risulta di difficile comprensione e di non facile accesso per i cittadini. Necessario un intervento organico e complessivo, come quello ipotizzato di una legge delega, che con tempi adeguati semplifichi e restituisca certezza dei diritti e una programmazione certa del futuro previdenziale dei lavoratori.

Il fatto che l'età di pensionamento in Italia risulta più basso della media europea è dovuto alla mancanza di misure di accompagnamento alla pensio-

ne, infatti per i pensionandi non sono previste agevolazioni sull'orario e la tipologia di lavoro (ferie, guardie notturne e festive, attività usuranti sono uguali per tutta la durata dell'attività lavorativa a prescindere dall'età).

COSMED ha ribadito la necessità di una staffetta generazionale che contempli l'inserimento di giovani nel mondo del lavoro valorizzando contemporaneamente l'esperienza lavorativa e la potenzialità formativa di chi è prossimo alla pensione. In tal senso presenteremo un progetto.

È urgente valorizzare la previdenza complementare, liberandola dai vincoli attuali in particolare dall'obbligo di conferire la liquidazione maturanda, con adeguata informazione dei giovani.

È necessario, infine, separare previdenza da assistenza per non erodere ulteriormente le risorse che preventivamente e anticipatamente i lavoratori accantonano nei rinnovi contrattuali ai fini previdenziali e che non devono essere intaccate da prestazioni assistenziali necessarie, ma che devono attingere dalla fiscalità generale.

Imprescindibile il metodo di confronto con i rappresentanti dei lavoratori sperando che vengano evitati colpi di mano nei confronti di coloro che hanno versato una parte rilevante del proprio reddito (nel settore pubblico almeno il 37% delle retribuzioni è investito in previdenza) nelle casse pensionistiche.

In tal senso la calendarizzazione degli incontri sindacali in vista della legge di bilancio per i prossimi 8 e 17 settembre non può che essere accolta positivamente.

Giorgio Cavallero
Segretario Generale Cosme



Emergenza Covid: COSMED annuncia la firma del protocollo di sicurezza fase 3

Lo scorso 24 luglio COSMED ha diffuso un comunicato stampa, legato all'Emergenza Covid, sulla "firma del protocollo di sicurezza fase 3 e il ripristino delle norme contrattuali sull'orario di lavoro e le prerogative della contrattazione". Il principale punto evidenziato richiama l'accoglimento della domanda della COSMED di legare la flessibilità degli orari di lavoro al rispetto delle norme contrattuali. Viene inoltre sottolineata la necessità di un continuo confronto con i sindacati, in particolare sugli standard di sicurezza e sulla dotazione di adeguati dispositivi di protezione con l'obiettivo di non rivivere le gravi carenze emerse nei mesi scorsi.

Di seguito il testo integrale della nota inviata alla stampa:

"Con un protocollo unitario firmato da tutte le Confederazioni, senza accordi separati con primogenitura della triplice e apartheid delle altre Confederazioni, sono state sottoscritte le norme generali per tutte le Amministrazioni pubbliche, commenta la Confederazione dei medici e dirigenti. È stata accolta la principale richiesta della COSMED: la flessibilità degli orari di lavoro deve avvenire nel rispetto delle norme contrattuali. Ribadito che il rispetto del contratto di lavoro e del D.Lgs. 66/2003 in materia di orario, turnazioni, riposi e durata dell'orario settimanale sono la principale garanzia di sicurezza per pazienti e operatori.

Il protocollo richiama in più punti la necessità del confronto con le organizzazioni sindacali rappresentative sui luoghi di lavoro in materia di sicurezza, adeguatezza dei dispositivi di protezione, regolamentazione del lavoro agile oltre che sulla flessibilità degli orari di lavoro.

Tale confronto è inoltre indispensabile per adeguare

alle diverse attività lavorative gli standard di sicurezza e la dotazione di adeguati dispositivi di protezione. Al riguardo andrà verificato il tempestivo e congruo approvvigionamento di dispositivi in dotazione opportunamente stoccati. Sarebbe imperdonabile in caso di riaccutizzazione della pandemia la riproduzione delle gravi carenze emerse nei mesi scorsi.

Ribadita la necessità di speciale tutela per i dipendenti con patologie pregresse o in condizioni di fragilità.

Cosmed ha richiamato l'urgenza dei decreti attuativi previsti dall'art. 83 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 in materia di sorveglianza sanitaria eccezionale da attuarsi previo confronto con le organizzazioni sindacali.

Come segnalato da Cosmed, la recente sottoscrizione del contratto nazionale delle Funzioni locali, interamente in videoconferenza al pari di questo protocollo, dimostra come siano possibili contrattazioni nazionali e decentrate con tempi sovrapponibili a quelli normalmente previsti.

Resta l'urgenza di una contrattazione nazionale per la regolazione dello smart working e per una normativa sulla conciliazione dei tempi vita-lavoro dei dipendenti, già prevista e mai attuata, che l'emergenza Covid ha reso indifferibile.

Positivo l'impegno dell'Ispettorato della funzione pubblica a monitorare e a verificare il rispetto del protocollo e delle norme anche sulla base delle segnalazioni da parte delle organizzazioni sindacali.

Questo protocollo secondo COSMED deve diventare un'ulteriore opportunità per affrontare il tema delle condizioni di lavoro che devono essere adeguate alla normativa europea superando ritardi storici inaccettabili".

Norme di buona pratica clinica e modelli organizzativi in sala operatoria e in rianimazione

Dal primo Settembre 2020 fino al 28 Febbraio 2021 sarà a disposizione di tutti gli Iscritti all'AAROI-EMAC il nuovo corso FAD dal titolo "Norme di buona pratica clinica e modelli organizzativi in sala operatoria e in rianimazione". Si tratta del secondo percorso formativo realizzato attraverso AreaLearn approfondendo gli argomenti del Meeting SAQURE 2019.

Nell'ambito dell'aggiornamento professionale, oltre all'acquisizione di competenze scientifiche basate sulla diffusione delle evidenze sottolineate dalle linee guida emanate dalle società di riferimento, sono importanti anche le nozioni sull'organizzazione e gestione del lavoro.

Questo corso ha l'obiettivo di favorire la diffusione di competenze che rispondano ai principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle risorse, al fine di gestire al meglio i mezzi e gli strumenti a disposizione senza trascurare la sicurezza delle cure verso il paziente critico.

È in quest'ottica che sono stati trattati importanti temi come l'organizzazione della gestione del paziente pediatrico. I criteri di qualità e sicurezza della gestione delle patologie pediatriche sono stati definiti con lo scopo di non disperdere le risorse disponibili e migliorare le cure in questo ambito, accentrando i trattamenti specialistici in strutture di riferimento.

Con lo stesso intento è stato valutato l'impatto che può avere sull'efficienza e la sicurezza la gestione del paziente chirurgico basato sul protocollo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Deve essere incentivato il rispetto di questi bundle pre-, intra- e

postoperatori in quanto se correttamente applicati riducono i giorni di degenza ospedaliera e migliorano l'outcome dei pazienti. Il compito dell'equipe è quello di applicare tali principi in base al tipo di paziente e all'intervento chirurgico a cui deve essere sottoposto ma soprattutto favorendo l'ottimizzazione delle risorse.

Un'altra tematica importante è stata la scelta della tecnica anestesiológica più adeguata, sia in contesti particolari, come nel paziente con frattura di femore, sia in pazienti fragili come può essere il paziente anziano. È stata posta l'accento sulla definizione dei criteri volti a favorire scelte anestesiológicas consapevoli per ridurre i rischi post-operatori, sia in termini di problematiche cardiovascolari che neurologiche come il decadimento cognitivo nei pazienti più compromessi.

L'utilizzo appropriato dell'albumina, in particolare nel paziente ricoverato in Rianimazione con patologie a rischio di vita, ha lo scopo primario di migliorare l'outcome, tenendo conto che un uso mirato favorisce anche l'ottimizzazione di risorse che possono essere d'aiuto in altri contesti difficili.

Lo scopo principale di questo corso è evidenziare come un utilizzo appropriato dei mezzi e delle strutture che abbiamo a disposizione, sempre rispettando i principi evidenziati nelle linee guida e nelle raccomandazioni, migliora la gestione e la cura dei pazienti più critici.

Il corso si sviluppa in 7 ore formative e prevede, previo il superamento del test con almeno il 75% di risposte esatte, il riconoscimento di 10,5 Crediti ECM.

Responsabili Scientifici

Giuseppina Di Fiore e Emanuele Iacobone

1. Le norme di buona pratica clinica e i modelli organizzativi in Anestesia Pediatrica (37')

Edoardo Calderini, Responsabile UOS Piastra Operatoria Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera di Padova U.O.C. Istituto di Anestesia e Rianimazione – DIMED AO Padova Università

2. I protocolli ERAS: impatto su efficienza e sicurezza (41')

Marco Rossi, Dirigente Medico responsabile di Struttura Complessa UOC di Anestesia delle Chirurgie Specialistiche e Terapia del Dolore 1 c/o Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma

3. La gestione sicura del paziente fratturato di femore (67')

Astrid Ursula Behr, Responsabile UOS Piastra Operatoria Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera di Padova U.O.C. Istituto di Anestesia e Rianimazione – DIMED AO Padova Università

4. La gestione dell'ipotensione intraoperatoria: come evitare di essere attaccabili (60')

Carmelo Minardi, Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione presso A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele Catania

5. Decadimento cognitivo nell'anziano dopo esposizione ad Anestesia Generale: mito o realtà (80')

Luigi Carbone, Responsabile Struttura Semplice Anestesia. AREA VASTA 3 Presidio ex ASUR - Zona Territoriale 9

6. Cricotirotomia d'urgenza: tecniche e responsabilità professionale (37')

Massimiliano Sorbello, Dirigente Medico UOC c/o AOU Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

7. Albumina: quando è necessaria? (55')

Diego Gattari, Responsabile Rianimazione Ospedale Civile di Macerata - AREA VASTA 3 ASUR Marche



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

Il ruolo dei Webinar tra formazione e aggiornamento

Sempre più spesso negli ultimi anni, ma specialmente in quest'ultimo periodo, si sente parlare di Webinar. Il termine in oggetto è un neologismo legato all'unione di due parole: **Web** e **Seminar**, le cui accezioni letterali non lasciano alcun dubbio, definendo così un seminario che viene seguito da persone (gli utenti) su piattaforme web grazie ad una connessione internet. Abbiamo cercato di fare il punto della situazione e riflettere sul ruolo dei Webinar insieme alla Presidentessa della SIAARTI la **Prof Flavia Petrini**.

1 - In un momento storico in cui le distanze sociali sono state tassative, il confronto tra gli esperti non ha avuto luogo nelle sedi canoniche: come hanno reagito gli anestesisti e rianimatori a questa svolta epocale fatta dai Webinar?

"Possiamo dire che nel primo momento è emersa la necessità di dare supporto ai professionisti, che avevano difficoltà ad entrare in contatto con chi aveva acquisito esperienza clinica. Proprio grazie al supporto dei colleghi più esperti, che si sono messi a disposizione della Società, è stato possibile dare una forte risposta all'emergenza formativa.

La Società non ha mai smesso di produrre contenuti, sintonizzandosi sulle tecnologie digitali per offrire approfondimenti e formazione continua, con una cadenza settimanale e con il fondamentale supporto del suo Comitato di Formazione e dei Gruppi di studio. In questo senso abbiamo utilizzato i webinar, ma non solo: abbiamo diffuso contenuti via YouTube, abbiamo utilizzato i canali social, abbiamo condiviso messaggi ed appelli interattivi attraverso le istituzioni (WHO) con altre società scientifiche e associazioni professionali, abbiamo promosso e realizzato board e survey sempre utilizzando le piattaforme tecnologiche più avanzate.

In tutto questo l'apporto fondamentale al provider SIAARTI l'ha offerto la segreteria organizzativa Mandragora, che organizza tutte l'attività della società scientifica negli ambiti di competenza: anestesia, analgesia, rianimazione, terapia intensiva, medicina del dolore e cure palliative, medicina dell'emergenza e iperbarica, cure materno-infantili.

Per rispondere alla domanda: abbiamo registrato una partecipazione convinta, ben percepita e di qualità, e non abbiamo notato particolari difficoltà di adattamento degli anestesisti-rianimatori al nuovo mezzo formativo".

2 - Quali tematiche sono state più gettonate, seguite o richieste dai colleghi?

"Dobbiamo sottolineare che SIAARTI ha al suo interno un Comitato di Formazione, che è il vero motore della programmazione formativa. Il comitato vede nel responsabile, Massimo Girardis, e nei suoi membri (Filippo Bressan, Maria Vargas, Vito Torrano, Concezione Tommasino, Blanca Martinez) il cuore progettuale e formativo. Sono soprattutto loro la forza creativa che coglie i bisogni di aggiornamento professionale dei colleghi e li trasforma in percorsi formativi di qualità.

Per quanto riguarda le tematiche maggiormente seguite dobbiamo dire che alcuni eventi hanno mostrato una partecipazione decisamente rilevante. Tra questi sicuramente i primi webinar dedicati ai pazienti COVID-19 positivi hanno riscosso un successo straordinario, con circa 2500 partecipanti, che hanno ricevuto le indicazioni dai colleghi in prima linea su temi quali nutrizione, ventilazione, terapie farmacologiche e monitoraggi. Con orgoglio rivendichiamo di aver organizzato dei webinar anche sui temi etici e sulla comunicazione con i familiari dei malati.

Ogni documento pubblicato dalla Società ha avuto un forte riscontro - la procedura di area critica ha registrato più di 40.000 download - e a ogni nuova uscita sono stati organizzati uno o più webinar, senza tralasciare le attività non correlate alla pandemia. Cito a esempio un evento particolare perché inserito all'interno di un progetto biennale di SIAARTI: stiamo parlando degli Stati Generali sul patient blood management, webinar formativo multiprofessionale online, che ha registrato la partecipazione di oltre 600 professionisti.

Ma quello che ci interessa di più, al di là delle cifre e della partecipazione, è il report qualitativo espresso dagli iscritti ai singoli eventi. Il 90% dei partecipanti ha espresso parere ottimo sulla "qualità educativa dei

programmi ECM”, una risposta che evidentemente offre un giudizio sugli aspetti di “contenuto”; di “formato digitale” della proposta e sulla scelta degli esperti di volta in volta chiamati a trattare i temi. Sono dati comuni ai corsi residenziali che già la piattaforma formativa offriva e che ci confermano che la strada che stiamo pianificando – acquisizione e mantenimento di competenze su temi cruciali per la professione – è ben accettata dai nostri soci. Il Comitato di Formazione e il Consiglio Direttivo SIAARTI hanno ben presente che l’obiettivo ultimo è il miglioramento continuo dei servizi offerti ai nostri pazienti”.

3 - Le distanze si riducono sempre di più, mentre le possibilità aumentano: che prospettive si aprono oltre agli eventi di formazione, come i congressi, simposi o incontri?

“Noi oggi non possiamo prevedere quando riprenderemo le attività formative residenziali: questa considerazione è la premessa per ogni risposta a questa domanda. Tutto il Paese, e diciamo pure tutto il mondo, ignora quale tipo di risposta dovremo offrire anche per il sistema della formazione professionale da settembre in poi, se continuando con un distanziamento sociale di sicurezza, oppure in totale libertà, oppure ancora con un nuovo modello ECM. In ogni caso una cosa è certa: il periodo di emergenza ci ha portato una nuova cultura ed una nuova consapevolezza sull’uso dei sistemi digitali, che diventano una nuova risorsa per tutte le nostre attività, congressi ed eventi ma non solo.

Oggi programmare un seminario online non è più così straniante, così come nel passato: le esperienze che abbiamo fatto in questi mesi ci hanno portato verso una nuova consapevolezza che ci ha permesso di organizzare il Congresso annuale SIAARTI, “**ICARE 2020-Tecnologia e Umanizzazione nell’era del COVID-19**”, proponendolo come evento virtuale innovativo, ricco di proposte scientifiche e di grande capacità di “lettura”, anche dei fatti recenti legati al COVID-19. ICARE2020 ha preso la forma di un evento digitale con una programmazione che prosegue per tre settimane: dai tre giorni inizialmente previsti, il Congresso si estende infatti a tre fine settimana (9-11 ottobre; 16-18 ottobre; 23-25 ottobre) con sessioni scientifiche in diretta, interviste, contenuti on-demand innovativi e possibilità di confronto con gli esperti. Possiamo quindi dire che le norme di di-

stanzamento sociale e le problematiche vissute durante la pandemia, hanno portato SIAARTI ad una riflessione doverosa sulla propria proposta congressuale, indicandoci di pensare in grande per offrire ai soci, ed anche a tutti i cittadini ed alle istituzioni, una serie di aggiornamenti unici sull’insieme delle tematiche dall’anestesia e medicina perioperatoria, alla rianimazione e terapia intensiva. Siamo certi che al termine di questo impegnativo periodo saremo in grado di conoscere meglio la nostra professione e dialogare insieme sui temi delle tecnologie innovative e dell’umanizzazione delle cure, per quel miglioramento che necessariamente il nostro Servizio Sanitario si attende, in modo più capillare e omogeneo sul territorio di quanto a oggi non sia stato possibile fare.

Per finire, però, non possiamo dimenticarci del grande tema della telemedicina, ambito che offre molteplici strade, che pensiamo godrà di un notevole impulso nel prossimo periodo. Ebbene: sia l’Istituto Superiore di Sanità, con le “Indicazioni ad interim per

servizi assistenziali di telemedicina durante l’emergenza sanitaria COVID-19” (rapporto dell’aprile 2020) con cui affronta il tema dei servizi assistenziali di telemedicina durante l’emergenza sanitaria, che la Conferenza delle Regioni con il documento in itinere “Erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale a distanza – servizi di Telemedicina”, hanno in un qualche modo sottolineato l’ur-

genza di passare ad una fase “matura” dell’uso di questi strumenti, del telemonitoraggio e del teleconsulto”.

I webinar diventeranno dunque sempre più una parte integrante dei nostri circuiti di formazione ed aggiornamento, senza spodestare l’esperienza diretta.

Chiunque conosca colleghi che abbiano sviluppato applicativi e programmi in campo anestesiologicalo, intensivistico o più generalmente medico, può inviarmi un loro contatto al mio indirizzo mail:

praimondo@iol.it



A cura di
Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

Previdenza

PENSIONI



Per i medici Covid risarcimento e riconoscimento

Nel testo approvato dal Senato, nel corso della trasformazione in legge del decreto così detto "Rilancio", è stato incluso un emendamento che estende ai medici, operatori sanitari, farmacisti impegnati nell'emergenza Covid-19 e colpiti da patologie invalidanti o morte quanto previsto dalla legge n. 407/1998 che prevede per il coniuge e i figli superstiti, di poter godere del diritto al collocamento obbligatorio con precedenza rispetto ad ogni altra categoria e con preferenza a parità di titoli. È un parziale risarcimento dell'impegno profuso dai sanitari in questi mesi di grande difficoltà.

Appare, tuttavia, poca cosa rispetto a quanto dato, anche con la morte, dai tanti medici sacrificatisi. È pur vero che lo Stato, tramite l'Inail, ha anche deciso di riconoscere un risarcimento ai medici, parificando retroattivamente il Covid-19 ad infortunio sul lavoro. Condizione, che come è stato sottolineato da Alberto Oliveti, presidente dell'Enpam, la Cassa previdenziale dei medici, ha, però, previsto, per questa misura risarcitoria, solamente i medici dipendenti non avendo alcun effetto per i liberi professionisti e i parasubordinati. Professionisti che anche loro erano e sono sul fronte a combattere spesso a mani nude una malattia che in gran numero li ha falciati o, nel migliore dei casi li ha spesso resi invalidi. Sarebbe dunque, sottolinea Oliveti, giusto e perequativo riconoscere agli altri sanitari e/o ai loro familiari lo stesso risarcimento previsto per gli assunti. Per quanto attiene all'Enpam, l'istituto previdenziale ha, già il 23 aprile, deliberato di aggiungere fino a 20 anni di anzianità contributiva ai medici e ai dentisti morti a seguito del Covid-19. Una misura che in certi casi potrebbe portare a vedove ed orfani una pensione raddoppiata rispetto a quella effettivamente maturata. L'Enpam ha inoltre avviato anche una revisione delle coperture assicurative per i medici e gli odontoiatri in modo da includere per il futuro situazioni come questa. Ma accanto a questi doverosi risarcimenti rimane sospeso un atto moralmente da perseguire di riconoscimento dell'abnegazione prodotta dai tanti sanitari deceduti. Si tratta del prevedere l'estensione dei benefici previsti per le vittime del

dovere agli operatori sanitari colpiti e/o deceduti in conseguenza del contagio da COVID 19. L'ordinamento stabilisce, infatti, alcune particolari indennità economiche in favore del personale civile e militare dello Stato

che abbia riportato lesioni o infermità a causa dell'espletamento del servizio. L'esigenza di una protezione aggiuntiva nei confronti dei militari e delle forze dell'ordine e, anche in generale, dei dipendenti pubblici che siano rimasti invalidi o deceduti a causa di eventi connessi allo svolgimento di specifiche attività ha nel tempo indotto il legislatore a coniare, infatti, la categoria delle "Vittime del Dovero" e a riconoscere una serie di vantaggi economici aggiuntivi. Il comma 563 dell'articolo 1 della legge 266/2005 ha, anche, introdotto la categoria dei cd. equiparati alle vittime del dovere individuando in essi coloro che abbiano contratto infermità permanentemente invalidanti o alle quali consegua il decesso in occasione o a seguito di missioni di qualunque natura, effettuate dentro e fuori dai confini nazionali e che siano riconosciute dipendenti da causa di servizio per le particolari condizioni ambientali od operative.

Nel corso della trasformazione in legge del D.l n. 18, Cura Italia, alcuni Senatori avevano presentato degli emendamenti finalizzati a questo particolare riconoscimento. Emendamenti che non sono andati a buon fine soprattutto per la necessità della rapida trasformazione in legge dello stesso decreto. Appare ancora possibile ed auspicabile, nel corso della trattazione alla Camera dei Deputati del decreto "Rilancio", introdurre i sanitari nel novero delle "Vittime del Dovero", riconoscendo ad essi e a favore dei loro familiari i benefici economici previsti per le altre categorie già incluse nelle normative di settore. Riteniamo che sia un atto di grande sensibilità politica a fronte della devozione e dell'impegno di una categoria che ha sacrificato anche la propria vita per salvare quella di tanti cittadini.

Medici in pensione e quota 100

Per rispondere all'emergenza sanitaria causata dal Coronavirus, lo Stato ha dato la possibilità di tornare in servizio ai medici ed infermieri pensionati, sospendendo l'incumulabilità per coloro che siano andati in pensione con Quota 100.

Una forza lavoro di professionisti che già negli ultimi mesi del 2019 e ancora in questi giorni, hanno preferito lasciare il loro posto per ottenere, con un evidente anticipo, il pensionamento. Ricordiamo che l'anticipo pensionistico con Quota 100, introdotto ad inizio 2019, e di fatto attivabile per i dipendenti pubblici da luglio scorso, è sperimentale. La norma scade infatti nel 2021 e sembra, per voci di diversi esponenti politici, che non verrà prorogato.

A suo tempo furono espresse molte perplessità sull'introduzione di misure di anticipo dell'età di pensionamento perché si riteneva che avrebbero creato forti vuoti in particolare nella sanità.

Si era valutato che fossero complessivamente circa 140mila gli operatori sanitari dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale che a fine 2018 avessero già raggiunto i requisiti per "Quota 100". E pertanto si era annunciata una fuoriuscita, in particolare, di circa 4.500 professionisti medici.

Era stato, infatti, calcolato che il numero di medici che avevano raggiunto la quota 100 (almeno 62 anni d'età con 38 anni di contributi) a fine 2018, era di poco meno di 18mila unità e l'esodo possibile avrebbe potuto riguardare un alto numero di dimissioni. Ma così non è stato.

Da dati espressi dai sindacati della categoria parrebbe che, a tutto oggi, l'uscita anticipata abbia riguardato solamente poco più di 1.000 medici.

Ricordiamo che l'ente previdenziale a cui fanno riferimento i medici dipendenti dal servizio sanitario era, almeno all'inizio dei tanti sovvertimenti del settore, la Cassa Pensioni Sanitari.

Una Cassa previdenziale gestita dallo stesso Ministero del Tesoro, poi passata all'Inpdap, e assorbita, dal 2011, dall'Inps. Una Cassa particolarmente ricca grazie alle contribuzioni di tanti sanitari e ad un modesto numero di pensionati.

Dai dati indicati dalla Corte dei Conti, nella relazione annuale al Parlamento sulle Casse ed Istituti previdenziali, viene indicato che a fronte di 116mila iscritti risultavano 69mila pensionati, con

un incremento annuo da tre a quattro mila pensionamenti l'anno.

Pertanto, è da rilevare che, per quanto attiene a questo settore pubblico – professionale, l'incremento di pensionamenti, determinato dall'introduzione della quota 100, almeno per il periodo giugno 2019 – giugno 2020, non appare particolarmente modificativo del normale trend.

E dobbiamo ritenere che il trend pensionistico non possa modificarsi anche nei periodi futuri di validità previsti per la stessa norma.

Accanto ad una particolare riluttanza dei medici di andare in pensione, lo dimostra la costante sollecitazione di richiedere un incremento dell'età massima di rimanere in servizio, come se non bastassero gli attuali limiti generali del pensionamento di vecchiaia a 67 anni, l'introduzione della possibilità di usufruire dell'uscita con quota 100 non è stata ben accolta dalla categoria per una particolare limitazione introdotta dalla stessa disposizione nel merito degli aspetti economici.

Infatti, la legge, che ha concesso la possibilità del pensionamento anticipato, ha previsto, per coloro che avessero usufruito di questa facilitazione, l'impossibilità di svolgere alcuna attività remunerata. La norma legislativa prevede, infatti, che la pensione quota 100 non sia cumulabile, a far data dal primo giorno di decorrenza della pensione e fino alla maturazione dei requisiti per l'accesso alla pensione di vecchiaia, con i redditi da lavoro dipendente od autonomo. E, sottolinea, poi, in particolare, che tale divieto non scatta solamente per quei redditi derivanti da lavoro autonomo occasionale nel limite di 5.000 euro lordi annui. Una limitazione fortemente negativa per i medici che, per le loro intrinseche professionalità, sono sollecitati a continuare a svolgere le loro attività anche oltre il pensionamento.

Questo è bastato a ridurre la richiesta del pensionamento anticipato con quota 100, ma, anche, poi, a sollecitare il legislatore a richiedere, per coloro che fossero andati comunque in pensione con il criterio favorevole, di sospendere la norma restrittiva consentendo di poter cumulare le retribuzioni qualora fossero rientrati in servizio per sopperire alle necessità determinate dalla grave condizione sanitaria prodotta dalla pandemia del Coronavirus.

Presentato un Disegno di Legge per indennizzare i sanitari colpiti da Covid

Su sollecitazione dell'Ordine dei Medici di Milano è stato presentato, al Senato della Repubblica, un Disegno di Legge (A.S. n. 1861) finalizzato all'indennizzo per motivi di solidarietà sociale a favore di operatori sanitari e socio-sanitari deceduti o danneggiati da complicità di tipo irreversibile a causa di infezione da Covid-19. Come tale verrà destinato alla vittima o ai soggetti a suo carico.

L'indennità richiesta non intende essere solamente una ricompensa bensì rappresentare un sostegno concreto per coloro che hanno sacrificato la propria salute o addirittura la propria vita a vantaggio della vita e il benessere del prossimo e della comunità intera, grazie alla profonda dedizione al lavoro e allo spirito di sacrificio manifestato.

La proposta si propone, anche, di garantire supporto alla vittima nel tempo, tutelandola anche dal possibile peggioramento del quadro clinico, quando la pandemia verrà, auspicabilmente, considerata superata e quindi l'attenzione politica e mediatica andrà a ridimensionarsi significativamente. Con il disegno di legge, presentato da numerosi senatori, si riconosce, infatti, la possibilità che i danni riportati dal contagio manifestino la loro caratteristica debilitante, quali infermità, menomazioni o decesso, anche a distanza di tempo dall'avvenuto contagio.

I soggetti interessati ad ottenere l'indennizzo dovranno presentare domanda al Ministero della Salute entro il termine perentorio di tre anni. I termini decorrono dal momento in cui, sulla base della documentazione, l'avente diritto risulti aver avuto conoscenza del danno. In caso di un aggravamento dell'infermità o delle lesioni, al richiedente è data facoltà di presentare una domanda di revisione.

Il giudizio sanitario sul nesso causale tra l'infezione e la menomazione dell'integrità psico-fisica o la morte sarà espresso dalla commissione medico ospedaliera di cui all'art. 165 del D.P.R. n. 1092/1973.

La sussistenza di concause preesistenti, sia conseguenti che coesistenti, non è condizione esclusiva del beneficio spettante, sia per l'invalidità permanente che per evento morte. L'indennizzo previsto consiste in un assegno non reversibile determinato nella misura indicata dalla legge 2 maggio 1984, n.111. Qualora a causa delle patologie cagionate da infezione da Covid-19 sia derivata la morte, spetta, in sostituzione dell'indennizzo, un assegno una tantum nella misura di euro centomila da erogare ai soggetti a carico quali il coniuge, i figli minori, i figli maggiorenni inabili al lavoro ovvero i genitori, i fratelli minori, i fratelli maggiorenni inabili al lavoro.

APPROVATA LA LEGGE CONTRO LE AGGRESSIONI AI SANITARI

È stato approvato mercoledì 5 Agosto nell'Aula al Senato il Disegno di Legge per la sicurezza degli operatori sanitari e socio-sanitari nell'ambito delle loro funzioni.

Questo provvedimento, così come altre proposte già avanzate sulla stessa materia da tutti i gruppi parlamentari, è volto a prevenire e contrastare in maniera efficace e auspicabilmente risolutiva il sempre più frequente fenomeno delle aggressioni nei confronti del personale sanitario e socio-sanitario, rafforzandone la tutela da un lato tramite l'inasprimento delle pene per alcuni specifici reati se commessi in danno di operatori sanitari, dall'altro con misure specifiche di sensibilizzazione e disposizioni volte a migliorare la sicurezza all'interno delle stesse strutture sanitarie.

Il Disegno di Legge prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. L'organismo proposto dovrà comprendere, fra le altre figure istituzionali, anche la presenza dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria rappresentative a livello nazionale. All'osservatorio competerà di monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, anche acquisendo i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno ed alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro. Altri compiti attribuiti all'osservatorio saranno il monitoraggio degli eventi-sentinelletta che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, la promozione di studi e analisi per la formulazione di proposte e misure idonee a ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti.

Importante intervento viene indicato per quanto attiene l'articolo 583-quater del codice penale, che attualmente aggrava le pene quando le lesioni siano rivolte ad un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive. Queste pene aggravate, che prevedono la reclusione da quattro a dieci anni e per lesioni gravissime da 8 a 16 anni, si applicheranno quando le lesioni siano state procurate non solo se rivolte al pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico, ma anche quando procurate a personale esercente una professione sanitaria o sociosanitaria nell'esercizio delle sue funzioni o a causa di esse, nonché ad incaricati di pubblico servizio nello svolgimento di attività di cura, assistenza sanitaria e di soccorso. Si interviene, poi, anche a modificare gli articoli 581 e 582 del codice penale, al fine di prevedere che i reati di percosse e lesioni siano procedibili d'ufficio quando ricorre l'aggravante. Non sarà dunque necessaria in quel caso la querela della persona offesa.

Il disegno di legge prevede l'obbligo per le aziende sanitarie, per le pubbliche amministrazioni e per le strutture sanitarie in cui operano gli operatori sanitari e sociosanitari, di costituirsi parte civile nei processi di aggressione nei confronti dei propri esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie.

CNNL 2016-2018 in pillole

CCNL

CONTRATTO
COLLETTIVO
NAZIONALE
DI LAVORO

Continua l'aggiornamento di alcuni approfondimenti pubblicati negli anni passati e modificati alla luce del CCNL 2016-2018

Spostamenti tra aziende – normative e criticità

Negli ultimi mesi sono giunte all'attenzione della nostra Associazione molti quesiti riguardanti lo spostamento tra Aziende e nello specifico le norme sulle mobilità, aspettative, periodi di preavviso e quant'altro.

È utile affrontare questi temi che stanno diventando di largo interesse.

Gli istituti normativi che consentono uno spostamento del rapporto di lavoro tra due Aziende Sanitarie sono: la mobilità volontaria, la vincita di un concorso per tempo indeterminato o un avviso pubblico per

solli titoli per tempo determinato.

In caso di mobilità non vi è novazione del rapporto di lavoro e, di conseguenza, si transita nella nuova Azienda senza la necessità di una ulteriore valutazione professionale, dato che è stata già valutata nel concorso a tempo indeterminato nell'Azienda di partenza e con la possibilità di trasportare nella nuova Azienda giorni di congedo ordinario (ferie) residue, ore in esubero, giornate residue di rischio anestesiological o radiological (anche se l'Azienda di destinazione in linea

di massima preferirebbe ricevere il rapporto senza residui di tali istituti). (1)

È necessario ottenere il nulla osta dall'Azienda di partenza senza il quale non è possibile ottenere la mobilità.

Qui un primo problema normativo: la norma non prevede entro quanto tempo l'Azienda di partenza deve dare il nulla osta e non stabilisce quanto tempo può/deve attendere l'Azienda di destinazione prima di scorrere la graduatoria con la assurda conseguenza che il collega viene a trovarsi stretto tra tempistiche che non si conciliano. Resta spesso difficile rincorrere il lecito desiderio di un accordo tra le due Aziende che, al contrario, badano ciascuno al proprio interesse.

Altro caso è dato dalla vincita di un concorso per tempo indeterminato o di un avviso pubblico per soli titoli per tempo determinato.

Con norme contrattuali diverse ambedue questi casi possono consentire di ottenere una aspettativa per il periodo di prova (senza necessità di preavviso (2)) per il tempo indeterminato in ossequio all'Art.1214 CCNL 2016-2018 – comma 10 che recita:

10. Al dirigente già in servizio a tempo indeterminato presso un'Azienda o Ente del comparto, vincitore di concorso presso altra amministrazione anche di diverso comparto, può essere concesso un periodo di aspettativa senza retribuzione e decorrenza dell'anzianità, per la durata del periodo di prova, di cui al presente articolo, ai sensi dell'art. 10, del CCNL del 10.2.2004, come integrato dall'art. 24, comma 13, del CCNL 3.11.2005 Area IV e art.

10, del CCNL del 10.2.2004, come integrato dall'art. 24, comma 15, del CCNL 3.11.2005 Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie (Aspettativa).

Su tale situazione due osservazioni: l'articolo in questione evidenzia la possibilità ("può") e non il diritto ad ottenere l'aspettativa anche se c'è da osservare che lo stesso articolo al comma 13 esonera dal periodo di prova (e quindi elimina la possibilità di aspettativa) nel caso in esame recitando:

13. Fermo restando quanto previsto al comma 1, sono esonerabili dal periodo di prova, in relazione alla professionalità richiesta dalle attività da espletare, i dirigenti che abbiano svolto periodi di rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato e almeno superiori a dodici mesi o che lo abbiano già superato, in rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato almeno superiori a dodici mesi, nella medesima qualifica e disciplina presso altra amministrazione pubblica. L'eventuale esonero di cui sopra determina l'immediata cessazione del rapporto di lavoro originario.

Si ha anche diritto all'aspettativa per tutta la durata del rapporto a tempo determinato in ossequio all'Art. 10 CCNL 10.2.2004, come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005 che recita:

8. L'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità è altresì concessa al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a domanda, per:
b) tutta la durata del contratto di lavoro a termine se



assunto con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda o ente del comparto, ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto.

Anche in questi due casi restano le stesse problematiche di tempistica evidenziate per la mobilità.

Un ultimo aspetto che è utile chiarire è la problematica del periodo di preavviso in caso di dimissioni.

A tal proposito l'Art.104 CCNL 2016-2018 recita:

2. In caso di dimissioni del dirigente il termine di cui al comma 1 è di tre mesi.

4. La parte che risolve il rapporto di lavoro senza l'osservanza dei termini di cui ai commi 1 e 2 è tenuta a corrispondere all'altra parte un'indennità pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso. L'Azienda o Ente ha diritto di trattenere su quanto eventualmente dovuto al dirigente, un importo corrispondente alla retribuzione per il periodo di preavviso da questi non dato, senza pregiudizio per l'esercizio di altre azioni dirette al recupero del credito.

5. È in facoltà della parte che riceve la comunicazione di risoluzione del rapporto di lavoro di risolvere il rapporto stesso, sia all'inizio, sia durante il periodo di preavviso, con il consenso dell'altra parte. In tal caso non si applica il comma 4.

6. L'assegnazione delle ferie non può avvenire durante il periodo di preavviso.

E inoltre l'Art.109 CCNL 2016-2018 al comma 4 recita:

4. In tutti i casi in cui il presente CCNL prevede la risoluzione del rapporto con preavviso o con corresponsione dell'indennità sostitutiva dello stesso, ad eccezione di quelli previsti dal comma 9 dell'art. 108 (Assunzioni a tempo determinato) e del comma 2 del presente articolo, per il rapporto di lavoro a tempo determinato il termine di preavviso è fissato in un giorno per ogni periodo di lavoro di 15 giorni contrattualmente stabilito e, comunque, non può superare i 30 giorni nelle ipotesi di durata dello stesso superiore all'anno. In caso di dimissioni del dirigente, i termini sono ridotti alla metà, con arrotondamento all'unità superiore dell'eventuale frazione di unità derivante dal computo.

In sintesi il preavviso è di 3 mesi per i rapporti a tempo indeterminato, salvo diverso accordo con l'Azienda o salvo subire una penale pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso salvo quanto previsto al comma 9 dell'art. 108 (Assunzioni a tempo determinato).

Durante il periodo di preavviso non è consentito godere dei giorni di congedo ordinario (ferie) residue,

ma si possono recuperare ore in esubero, giornate residue di rischio anestesiological o radiologico.

I dipendenti a tempo indeterminato possono dimettersi senza preavviso soltanto nel secondo trimestre del periodo di prova (se effettuato).

Per quanto riguarda i dipendenti a tempo determinato è vigente quanto prescritto al 2° comma dell'Art.109 CCNL 2016-2018 che recita:

2. Il dirigente assunto a tempo determinato, in relazione alla durata prevista del rapporto di lavoro, può essere sottoposto ad un periodo di prova, secondo la disciplina, dell'art. 12 (Periodo di prova), non superiore comunque a due settimane per i rapporti di durata fino a sei mesi e di quattro settimane per quelli di durata superiore. In deroga a quanto previsto dall'art. 12 (Periodo di prova), in qualunque momento del periodo di prova, ciascuna delle parti può recedere dal rapporto senza obbligo di preavviso né di indennità sostitutiva del preavviso, fatti salvi i casi di sospensione indicati nei citati articoli. Il recesso opera dal momento della comunicazione alla controparte e ove posto in essere dall'Azienda o Ente deve essere motivato.

L'Azienda di destinazione, invece, in linea di massima consente un solo mese di attesa che, chiaramente non è sufficiente a completare l'iter descritto e raramente, anche in questo caso, le Aziende raggiungono un accordo, lasciando il collega in una tenaglia normativa impossibile da risolvere.

Dr Arturo Citino

NOTE

(1) Orientamenti applicativi ARAN

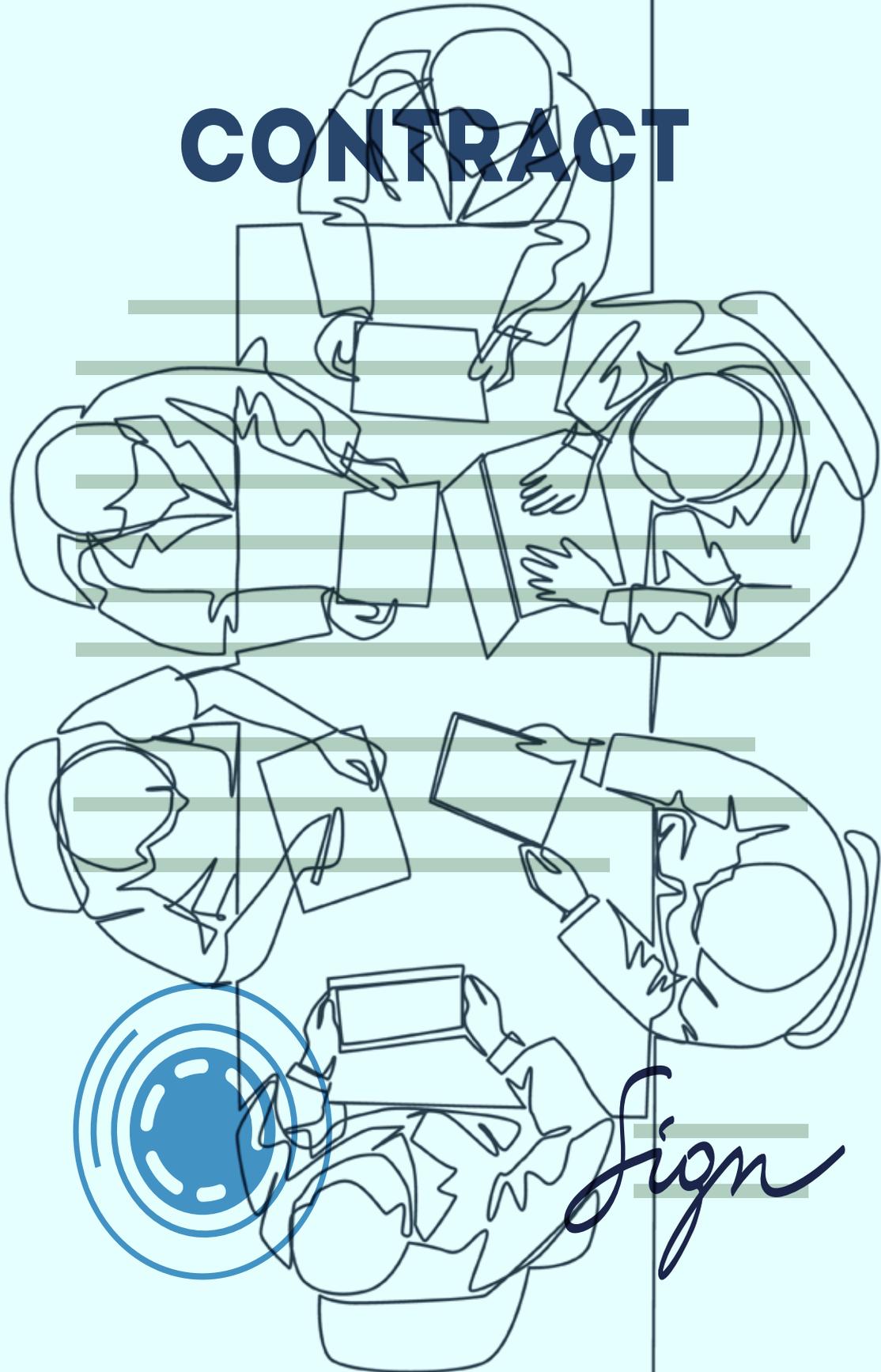
Come devono essere gestite le ferie residue di un dipendente in mobilità?

L'istituto della mobilità non determina la novazione del rapporto di lavoro e il rapporto precedente continua seppure con il mutamento del datore di lavoro. Esso si configura pertanto come cessione del contratto di lavoro. Ne consegue che le ferie residue non godute dal dipendente prima del trasferimento non possono essere oggetto di monetizzazione che può avere luogo solo in caso di cessazione dal rapporto di lavoro e in presenza dei casi residuali di cui alla legge n. 135/2012. Esse potranno semmai essere fruito presso la nuova amministrazione di destinazione la quale potrebbe anche richiedere al dipendente, come condizione necessaria per la procedibilità della mobilità stessa, l'aver fruito nell'azienda di provenienza, di tutte le ferie maturate.

(2) Nel caso di dirigente in aspettativa senza assegni per periodo di prova devono essere rispettati i termini di preavviso?

Sulla questione è intervenuto, in via definitiva, l'art. 10 del CCNL del 10 febbraio del 2004, il quale ha chiarito che il dirigente in aspettativa senza assegni per l'effettuazione del periodo di prova, in caso di assunzione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altra azienda, non è tenuto a dare il periodo di preavviso, qualora lo stesso non rientri al termine del periodo di prova presso altra azienda. Pertanto, il recesso dal contratto individuale di lavoro in essere con l'azienda di originaria appartenenza, alla data di scadenza dell'aspettativa medesima, non implica l'obbligo del preavviso e, pertanto, lo stesso non è tenuto al pagamento dell'indennità di mancato preavviso.

CONTRACT



Quesiti dal web

L'AAROI-EMAC risponde

Sono un collega anestesista assunto a tempo indeterminato presso ente pubblico. Avrei bisogno di sapere se nel caso di dimissioni volontarie, l'azienda consente di conservare il posto per i 2 anni successivi o può rifiutare.

Sull'argomento il CCNL recita:

Art. 13

Ricostituzione del rapporto di lavoro

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

2. L'Azienda o Ente si pronuncia motivatamente entro 60 giorni dalla richiesta; in caso di accoglimento il dirigente è ricollocato, previa stipulazione del contratto individuale, nella qualifica dirigenziale, posizione economica e fascia di esclusività iniziale, con esclusione della R.I.A. a suo tempo eventualmente maturata fatto salvo quanto previsto dal comma successivo.

3. Nei confronti del dirigente che abbia favorevolmente superato il quinquennio di servizio prima della cessazione del rapporto di lavoro, l'Azienda o Ente conferisce un incarico ai sensi di quanto previsto dall'art.18 (Tipologie d'incarico), 19 (Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali diversi dalla direzione di struttura complessa- Criteri e procedure), 20 (Affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa- Criteri e procedure).

4. La stessa facoltà di cui al comma 1 è data al dirigente, senza limiti temporali, nei casi previsti dalle disposizioni di legge relative all'accesso al lavoro presso le pubbliche amministrazioni in correlazione al riacquisto della cittadinanza italiana o di uno dei paesi dell'Unione Europea.

5. Nei casi previsti dai precedenti commi, la ricostituzione del rapporto di lavoro è, in ogni caso, subordinata alla disponibilità del corrispondente posto nella dotazione organica dell'Azienda o Ente ed al mantenimento del possesso dei requisiti generali per l'assunzione da parte del richiedente nonché all'accertamento dell'idoneità fisica se la cessazione del rapporto sia stata causata da motivi di salute.

6. Qualora il dirigente riammesso goda già di trattamento pensionistico si applicano le vigenti disposizioni

in materia di riunione di servizi e di divieto di cumulo. Allo stesso, fatte salve le indennità percepite agli effetti del trattamento di previdenza per il periodo di servizio prestato prima della ricostituzione del rapporto di lavoro, si applica l'art. 34 del CCNL del 10.2.2004 Area IV e Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie (Trattamento di fine rapporto).

7. È confermata la disapplicazione dell'art. 59 del DPR 761/1979.

In sintesi, l'Azienda ha facoltà e non obbligo di conservazione del posto per i 5 anni successivi.

In ogni caso va tenuto presente che il CCNL in merito alla remunerazione dopo la riammissione recita:

"in caso di accoglimento il dirigente è ricollocato, previa stipulazione del contratto individuale, nella qualifica dirigenziale, posizione economica e fascia di esclusività iniziale, con esclusione della R.I.A. a suo tempo eventualmente maturata fatto salvo quanto previsto dal comma successivo"

Sono un collega anestesista e vorrei sapere come comportarmi in merito a dei turni a cui siamo sottoposti io e i miei colleghi: capita di effettuare 12 ore di giorno seguite da reperibilità notturna e è capitato più volte di lavorare anche 24h di seguito senza riposi infrasettimanali o nel weekend.

Inoltre, facciamo, di domenica, reperibilità diurna e notturna. Mi sembra invece di aver letto sul contratto che chi è reperibile nel giorno festivo ha diritto a un riposo compensativo in settimana senza la decurtazione delle ore. È corretto?

Al fine di una corretta applicazione della normativa sui riposi è necessario ottenere 11 ore di riposo nelle 24 ore (Dlgs 66/2003) e, di conseguenza, potrebbe essere difficile con turno di 12 ore di giorno (8-20) seguito dalla PD notturna.

Per quanto riguarda i recuperi dei turni festivi va fatto riferimento ai seguenti articoli del CCNL che recita:

Art. 27

Servizio di pronta disponibilità

4. Nel caso in cui il servizio di pronta disponibilità cada in giorno festivo spetta, su richiesta del dirigente anche un'intera giornata di riposo compensativo senza ridu-

zione del debito orario.

Art. 28 Riposo settimanale

1. Il riposo settimanale coincide di norma con la giornata domenicale. Il numero dei riposi settimanali spettanti a ciascun dirigente è fissato in numero di 52 all'anno, indipendentemente dalla forma di articolazione dell'orario di lavoro. In tale numero non sono conteggiate le domeniche ricorrenti durante i periodi di assenza per motivi diversi dalle ferie.

2. Ove non possa essere fruito nella giornata domenicale, il riposo settimanale deve essere fruito, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 9 del Dlgs. n. 66/2003, in giorno concordato fra il dirigente e il direttore responsabile della struttura, avuto riguardo alle esigenze di servizio.

3. Il riposo settimanale non è rinunciabile e non può essere monetizzato.

4. La festività nazionale e quella del Santo Patrono coincidenti con la domenica o con il sabato per il personale con orario di lavoro articolato su cinque giorni non danno luogo a riposo compensativo né a monetizzazione.

5. Nei confronti dei soli dirigenti che, per assicurare il servizio prestano la loro opera durante la festività nazionale coincidente con la domenica, si applica la disposizione del comma 2.

Qual è la norma contrattuale che consente di ottenere la remunerazione in caso di dimissioni e di impossibilità ad ottenere il godimento delle ferie residue?

La norma contrattuale che affronta l'argomento è la seguente:

Art. 33

Ferie e recupero festività soppresse

10. Le ferie maturate e non godute per esigenze di servizio sono monetizzabili solo all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, nei limiti delle vigenti norme di legge e delle relative disposizioni applicative. Fermo restando quanto sopra, il compenso sostitutivo è determinato per ogni giornata, con riferimento all'anno di mancata fruizione prendendo a base di calcolo la retribuzione di cui al comma 1.

12. In caso di indifferibili esigenze di servizio o personali che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le ferie dovranno essere fruito entro il primo semestre dell'anno successivo.

In caso di mobilità volontaria, il direttore di struttura per quanto tempo può negare l'autorizzazione in uscita?

Se la mobilità invece è collegata a un bando, l'autorizzazione può essere ugualmente negata?

Nel caso si partecipi ad un bando di mobilità aziendale l'autorizzazione in uscita può essere negata?

Il quesito che poni è disciplinato dall'Art. 16 CCNL 10.2.2004 che recita:

1. Nell'attuale sistema degli incarichi dirigenziali, la mobilità all'interno dell'azienda dei dirigenti in servizio può essere conseguenza del conferimento di uno degli incarichi previsti dall'art. 27 del CCNL 8 giugno 2000

I biennio economico (Tipologie di incarico) in struttura ubicata anche in località diversa da quella della sede di precedente assegnazione, nel rispetto dell'art. 13, commi 9 e 12 del CCNL 8.6.2000 I biennio economico (Il contratto individuale di lavoro) dello stesso contratto.

2. La mobilità a domanda si configura come richiesta di un nuovo e diverso incarico, anche se alla dotazione organica della sede prescelta ne corrisponda uno di pari livello a quello rivestito dal richiedente con riguardo alla tipologia e alla graduazione delle funzioni. L'accoglimento della domanda segue, pertanto, le procedure di conferimento degli incarichi previste dall'art. 28 del CCNL 8 giugno 2000 I biennio economico (Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali - Criteri e procedure). Di conseguenza occorre un conferimento di un nuovo incarico per ottenere una mobilità all'interno dell'Azienda e non è previsto un tempo massimo di diniego.

Nel caso in cui si partecipi ad avviso di mobilità bandito da altra Azienda, invece, diventa imprescindibile il nulla osta concesso da quella di appartenenza. Ed il diniego può essere prorogato sine die. La norma è contenuta nel Testo Unico del Pubblico Impiego (T.U.P.I., D. Lgs. 165/2001 s.m.i.).

Vorrei ridiscutere la tariffa oraria di 60 euro/ora per le prestazioni aggiuntive perché l'Azienda, nei mesi immediatamente pre-Covid 2019, ha attivato una convenzione con Anestesisti di altra Azienda a una cifra considerevolmente più alta.

Qualcuno mi ha però detto che la cifra di 60 euro/ora non sia, per questioni contrattuali, modificabile.

Confermo che la tariffa di 60€/ora per le prestazioni aggiuntive non è modificabile.

L'articolo contrattuale è l'art.24 che recita:

Art. 24

Orario di lavoro dei dirigenti

6. Ove per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti quelli negoziati ai sensi dei commi 1 e 5, sia necessario un impegno aggiuntivo, l'Azienda o Ente, sulla base delle linee di indirizzo regionali ed ove ne ricorrano i requisiti e le condizioni, può concordare con l'equipe interessata l'applicazione dell'istituto delle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 115, comma 2 (Tipologie di attività libero professionale intramuraria) in base al regolamento adottato dalle Aziende o Enti. La misura della tariffa oraria da erogare per tali prestazioni è di € 60,00 lordi onnicomprensivi. Nell'individuazione dei criteri generali per l'adozione di tale atto dovrà essere indicato che l'esercizio dell'attività libero professionale relativo all'istituto delle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 115, comma 2 (Tipologie di attività libero professionale intramuraria) è possibile solo dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati.

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.

Il tariffario di minima delle prestazioni libero professionali in Anestesia e Rianimazione è uno strumento agile a disposizione di tutti gli iscritti dell'AAROI-EMAC, con lo scopo di individuare il costo della singola prestazione, *intesa esclusivamente come costo professionale*, senza tenere conto cioè dei costi legati alla gestione della prestazione stessa (personale infermieristico, farmaci, materiali di consumo, ammortamento delle attrezzature).

È importante precisare che le tariffe, di seguito riportate, devono essere incrementate fino al 100% nei casi di pazienti appartenenti alle *classi di età pediatrica e geriatrica e per i pazienti con classe di rischio ASA III o IV o in caso di prestazioni libero professionali urgenti, ultraspecialistiche o di particolare complessità*.

ANESTESIA

VISITA ANESTESIOLOGICA		100,00 €
ANESTESIA GENERALE e LOCOREGIONALE		
per interventi di breve durata (fino a 2 ore)	300,00 €	
per interventi di media durata (fino a 4 ore)	400,00 €	
per interventi di lunga durata (fino a 6 ore)	600,00 €	
LIBERA PROFESSIONE D'EQUIPE		30-50% *
*Percentuale della tariffa del chirurgo primo operatore		
Gli estremi dell'intervallo sono inversamente proporzionali al grado di complessità e durata dell'intervento stesso		
SEDUTA OPERATORIA		600,00 €
per ogni 1/2 ora in più oltre le 6 ore	50,00 €	
ASSISTENZA-SEDAZIONE		
per INTERVENTI in ANESTESIA LOCALE AMBULATORIALE	a paziente	300,00 €

TERAPIA IPERBARICA

VISITA AMBULATORIALE		100,00 €
ASSISTENZA ALL'INTERNO DELLA CAMERA IPERBARICA	per ora	100,00 €
ASSISTENZA ALL'ESTERNO DELLA CAMERA IPERBARICA	per ora	70,00 €

PRESTAZIONI PROFESSIONALI DI SPECIALITÀ

OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE - CURE PALLIATIVE		
presa in carico		250,00 €
visite successive		120,00 €
reperibilità 12 ore		80,00 €
visita in reperibilità		150,00 €
PROGRAMMAZIONE NUTRIZIONE ENTERALE O PARENTERALE		250,00 €
CAMBIO CANNULA TRACHEOSTOMICA		60,00 €
a domicilio		100,00 €
ACCESSI VENOSI CENTRALI		
a breve termine		250,00 €
con device PERMANENTI (p.es. PORT)		500,00 €
per DIALISI		300,00 €
a inserzione periferica (p.es. PICC)		250,00 €
MIDLINE		200,00 €
TRASFERIMENTI		
assistenza durante il trasporto	per ora	100,00 €
trasporto paziente critico	per ora	150,00 €
assistenza durante il trasporto con AEROMOBILE	per ora	200,00 €
trasporto paziente critico con AEROMOBILE	per ora	350,00 €
ASSISTENZA IN CORSO DI PROCEDURE ED ESAMI SPECIALI	per ora	100,00 €
TEST SOPPRESSIONE CORTICALE		200,00 €
TEST FARMACOLOGICI ANESTETICI LOCALI		300,00 €

RIANIMAZIONE

CONSULTO SPECIALISTICO IN RIANIMAZIONE		250,00 €
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN TERAPIA SUB-INTENSIVA	per ora	100,00 €
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN TERAPIA INTENSIVA	per ora	110,00 €
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE 118	per ora	120,00 €
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ELISOCCORSO	per ora	140,00 €

TERAPIA DEL DOLORE

CONSULTO SPECIALISTICO IN TERAPIA DEL DOLORE		250,00 €
VISITA AMBULATORIALE		
prima visita	100,00 €	
visita di controllo	60,00 €	
VISITA DOMICILIARE		
prima visita	150,00 €	
visita di controllo	90,00 €	
TERAPIE FISICHE DIRETTE (p.es. TENS, TECAR, laserterapia, ultrasuoni, stimolazione transcranica, onde d'urto)		60,00 €
INFILTRAZIONI PUNTI TRIGGER		55,00 €
INFILTRAZIONE PERIARTICOLARE		70,00 €
INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE		100,00 €
INFILTRAZIONE "FACCETTE" ARTICOLARI		340,00 €
BLOCCO ANTALGICO NERVOSO PERIFERICO		200,00 €
BLOCCO ANTALGICO NERVOSO PERIFERICO IN CONTINUO		350,00 €
SOMMINISTRAZIONE PERIDURALE SINGOLA		380,00 €
SOMMINISTRAZIONE PERIDURALE CONTINUA		600,00 €
CONTROLLO CATETERE PERIDURALE + RIFORNIMENTO		100,00 €
POSIZIONAMENTO ELETTROCATETERE STIMOLATORE MIDOLLARE (SCS)		900,00 €
POSIZIONAMENTO-SOSTITUZIONE GENERATORE DI IMPULSI SCS		450,00 €
IMPIANTO INTRATECALE		1.100,00 €
SOSTITUZIONE POMPA IMPIANTO		450,00 €
BLOCCO ANESTETICO DEL SIMPATICO LOMBARE E DEI GANGLI		500,00 €
NEUROLISI		900,00 €
NEUROMODULAZIONE		900,00 €
VERTEBROPLASTICA		600,00 €
CIFOPLASTICA		600,00 €
PERIDUROSCOPIA		1.800,00 €
AGOPUNTURA		
prima seduta	100,00 €	
sedute successive	60,00 €	
OSSIGENO-OZONOTERAPIA		
infiltrativa-locale	60,00 €	
Infiltrativa-paravertebrale	70,00 €	
piccola auto emo infusione	80,00 €	
auto emo infusione	120,00 €	
con blocco centrale	900,00 €	
ANALGESIA DEL PARTO		