

il nuovo Anestesista Rianimatore

SETTEMBRE - OTTOBRE
2021
5
Anno XLII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

La Carta di Riva: il SET 118 che vogliamo

Congresso Emergenza-Urgenza
I punti fermi dell'AAROIEMAC

Quale sanità nel post pandemia?
Il Documento del Forum

MIA App
Monitoraggio In Anestesia

Carta di Riva

Sommario

3 **Editoriale**
Palla alla politica ma non stiamo a guardare

4 **Riforma SET 118**
– I punti fermi dell'AARO-EMAC
– Siglata la Carta di Riva

14 **Dalle Regioni**
Gli ultimi interventi delle Sezioni Regionali

18 **Focus**
Quale sanità nel post pandemia?

26 **IntensiveApp**
"MIA" App

30 **Il Contributo**
L'"angelo custode" delle nostre vite visto da un giornalista divulgativo

AARO-EMAC risponde
34 **Previdenza:**
Informativa COSMED e gli articoli dell'Esperto

40 **Quesiti Sindacali**

News AARO-EMAC in tempo reale www.aaroemac.it



@AaroEmac1



@AaroEmac



YouTube



flickr

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

ABRUZZO - Dr FABRIZIO MARZILLI - abruzzo@aaroemac.it
BASILICATA - Dr FRANCESCO ALLEGRINI - basilicata@aaroemac.it
CALABRIA - Dr PEPPINO OPPEDISANO - calabria@aaroemac.it
CAMPANIA - Dr GIUSEPPE GALANO - campania@aaroemac.it
EMILIA ROMAGNA - Dr MATTEO NICOLINI - emilia-romagna@aaroemac.it
FRIULI-VENEZIA GIULIA - Dr ALBERTO PERATONER - friuli@aaroemac.it
LAZIO - Dr QUIRINO PIACEVOLI - lazio@aaroemac.it
LIGURIA - Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO - liguria@aaroemac.it
LOMBARDIA - Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI - lobbardia@aaroemac.it
MARCHE - Dr MARCO CHIARELLO - marche@aaroemac.it
MOLISE - Dr DAVID DI LELLO - molise@aaroemac.it
PIEMONTE - VALLE D'AOSTA - Dr GILBERTO FIORE - piemonte-aosta@aaroemac.it
PUGLIA - Dr ANTONIO AMENDOLA - puglia@aaroemac.it
SARDEGNA - Dr CESARE IESU - sardegna@aaroemac.it
SICILIA - Dr EMANUELE SCARPUZZA - sicilia@aaroemac.it
TOSCANA - Dr LUIGI DE SIMONE - toscana@aaroemac.it
UMBRIA - Dr ALVARO CHIANELLA - umbria@aaroemac.it
VENETO - Dr MASSIMILIANO DALSSASSO - veneto@aaroemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO - Dr ANDREA BRASOLA - bolzano@aaroemac.it
PROVINCIA DI TRENTO - Dr LUCA FILETICI - trento@aaroemac.it

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

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

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

Direzione e Amministrazione
Via del Virminale 43 - 00184 Roma
Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733
email: ilnuovoar@aaroemac.it

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AARO-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 30-09-2021

SET 118, palla alla politica ma non stiamo a guardare

L'apertura di questo numero così come alcune pagine interne sono dedicate alla Riforma del SET 118, tema di enorme importanza che in questi giorni è in primissimo piano e che probabilmente lo sarà anche nei prossimi mesi per il fatto che i lavori sui diversi DDL, oggi in Commissione Igiene e Sanità del Senato, stanno procedendo. Non solo, tra il 20 e il 22 Settembre si è tenuto a Riva del Garda il 2° Congresso Nazionale Emergenza Urgenza, organizzato dalla SIIET (Società Scientifica degli Infermieri di Emergenza Territoriale) che, nella prima giornata, ha messo a confronto Società Scientifiche, Associazioni, Federazioni e alcuni Sindacati, rappresentanti della stragrande maggioranza dei Professionisti dell'Emergenza Urgenza, con rappresentanti della politica.

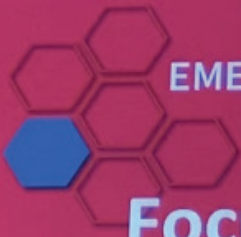
Ne è nato un dibattito – a tratti vivace – che ha avuto il merito di sollevare alcuni punti imprescindibili per il SET 118 del futuro. Punti ribaditi in un documento, la 'Carta di Riva', pubblicato nelle pagine successive a cui hanno aderito oltre ai primi firmatari dei documenti Intersocietari diffusi in Luglio e Ottobre 2020, anche altre Associazioni e Sindacati.

L'AAROI-EMAC, ancora una volta, ha ribadito le proprie posizioni, come potrete leggere dalla Relazione a pagina 4 che ho tenuto nell'ambito del Congresso. D'altra parte soltanto alcuni giorni prima, sempre per mettere i punti sulle i, era stato diffuso un Comunicato Stampa a mia firma sulla Audizione della FNOMCeO in Commissione Igiene e Sanità durante la quale erano state fatte proposte da noi definite aberranti.

Il momento è quindi caldo, ma crediamo di aver messo in chiaro in tutte le sedi quali siano le fondamenta per poter realizzare un SET 118 che sia efficace, efficiente, sostenibile. Adesso la palla passa alla politica anche se certamente non ci limiteremo solo a guardare e ad attendere. La partita è troppo importante tanto per i Professionisti che vi lavorano, quanto per i Cittadini!

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*

Riforma SET 118



EMERGENZA URGENZA
secondo congresso nazionale

RIVA DEL GARDA 2021

Verso una nuova visione del sistema....

Focus: GLI ATTORI DEL SISTEMA



**LE PROFESSIONALITÀ NECESSARIE
PER UN SOCCORSO PREOSPEDALIERO
EFFICIENTE, APPROPRIATO, SOSTENIBILE**

*Relatore: Dr Alessandro Vergallo
Anestesista Rianimatore
Presidente AAROI-EMAC*

*Riva del Garda
Settembre 2021*

I punti fermi dell'AAROI-EMAC

Il 2° Congresso Nazionale Emergenza Urgenza, che si è tenuto a Riva del Garda dal 20 al 22 Settembre, è stata l'occasione per definire – ancora una volta – i punti principali che l'AAROI-EMAC ritiene indispensabili per una Riforma del SET 118 che sia realmente tale.

Nel corso della prima giornata congressuale, il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, ha partecipato alla Tavola Rotonda "UN NUOVO SISTEMA DI EMERGENZA URGENZA SANITARIA". Un confronto tra tutte le Società Scientifiche e le Associazioni coinvolte nell'Emergenza-Urgenza e alcuni Sindacati con le Senatrici Anna Maria Parente, Presidente della XXII Commissione permanente Igiene e Sanità, Paola Boldrini e Maria Cristina Cantù Vice Presidenti, con il Senatore Gaspare Marinello, membro della stessa Commissione e con Raffaele Donini, Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Tema principale del dibattito, i DDL sulla Riforma del SET 118 ora in Commissione Igiene e Sanità.

Il Presidente Nazionale AAROI-EMAC è stato poi Relatore del Focus: GLI ATTORI DEL SISTEMA con la Relazione dal titolo LE PROFESSIONALITÀ NECESSARIE PER UN SOCCORSO PREOSPEDALIERO EFFICIENTE, APPROPRIATO, SOSTENIBILE in cui ha definito in maniera netta la posizione dell'Associazione. Di seguito il testo integrale.

Le professionalità necessarie per un Soccorso Preospedaliero Efficiente, Appropriato, Sostenibile

Per entrare nel merito del tema che mi è stato assegnato è necessario premettere **un solo ma fondamentale punto cardine**, che per l'AAROI-EMAC, l'Associazione Nazionale Medica che mi onoro di rappresentare, è il seguente:

- una **riorganizzazione razionale del SET118** non può prescindere dal considerarlo un **SISTEMA DI SOCCORSO SANITARIO PREOSPEDALIERO**.
- Esso nasce infatti con l'obiettivo di **"Portare l'Ospedale sul Territorio"**; al fine non solo e non tanto di ridurre le tempistiche dell'ospedalizzazione, che per definizione caratterizza la gran parte delle richieste di soccorso immediato tipiche ed oserei dire appropriate per le quali tale Sistema è chiamato ad intervenire, quanto anche e soprattutto al fine di un primo inquadramento e di un trattamento sanitario il più possibile precoce del caso clinico sul posto di soccorso.

I punti di partenza

- La riorganizzazione del **Sistema di Emergenza e Urgenza Territoriale** deve recuperare la caratteristica di **Sistema di Soccorso PreOspedaliero**;
- Esso nasce infatti con l'obiettivo di **"Portare l'Ospedale sul Territorio"**;
- Occorrono **competenze tipicamente ospedaliere**.

Il 1° ARGOMENTO che andremo a considerare è dunque l'APPROPRIATEZZA, che per restare entro il tema di questa relazione affronteremo limitatamente a quali debbano essere, per l'AAROI-EMAC, le professionalità più adeguate per assicurare un **SERVIZIO DI QUALITÀ**.

- Delle risorse umane non strettamente sanitarie del Team di Soccorso vi parleranno altri Relatori.
- Per quanto concerne i **RUOLI SANITARI del TEAM DI SOCCORSO**, quindi sia medici sia infermieristici, **"PORTARE L'OSPEDALE SUL TERRITORIO"** non può significare altro – come **GOLD STANDARD** – se

non portare sul posto di soccorso **professionalità selezionate tra quelle tipicamente ospedaliere**, dotate di **risorse strumentali tecnologiche e farmacologiche anch'esse tipicamente ospedaliere**.

- Il Personale Sanitario ideale per il Soccorso PreOspedaliero è dunque lo stesso Personale che non solo provenga da una **FORMAZIONE** dedicata all'emergenza-urgenza ospedaliera, ma che ne mantenga le **SKILLS**.
- È evidente che la coesistenza di queste **2 CARATTERISTICHE** identifica elettivamente:
 - per i **MEDICI**, una **prima fondamentale selezione** tra coloro i quali si sono formati e lavorano stabilmente negli ambiti delle Unità Operative di **PRONTO SOCCORSO** e di **ANESTESIA E RIANIMAZIONE**;
 - per gli **INFERMIERI**, una prima altrettanto fondamentale selezione tra coloro i quali si sono formati e lavorano stabilmente negli **STESSI AMBITI**, eventualmente con una limitata estensione ad altre Unità Operative identificabili come "di Area Critica".
- **Per entrambi i ruoli professionali** considerati, occorrono naturalmente **una più specifica selezione ed una formazione altrettanto specifica dedicate al Soccorso PreOspedaliero**.
- Tutto quanto affermato finora costituisce – lo sottolineo – **l'IDENTIFICAZIONE IDEALE delle Professionalità Sanitarie** da dedicare al **Soccorso PreOspedaliero**, dato che le **COMPETENZE IDEALI** per tale Servizio vengono acquisite e possono essere molto più adeguatamente mantenute da **professionisti che svolgono almeno una quota parte della loro attività lavorativa nei settori ospedalieri che abbiamo specificato**, nei quali la **frequenza** con la quale vengono effettuate le **prestazioni nei casi clinici più critici è costante e non sporadica** come invece è dimostrato essere nel settore dell'Emergenza-Urgenza PreOspedaliera;
- Diversamente, risulta difficile uscire dalle logiche del modello **«Carry and Go»** per applicare quello che fin dalla nascita del sistema, ossia lo **«Stay and Play»**, è funzionale agli outcome migliori.

È imprescindibile che il **SOCCORSO PREOSPEDALIERO** si integri con i **DEA OSPEDALIERI**, dei quali le Unità Operative di **PRONTO SOCCORSO** e di **ANESTESIA E RIANIMAZIONE** sono i pilastri portanti.

Dall'**APPROPRIATEZZA** passiamo a considerare il **2° ARGOMENTO**, che da essa ne scaturisce come logica conseguenza, l'**EFFICIENZA**: sotto quest'aspetto, per l'**AAROI-EMAC** è imprescindibile che il **SOCCORSO PREOSPEDALIERO** si integri con i **DEA OSPEDALIERI**, dei quali le Unità Operative di **PRONTO SOCCORSO** e di **ANESTESIA E RIANIMAZIONE** sono i pilastri portanti.

- È dunque evidente che un **SET 118 DI QUALITÀ**, quindi anche **EFFICIENTE**, proprio perché è essenzialmente da considerarsi **PREOSPEDALIERO**, **non ha a che fare né con la "Continuità Assistenziale"** (la cd 'Guardia Medica'), **né tantomeno con la Medicina di Famiglia**, mentre invece in troppe Regioni è svolto – parallelamente alla Guardia medica – 'in convenzione' attraverso un apposito settore dell'ACN della Medicina Generale, o come "Specialisti Ambulatoriali". **VOGLIO ESSERE ANCOR PIÙ CHIARO E DIRETTO: NON È UN SERVIZIO DOVE UN MEDICO VALE L'ALTRO, NÉ DOVE UN INFERMIERE VALE L'ALTRO.**
- Quest'ultima considerazione si scontra ovviamente con **LA CARENZA DI PERSONALE MEDICO SPECIALIZZATO IN ARTID E – ANCOR DI PIÙ – IN MEU**, motivo per il quale:
 - **alcune Regioni sono state o saranno in differente misura costrette a reclutare Personale Medico non specialista**, o che in qualche modo afferisce alla Medicina di Famiglia, o specialista ospedaliero in branche che con l'Emergenza-Urgenza poco o nulla hanno a che fare, per lo più con **rapporti di lavoro 'in convenzione'** che peraltro consentono a tali medici di alternare il servizio nel SET118 con attività libero-professionali magari di medicina estetica;
 - **in altre Regioni è avvenuta addirittura l'incredibile scelta di escludere a priori dal SET118 tutti i Medici non rientranti in apposite graduatorie afferenti all'ACN della Medicina di Famiglia.**
- **Per l'AAROI-EMAC è evidente che se da un lato occorre una soluzione di progressiva stabilizza-**

zione anche contrattuale del Personale Medico finora reclutato 'in convenzione' per il SET118, dall'altro il SET118 non può essere considerato una sorta di "Ufficio di Collocamento" per Medici che vi si sono trovati a lavorare per i motivi più vari ma comunque in massima parte riconducibili ad una scelta di sbocco professionale che è stata variata rispetto ad altri sbocchi scelti in origine.

- **Oltretutto, snaturare la funzione altamente specialistica del SET118 rischia di portare tale Servizio agli stessi problemi che patiscono i Pronto Soccorso**, dove si riversa inappropriatamente, con gravi ripercussioni anche sulla loro efficienza, un gran numero di Codici Bianchi che dovrebbero passare dagli ambulatori dei Medici di Medicina Generale.
- **Vanno pertanto corrette le derive avvenute soprattutto in alcune Regioni, laddove la definizione di "Emergenza Territoriale" ha creato l'equivoco di far intendere questo Servizio in qualche misura affine alla Continuità Assistenziale**, in primo luogo per una selezione assolutamente fuorviante delle professionalità mediche che vi operano; per quanto riguarda le professionalità infermieristiche, pur se non può evidentemente sussistere una simile deriva, la questione della qualificazione professionale è altrettanto fondamentale.

IL MODELLO CHE PREVEDE UN ALTO NUMERO DI MEZZI DI SOCCORSO MEDICALIZZATI, A PRESCINDERE DALLE COMPETENZE E DALLA SPECIALIZZAZIONE, NON SI PUÒ CERTO CONSIDERARE UN MODELLO EFFICIENTE, APPROPRIATO E SOSTENIBILE

Tutto questo ci porta a dover considerare il **3° ARGOMENTO**, la **SOSTENIBILITÀ**.

- Per l'**AAROI-EMAC**, anche sulla base delle richieste di soccorso che realmente, per il loro grado di Emergenza-Urgenza, richiedono un Team completo di Medico ed Infermiere rispetto a quelle – molto più numerose – per le quali non risultano necessarie manovre di diretta competenza medica, **devono essere rivisti i criteri di ripartizione tra i mezzi di soccorso medicalizzati e quelli infermierizzati.**
- Una razionale rimodulazione di tali criteri è ormai indifferibile al fine di rendere sostenibile il Soccor-

so PreOspedaliero. Anche su questo punto **VOGLIO ESSERE CHIARO E DIRETTO**: un Infermiere esperto e competente nei settori di PRONTO SOCCORSO e di ANESTESIA E RIANIMAZIONE è in grado di fornire un Servizio di Soccorso PreOspedaliero più appropriato ed efficiente di un Medico senza una formazione ed una competenza di tipo ospedaliero in questi 2 ambiti.



- **Questo non vuole dire che siamo per la demedicalizzazione del SET118, ma che sosteniamo la necessità di professionisti (sia medici sia infermieri) altamente qualificati.** Il problema più grave al proposito riguarda ancora una volta il personale medico, e anche su questo punto **VOGLIO ESSERE CHIARO E DIRETTO**: non è ammissibile che sui mezzi del SET118 vi siano medici la cui confidenza con le tecnologie più avanzate ed i farmaci tipicamente ospedalieri di cui tali mezzi sono dotati per i casi più critici è limitata a quelli che si trovano ad affrontare al momento del bisogno.

Quali sono quindi, per il Personale Sanitario, le principali direzioni affinché una riforma del SET 118 sia realmente tale? Sicuramente non quelle proposte dal DDL 1715, al quale ci siamo fin dall’inizio opposti anche con documenti condivisi con altre Associazioni e Società Professionali, volti a disegnare un modello che ne recuperi la natura di Soccorso PreOspedaliero, mentre invece **TALE DDL** – per restare al solo tema di questa relazione – non solo prevede come inaccettabile linea di fondamentale demarcazione tra il Soccorso PreOspedaliero e l’Ospedale **l’assoluta incompatibilità (sia per i Medici sia per gli Infermieri) del lavoro nel SET118 con l’impiego ospedaliero**, ma addirittura **nemmeno menziona le 2 discipline specialistiche mediche che dell’Emergenza-Urgenza sono il fulcro negli Ospedali (MEU e ARTID).** Per l’AAROI-EMAC è evi-

dente che questa direzione normativa finirebbe per **“portare la medicina generale negli ospedali”.**

Per l’AAROI-EMAC, invece, affinché si possa parlare di **soccorso preospedaliero efficiente, appropriato, sostenibile**, le professionalità mediche reclutabili elettivamente per il SET118 – a regime – sono: i Medici Anestesisti Rianimatori, i Medici che lavorano stabilmente in Pronto Soccorso (MEU in primis, evidentemente). Siamo inoltre favorevoli ad includere gli altri Medici che da tempo lavorano nel 118 anche in convenzione, a patto che transitino alla Dipendenza e a favore dei quali definire percorsi formativi di specializzazione in ARTID e MEU.

Posizione analoga – naturalmente con alcune diverse peculiarità legate ai differenti assetti formativi e curriculari – per quanto riguarda le professionalità infermieristiche.

Nel SET118, infine, sia per i Medici sia per gli Infermieri, non è a nostro avviso ammissibile – sempre a regime – un rapporto di lavoro diverso da quello normato dai rispettivi CCNL della Dipendenza Ospedaliera.



Approfondisci online

Sul sito dell’Associazione, è possibile rivedere il video della Tavola Rotonda e il Video della Relazione del Presidente Nazionale AAROI-EMAC:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=24282>



Per il SET 118 il documento FNOMCeO disegna contorni aberranti!

Il 10 Settembre 2021, all'indomani dell'Audizione FNOMCeO sulla Riforma del SET 118 in Commissione Igiene e Sanità del Senato, l'AAROI-EMAC è intervenuta con un secco comunicato stampa a firma del Presidente Nazionale AAROI-EMAC. Di seguito il testo:

Nell'audizione della FNOMCeO svoltasi il 9 Settembre presso il Senato della Repubblica – Commissione Igiene e Sanità – sulla Riforma del SET118, di cui circola un Documento di sintesi, la Federazione, nella persona del suo Presidente Anelli, continua imperterrita come sempre a farsi portavoce unicamente degli obiettivi della Medicina di Famiglia, in totale spregio dei Medici Ospedalieri, stavolta in un settore – quello della Emergenza-Urgenza preospedaliera – che proprio nelle Regioni in cui è appannaggio esclusivo della Medicina di Famiglia ne dimostra la deriva simil continuità-assistenziale (guardia medica), con la quale nulla ci azzecca.

In pratica per FNOMCeO, per il SET118, di cui con tale Documento la Federazione disegna contorni aberranti, andando addirittura oltre il già pessimo DL 1715 a firma On. Castellone:

- un medico di medicina generale equivarrebbe a un MEU (Medico Specialista in Medicina d'Urgenza) non solo nelle postazioni mobili medicalizzate, ma addirittura nelle Centrali Operative;
- tutte le discipline equipollenti alla MEU continuerebbero ad essere sdoganate per tale servizio;
- nessun riconoscimento di qualità verrebbe dato ai mezzi di soccorso con solo Infermiere a bordo;
- dal "Nuovo SET118 secondo Anelli" sarebbero estromessi completamente gli Specialisti Ospedalieri che lo crearono a suo tempo nelle Regioni più avanzate, vale a dire gli Anestesisti Rianimatori.

Non solo: per Anelli, il rapporto di lavoro dipendente dei medici ospedalieri diverrebbe "incompatibile" proprio con il SET118 che sogna FNOMCeO, il tutto con l'incredibile paradosso di replicare in tale Documento un assunto di cui l'AAROI-EMAC ha la paternità assoluta: "Per la FNOMCeO si ritiene inoltre indispensabile affermare che il mezzo di soccorso avanzato è l'ospedale portato nel territorio...".

Magari! Se così fosse davvero, plaudiremmo ad un nuovo SET118 – finalmente su scala nazionale – che porti "a casa del Paziente" competenze mediche avanzate, che evidentemente possono essere tipicamente il più possibile ospedaliere; e invece la "vision" FNOMCeO si dimostra esattamente contraria, volendo ridurre l'Emergenza-Urgenza preospedaliera, Centrali Operative comprese, a feudo della medicina territoriale; del resto, dall'impiego nel SET118, proprio nella Regione Puglia laddove il Presidente FNOMCeO eo Anelli è anche Presidente dell'ordine Provinciale di Bari, restano completamente esclusi sia gli Anestesisti Rianimatori, sia i Medici d'Urgenza Ospedalieri.

Questo è il risultato sconcertante di volersi porre (perché la Politica glielo consente) come interlocutori "di riferimento" in argomenti nel merito dei quali – oltretutto – ci chiediamo quali siano l'esperienza e la competenza specifica.

Vada avanti pure per la sua strada il Presidente Anelli. Noi continuiamo a ricordargli (e lo ricordiamo anche alla Politica) che il ruolo di Presidente FNOMCeO non può coincidere con quello di portavoce degli interessi della Medicina di base, né con quello di rappresentanza sindacale di qualsivoglia settore professionale medico.

*Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*



Approfondisci online

Leggi nell'articolo di Doctor 33 gli interventi del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, e del Dr Fabio De Iaco, referente dell'Accademia dei direttori di struttura complessa in Simeu, sulla recente Audizione FNOMCeO al Senato relativa alla Riforma del SET118.

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=24239>



Carta di Riva

Siglata la 'Carta di Riva'

Nell'ambito del 2° Congresso Nazionale Emergenza Urgenza, il 20/09/2021 è stata siglata la 'Carta di Riva': in 13 punti, ritenuti "imprescindibili per il cambiamento del Sistema", la stragrande maggioranza delle Associazioni e Società che rappresentano a vario titolo il mondo dell'Emergenza Urgenza ha voluto riassumere i passi necessari che la politica deve compiere se non vuole fallire l'obiettivo di avere un unico ed efficiente sistema di emergenza, omogeneo su tutto il territorio nazionale.

La 'Carta di Riva' costituisce un ulteriore step di un cammino iniziato diversi mesi or sono, che aveva inizialmente coinvolto AAROI-EMAC – AcEMC – ANIARTI – COSMEU – SIAARTI – SIEMS – SIIET – SIMEU, firmatarie sia di un primo "Documento Intersocietario" del 01/07/2020 ad oggetto "Posizionamento su DdL Riforma del sistema di emergenza sanitaria territoriale – 118" (<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=17541>), sia di un secondo "Documento Intersocietario" del 20/10/2020 ad oggetto "Proposta di riordino del Sistema di Emergenza e Urgenza Territoriale (SET 118)" (<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=19540>), i cui punti fermi – in particolare riferimento alle professionalità sanitarie su cui deve fondarsi un SET 118 – restano tali (punto 4 documento del 01/07/2020):

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.**

I due Documenti erano stati firmati da AAROI-EMAC – AcEMC – ANIARTI – COSMEU – SIAARTI – SIEMS – SIIET – SIMEU.

La 'Carta di Riva' ha coinvolto altre realtà ed è stata finora sottoscritta da:

AAROI-EMAC – AcEMC – ANIARTI – ANPAS – CO.E.S. – COSMEU – CROCE ROSSA ITALIANA – GRUPPO FORMAZIONE TRIAGE – MISERICORDIE – NURSING UP – SIAARTI – SIEMS – SIIET – SIMEU – CIVES

La firma del Presidente AARO-EMAC



I firmatari



Carta di Riva

Riva del Garda
20 settembre 2021

Promotori:





A quasi trent'anni dalla Istituzione del numero unico di emergenza e del sistema di soccorso preospedaliero, il DPR 27 marzo del 1992 risulta ancora innovativo nella visione complessiva del soccorso, ma ha la necessità di essere adeguato all'evoluzione tecnologica e di competenze delle figure che a vario titolo sono parte integrante del sistema.

Appare imprescindibile la necessità di garantire l'integrazione delle varie componenti del Servizio Sanitario Nazionale al fine di garantire le migliori prestazioni possibili nell'ambito dell'emergenza urgenza.

**I firmatari di questo documento intendono affermare
come fattori imprescindibili per il cambiamento del Sistema:**

- Il superamento della frammentazione dei modelli gestionali al fine di garantire un trattamento standardizzato ed uniforme alle persone su tutto il territorio nazionale, nel rispetto delle prerogative proprie delle Regioni in materia di organizzazione dei rispettivi sistemi sanitari regionali e Province autonome, e definizione di criteri per la realizzazione di organizzazioni virtuose del sistema di Emergenza Urgenza;
- L'obbligo di integrazione delle centrali operative 118 con le CUR NUE 112; forte spinta all'innovazione tecnologica che si avvale di soluzioni innovative nella dotazione di tecnologie radio, telefoniche e informatiche in grado di assicurare il collegamento informativo tra le varie componenti e con le centrali operative territoriali.
- La realizzazione, anche sulla base delle tecnologie innovative, della massima integrazione tra tutte le componenti del SSN che partecipano, a vari livelli di responsabilità, alla assistenza alla cittadinanza.
- La valorizzazione delle figure professionali attraverso il rafforzamento e la migliore declinazione delle rispettive competenze, finalizzata anche al corretto impiego delle specifiche potenzialità professionali sottese.
- La valorizzazione del personale infermieristico nelle centrali operative e nei pronto soccorso, specie per quanto concerne il processo di triage, del quale detiene la titolarità gestionale e di percorso.
- La valorizzazione delle elevate competenze infermieristiche, in ambito di emergenza preospedaliera, che si manifestano attraverso la gestione, diretta ed in equipe, dei percorsi tempo dipendenti del dolore acuto, e degli interventi salvavita attraverso appositi strumenti operativi.
- La valutazione delle performance, attraverso la definizione degli indicatori della qualità del sistema di emergenza urgenza preospedaliero e ospedaliero.
- La definizione di un sistema unico nazionale di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate, e del finanziamento del sistema di emergenza urgenza, che consenta di valutare l'efficacia e l'efficienza dei vari servizi sanitari regionali e delle Province autonome.
- Il riconoscimento formale nel sistema di emergenza urgenza delle Associazioni di volontariato OdV le quali, attraverso le reti nazionali di ANPAS, CRI e Misericordie, esprimono un supporto fondamentale al sistema stesso secondo principi di efficienza ed economicità.



EMERGENZA URGENZA
secondo congresso nazionale

- L'utilizzo di forme omogenee di reclutamento del personale, con particolare riguardo al personale sanitario che non può prescindere da forme contrattuali di dipendenza dal SSN, che dovrà avvenire con modalità uniformi di accesso (standard formativi minimi a livello nazionale).
- La valorizzazione strutturale del personale sanitario nel sistema di emergenza preospedaliera ed ospedaliera, anche attraverso la previsione di specifiche indennità di ruolo e di rischio ambientale da estendere anche al personale tecnico.
- La valorizzazione nel sistema di emergenza del personale sanitario "senior" attraverso l'implementazione e l'accesso a percorsi volti alla formazione, tutoraggio e orientamento dei neofiti, al fine di non disperdere competenze specialistiche specifiche.
- La necessità di una norma nazionale che regolamenti le competenze e i conseguenti standard formativi della componente tecnica del sistema di soccorso regolamentandoli in profili professionali rispondenti agli attuali attori del sistema, siano essi volontari che dipendenti, valorizzando sia la componente del servizio pubblico che le esperienze pregresse ed il ruolo delle reti nazionali del volontariato.

Riva del Garda 20 Settembre 2021



Il Presidente **Alessandro Vergallo**



Il Presidente **Daniele Marchisio**



Il Presidente **Ciro Paolillo**



Il Presidente **Domenico Gianì**



La Presidente **Silvia Scelsi**



Il Presidente **Antonio De Palma**



Il Presidente **Fabrizio Pregliasco**



Il Presidente **Roberto Romano**



Il Presidente **Daniele Orletti**



Il Presidente **Salvatore Manca**
Coord. Area Nursing **Antonio del Prete**



Il Presidente **Giampiero Zaccaria**



La Presidente **Flavia Petrini**



Il Presidente **Francesco Rocca**



Il Presidente **Mario Costa**



Il Presidente **Maurizio Fiorda**

La Presidenza del Congresso

Andrea Andreucci

Nicola Colamaria

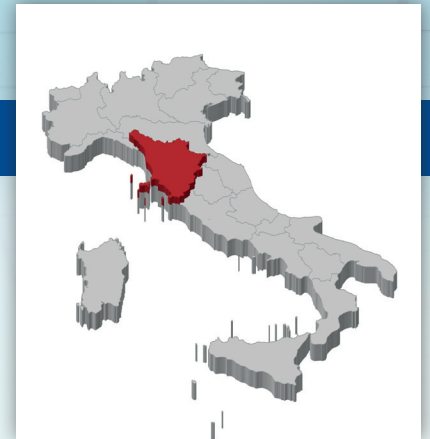
AAROI-EMAC Toscana

Il Muro di gomma di Regione Toscana L'Area Critica (Anestesisti Rianimatori e Medici di Emergenza-Urgenza) ha ancora un futuro nel SSR Toscano?

Recentemente ha suscitato notevole scalpore mediatico la notizia delle dimissioni, da uno dei maggiori Pronto Soccorso della Toscana, di numerosi Dirigenti Medici che hanno scelto di abbandonare l'oneroso lavoro in prima linea per svolgere la loro attività in altre specializzazioni. Questi medici non sono i primi ma solo gli ultimi ad aver deciso di abbandonare il Pronto Soccorso e la pubblica dipendenza. Già nei mesi passati, numerosi colleghi di tanti Pronto Soccorso della nostra Regione hanno fatto questa scelta ed il problema non è circoscritto al solo Pronto Soccorso ma riguarda, anche, l'abbandono di numerosi medici dipendenti di altre discipline.

A nostro avviso le cause della crisi sono sia di ordine strutturale che economico. Sono una conseguenza di linee politiche ultradecennali che hanno scelto il defianziamento del nostro SSN con tagli spesso lineari su tutti i livelli di assistenza sanitaria. Questo ha generato una grave carenza di personale sanitario e la gravità di queste scelte è stata messa drammaticamente in evidenza dalla comparsa della pandemia Sars-Cov2 che ha mostrato quanto fosse fragile e inadeguato il nostro Sistema Sanitario. Sono tutte questioni che i sindacati medici stanno denunciando da oltre vent'anni, ma nonostante ciò, gli errori del passato continuano a ripetersi.

La notizia di un deficit della sanità toscana di oltre 400 milioni di euro porta i vertici regionali ad annunciare tagli sul personale ed altre misure le cui conseguenze ricadranno sui cittadini attraverso un ridimensionamento dei servizi e sui lavoratori già in gravissima sofferenza.



I settori con le maggiori conseguenze sono quelli afferenti all'Area Critica.

La persistente e perdurante carenza di personale medico nei reparti di Anestesia e Rianimazione, Pronto Soccorso e Medicina di Urgenza ha comportato e comporta un enorme surplus di lavoro generando condizioni lavorative estremamente gravose e ad alto rischio sulla qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni.

A fronte di ciò, la nostra Regione non riesce a dare risposte in tempi rapidi alle necessità di personale, anzi dichiara blocco delle assunzioni, del turn over e dimissione del personale medico e sanitario assunto e formato durante la pandemia. Sconcerta vedere che molti specialisti formati in Toscana siano costretti ad andare a lavorare altrove per la scarsa considerazione della professionalità e la poca lungimiranza di chi è alla guida di questa regione.

Stiamo dando voce a queste criticità da oltre un anno senza aver ricevuto alcuna risposta concreta ed è imbarazzante vedere come nel nostro SSR si ritorni alle medesime operazioni di ridimensionamento anche dopo l'emergenza pandemica e particolarmente in quei settori che sono stati e sono in prima linea.

Anche la pandemia Sars-Cov2 rimbalza sul muro di gomma della Regione!!

22 Settembre 2021

Il Consiglio Regionale AAROI-EMAC Toscana

AAROI-EMAC Molise

Il Piano Operativo 2019-2021 non è chiaro

Il piano operativo 2019-2021 pubblicato con D.C.A. del 9 settembre u.s. ha suscitato dubbi, incertezze e interpretazioni che hanno alimentato numerose polemiche in clima di campagna elettorale. Si ritiene che ciò accade poiché il documento non è sufficientemente analitico e particolareggiato relativamente alle Unità Operative ospedaliere che resterebbero sicuramente attive, quelle soggette a proroga e verifica e quelle che verrebbero, invece, disattivate. Parimenti il Piano Operativo non appare sufficientemente dettagliato per ciò che concerne la distribuzione dei posti letto tra le varie strutture pubbliche e private accreditate. Vieppiù non appare affatto soddisfacente il seguente passaggio a pagina 15 del documento:

“Rispetto alla rete ospedaliera regionale, si programma un numero complessivo dei posti letto pari a 1.032 che, in relazione alla popolazione residente in Molise (308.493 ab., al 01.01.2018), determina un rapporto di 3,2 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie, quindi entro lo standard fissato dal DM 70/2015 (3,7pl*1.000 ab.)”

Da un semplice conto matematico, infatti, si evince chiaramente che la programmazione di 1032 posti letto comprensivi dello 0,7 posti letto per 1000 abitanti per la riabilitazione è sotto lo standard fissato dal DM 70/2015 di 3,7 pl*1000 ab; in sostanza ai cittadini molisani mancherebbero oltre 100 pl!

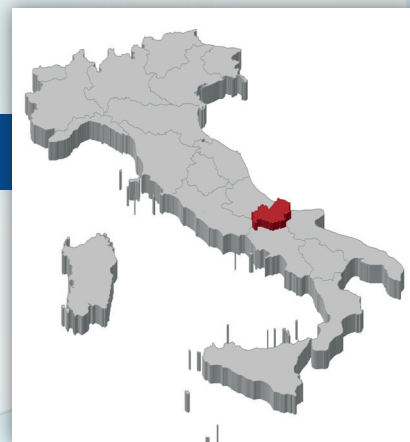
Parimenti molto insoddisfacente appare il seguente passaggio relativo alla valorizzazione del personale

“Nel ricercare soluzioni che affrontino la questione della carenza di medici non appare quindi corretto associare automaticamente uscite ed ingressi come

presupposto per la definizione del fabbisogno futuro di medici; bisogna piuttosto

attuare politiche di governance di breve, medio e lungo periodo definendo le priorità e facendo una preventiva analisi di fattibilità. Per far fronte a tali problematiche di carenza di personale, la valorizzazione del personale attivo in dotazione costituisce una soluzione strategica da perseguire, attraverso l'individuazione di sistemi di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale che permettano di misurare e distinguere le prestazioni inadeguate da quelle eccellenti, al fine di garantire agli utenti elevati standard di servizio e di migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria.”

Evidentemente non è sufficientemente chiara la drammatica carenza di personale medico, specie in alcune discipline quali medicina d'urgenza e pronto soccorso, anestesia e rianimazione, pediatria/neona-



tologia, ortopedia. Nei nostri ospedali per poter garantire la continuità h 24 dei servizi minimi e imprescindibili ai cittadini, per poter garantire le guardie nei reparti, in specie durante tutta la pandemia, molti medici ospedalieri hanno fatto l'impossibile e tuttora lo fanno, dovendo troppo spesso sorvolare sul rispetto di ciò che prevedono le norme sull'orario di lavoro. Per risolvere le carenze in tali settori non esiste ormai politica di valorizzazione del personale che tenga, ma occorre assumere, assumere, assumere!

Inoltre si reputa necessaria una profonda revisione del sistema 118 così come strutturato e che passi anche attraverso una reale integrazione dell'elisoccorso tra le due regioni Abruzzo e Molise.

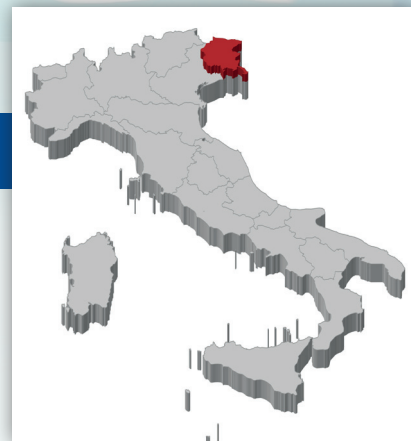
Si ritiene, dunque, che occorre come minimo una integrazione al POS che in modo dettagliato e particolareggiato chiarisca:

Le Unità Operative ospedaliere che resterebbero sicuramente attive, quelle soggette a proroga e verifica e quelle che verrebbero, invece, disattivate;
La ripartizione dei posti letto tra le varie strutture pubbliche e private nonché tra unità operative;
Il numero di reali assunzioni a tempo indeterminato e determinato a cui si intende procedere se si vogliono salvare gli ospedali pubblici molisani.

17 Settembre 2021

Dr David Di Lello
Presidente AAROI-EMAC Molise





I posti letto di TI operativi sono meno di quelli dichiarati

I posti letto di Terapia Intensiva attualmente attivi ed operativi in tutto il FVG sono molti di meno di quanti dichiarati in questi giorni dall'amministrazione regionale al Ministero della Salute.

In considerazione della ripresa dei numeri della pandemia COVID 19 e del numero lentamente crescente dei pazienti più gravi ricoverati presso le nostre Terapia Intensive, dieci giorni fa AAROI EMAC FVG ha inviato una nota all'Assessore Riccardi ed al Direttore Centrale Salute Zamaro, segnalando con preoccupazione il computo errato del numero di posti letto regionali e chiedendone la correzione nella trasmissione del dato ministeriale anche in considerazione dei nuovi criteri governativi per il passaggio di zona di rischio. Ad oggi nessun riscontro è pervenuto.

I posti letto di Terapia Intensiva come stabilito da normativa vigente e da standard nazionali ed internazionali, oltre che possedere chiari requisiti in termini

di tecnologia e attrezzatura, devono prevedere la presenza h24 di specialisti di Anestesia e Rianimazione e infermieri con formazione specifica, in numero e rapporto preciso e prestabilito rispetto al numero di pazienti da assistere e trattare. Nessuna deroga può essere fatta a questi principi se non a discapito della qualità delle cure erogate.

1 Settembre 2021



Leggi online il Documento al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=24130>



Guarda online

Guarda sul sito dell'Associazione gli interventi del Dr Matteo Nicolini, Presidente AAROI-EMAC Emilia-Romagna, e del Dr Marco Chiarello, Presidente AAROI-EMAC Marche, nel corso della trasmissione AriaPulita per parlare della situazione regionale nelle Terapie Intensive e chiarire alcuni punti:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=24352>

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=24405>



Quale sanità nel post pandemia?

Il Documento del “Forum Permanente sul Sistema Sanitario Nazionale nel post Covid”

Le proposte d'intervento del “Forum Permanente sul Sistema Sanitario Nazionale nel post Covid” promosso da diverse società scientifiche e rappresentanti della sanità, tra i firmatari anche l'AAROI-EMAC con il Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo.

ANALISI DELLA SITUAZIONE

L'emergenza COVID ha mostrato tutti i limiti del nostro Sistema Sanitario; esplosa con la prima ondata che ha colto tutti impreparati, evidenziando la carenza di posti letto di terapia intensiva e di degenza ordinaria e del numero complessivo di specialisti applicati agli ospedali italiani nonché dei finanziamenti complessivi al sistema Sanitario Nazionale, parametri tutti inferiori rispetto ai valori medi europei ed enormemente più bassi rispetto ai Paesi di maggiore rilevanza (Francia, Germania, Inghilterra, ecc). La Sanità Italiana negli ultimi decenni è stata falciata da tagli trasversali irrazionali ed irresponsabili. Evidentemente tutti questi fattori sono stati determinanti nel favorire il tracollo delle attività ospedaliere in conseguenza della pandemia. Tale crisi si è poi acuita con la seconda e terza

ondata, durante le quali le carenze accumulate nel corso di anni hanno determinato un ulteriore peggioramento della situazione sanitaria del Paese. Di fatto il nostro Paese ha registrato finora quasi 130.000 morti per COVID pari al 2,82% rispetto ai contagi e 0,22% rispetto alla popolazione, dati che ci collocano al secondo posto in entrambe le classifiche ed ai primissimi posti in campo mondiale. Si aggiunge sin d'ora anche il dato nel nostro Paese dell'aumento della mortalità per malattie tempo-dipendenti (prevalentemente cardiovascolari) ed a breve comincerà a registrarsi l'inizio dell'aumento della mortalità per tumori sulla cui entità non è possibile fare previsioni e che purtroppo persisterà per alcuni anni.

Il IV Report di Salutequità “Le cure mancate nel 2020” ha tracciato il quadro preciso della situazione, analiz-

zando i dati contenuti nel Rapporto 2021 sul Coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti:

- Nel 2020 oltre 1,3 milioni i ricoveri in meno rispetto al 2019; saltati anche i ricoveri urgenti: --554.123.
- Riduzione dell'80% dell'attività chirurgica elettiva e fino al 35% di quella in urgenza: tra questi molti interventi chirurgici per tumore. Inoltre Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria e Chirurgia Vascolare sono state le aree particolarmente interessate dal calo delle prestazioni.
- Riduzioni importanti quindi anche in ambito oncologico. I ricoveri di chirurgia oncologica hanno visto una contrazione vistosa ed una diminuzione di (circa l'80%) dell'attività chirurgica elettiva tra i quali molti interventi di chirurgia oncologica. Ridotti anche del 15% i ricoveri per radioterapia e del 10% quelli per chemioterapia.
- Nell'ambito cardiovascolare il calo è stato di circa il 20% (impianti di defibrillatori, pacemaker ed interventi cardiocirurgici rilevanti).
- Anche i ricoveri per la gestione del paziente cronico hanno visto una forte contrazione. La stima, basata anche sui recenti dati AGENAS, è che i ricoveri in area medica (in gran parte riconvertita e dedicata ai ricoveri dei pazienti COVID) per i pazienti cronici complessi e con riacutizzazione, si sia ridotta di circa 600.000 rispetto all'anno 2019.
- La specialistica ambulatoriale ha visto una contrazione di 144,5 milioni di prestazioni: circa 90 milioni di prestazioni in meno di laboratorio, 8 milioni in meno di prestazioni di riabilitazione, 20 milioni di prestazioni di diagnostica.
- Gli screening oncologici per la prevenzione dei tumori hanno subito numerose cancellazioni e ritardi, e non sono al momento disponibili dati relativi all'entità del

loro eventuale recupero. Dal punto di vista clinico già da mesi si osservano con una certa frequenza neoplasie più avanzate alla prima diagnosi rispetto al passato, ed è prevista già nei prossimi mesi una impennata nella mortalità per tumori nel nostro Paese. L'ultimo rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening risale al 31 dicembre 2020, stilato dall'Osservatorio Nazionale Screening. Non sono stati pubblicati dati più aggiornati riguardo al recupero di questi screening nel 2021.

Per quanto riguarda lo screening per i tumori della cervice sono state 1.279.608 le donne in meno contattate nel 2020 rispetto al precedente anno, per una contrazione del 33%; gli screening cervicali effettivamente realizzati sono stati 669.742 in meno (-43.4%); le lesioni pre-neoplastiche diagnosticate sono state quindi 2.782 in meno.

Per lo screening dei tumori della mammella sono state contattate nel 2020 980.994 donne in meno rispetto al 2019 (-26.6%); le mammografie effettuate sono state 751.879 in meno (-37.6%); i carcinomi diagnosticati sono stati quindi 3.324 in meno rispetto all'anno precedente.

Anche lo screening per i tumori del colon-retto ha subito una contrazione: sono stati invitati 1.929.530 soggetti in meno rispetto al 2019 (-31.8%), effettuate 1.110.414 colonscopie in meno (-45.5%), e sono state diagnosticate quindi 7.474 lesioni pre-cancerose in meno.

- Il numero complessivo di posti letto ordinari per 100 mila abitanti è molto più basso rispetto alla media europea (314 vs 500) e ci colloca al 22esimo posto tra tutti i Paesi europei. Anche per i posti letto in terapia intensiva il nostro Paese non brilla: se in era pre-Covid avevamo 8.6 posti ogni 100 mila abitanti, con l'em-



genza sanitaria sono stati aumentati a 14, sebbene solo una piccola parte risulterebbe poi stata effettivamente attivata, e comunque parliamo di numeri inferiori rispetto ad esempio alla Germania (33 posti letto ogni 100mila abitanti).

- Gli operatori sanitari inoltre sono inadeguati per la popolazione in Italia: i medici specialisti ospedalieri sono circa 130 mila, 60 mila unità in meno della Germania e 43 mila in meno della Francia; gli infermieri sono nettamente inferiori a quelli di altri Paesi: 7 ogni 1000 abitanti contro 11 della Francia e 13 della Germania.
- Anche per le spese sanitarie correnti l'Italia è tra i fanalini di coda in Europa. Secondo i dati Eurostat l'Italia spende solo l'8.8% del suo PIL per la Sanità, di cui circa 1.5/2 punti sono rappresentati dai contributi alla spesa dei privati cittadini, mentre Paesi come Francia e Germania superano l'11%. Inoltre la spesa sanitaria corrente per abitante è stata stimata in Italia intorno a 2.500 euro, contro i 5.100 euro della Svizzera, i 4.100 della Germania e i 3.800 di Francia e Regno Unito. Il Recovery Plan prevede di riservare solo l'8.3% dei fondi alla sanità (18.5 miliardi su 222): 7 miliardi sono per il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, 8.6 miliardi (3.9%) per l'aggiornamento tecnologico degli ospedali e la ricerca scientifica. Questo non basta.

Circa il 67% delle risorse stanziati nel 2020 per il recupero delle prestazioni non sono state spese dalle Regioni. L'accantonamento delle risorse è stato pari al 96% nelle Regioni meridionali e insulari, circa il 54% al Nord e il 45% al Centro.

Il Governo sta provando a fornire una risposta a que-

sta situazione attraverso il recente Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73 "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali", che prevede il recupero da parte delle Regioni delle prestazioni non erogate durante il 2020 e l'utilizzo delle risorse stanziati ma in gran parte ancora non impegnate. Ma il finanziamento di questa misura da solo non basta più.

Con la diffusione dei vaccini e con l'auspicabile prossimo ritorno alla normalità, pur nell'attuale incognita dovuta allo sviluppo della variante Delta del virus, si pone l'assoluta necessità di ridisegnare il Sistema Sanitario Nazionale anche sulla base delle carenze emerse durante la pandemia ed utilizzando i fondi cospicui anche se insufficienti che arriveranno con il Recovery Fund. A questo riguardo è da segnalare come quanto attribuito alla Sanità e cioè soltanto l'8% dell'intero fondo è da considerarsi davvero poco se si considera che questo provvedimento finanziario assolutamente straordinario è stato determinato proprio da una catastrofe sanitaria.

I Paesi che hanno un meccanismo assicurativo sociale riescono ad aggiustare abbastanza agevolmente e rapidamente i loro meccanismi di governance nel periodo pandemico e post pandemico, mentre invece quelli in maggiore difficoltà sono i grandi servizi sanitari nazionali (Italia, Spagna, UK). La frammentazione decisionale tra Stato e Regioni nel nostro Paese inoltre non aiuta in tal senso. L'ultimo Patto della Salute risale a dicembre 2019, poi la pandemia da Covid ha bloccato il piano di riforme, ma al contempo ha sottoposto il SSN a un importante stress test. Il fondo sanitario è ora aumentato di soli 6 miliardi grazie al Recovery Plan, ma



serve la garanzia di maggiori finanziamenti e programmazione a medio e lungo termine.

È stata istituita la cabina di regia con Ministero della Sanità, Agenas e rappresentanti delle Regioni, per scrivere decreti di ammodernamento e riorganizzazione degli ospedali, del territorio e delle RSA. Per gli ospedali si va verso la conferma della logica di Hub e Spoke (DM70) ridefinendo meglio le reti assistenziali e chiudendo i piccoli ospedali, che saranno sostituiti da nuove strutture del territorio: gli ospedali della comunità, gestiti prevalentemente da infermieri e parzialmente da medici, e che dovrebbero alleviare la gestione degli ospedali assorbendo le piccole patologie. Ma su questo tipo di provvedimenti la comunità medico-scientifica ha già dichiarato la sua contrarietà.

È stato anche emanato dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni il documento di proposta sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'accreditamento delle cure domiciliari volto a rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, di cui i servizi domiciliari costituiscono una componente cruciale. L'accertamento di tali criteri sarà alla base degli accordi convenzionali che le Regioni stipuleranno con organizzazioni in gran parte private per lo svolgimento di questi servizi. I finanziamenti relativi a queste attività graveranno presumibilmente sui fondi di cui alla missione M6C1 del PNRR.

In queste ultime settimane si sono appunto moltiplicati gli interventi di molteplici clinici ed esperti che hanno sottolineato come l'elevatissimo numero di decessi già registrati in Italia sia dovuti al COVID sia dovuti ad altre patologie sia particolarmente preoccupante.

Queste occorrenze sono da imputarsi evidentemente a gravi deficienze del sistema ed a strutture che devono essere assolutamente ripensate, ristrutturare e riorganizzate.

In particolare il Quotidiano Sanità ha di recente ospitato una rubrica denominata "Forum per gli Ospedali" che ha registrato ben 32 interventi/documenti da parte di autorevoli personalità del mondo medico-scientifico (numerosi Presidenti di Società Scientifiche, Professori Universitari di Facoltà Mediche, Presidenti/Segretari nazionali dei sindacati medici più rappresentativi, esperti di Sanità, tecnici e funzionari). Una parte largamente maggioritaria di questi professionisti ha espresso una fortissima domanda di cambiamento nel Sistema Ospedaliero ed una forte necessità di integrazione di questo con il sistema della Medicina Territoriale anche essa da rafforzare con i due settori da non considerare in contrapposizione, che dovranno invece operare in una logica di integrazione dipartimentale. È stata fatta inoltre un'approfondita analisi delle cause che hanno determinato il vero e proprio tracollo delle attività di diagnosi ed assistenza e la debole reazione del nostro Sistema Sanitario nel suo complesso alla pandemia, nonostante l'incredibile abnegazione dimostrata dal personale tutto (medici ed infermieri) fino al sacrificio personale delle numerose vittime cadute durante lo svolgimento del proprio servizio.

PREMESSA

Prima di passare all'illustrazione dei punti fondamentali che rappresentano le proposte di intervento emerse nel corso di svolgimento del Forum, occorre esplicitare una premessa che è alla base della visione strategica condivisa da tutti i partecipanti. La missione 6 del



PNRR si articola testualmente in due componenti:

- M6C1 il rafforzamento dell'assistenza territoriale;
- M6C2 il potenziamento delle strutture sanitarie e delle tecnologie.

La Missione 6 sostanzialmente dichiara implicitamente che il DM 70 è il suo modello di riferimento perché non introduce nessun elemento di sostanziale riforma dello stesso DM 70 e pone in essere una grave sottovalutazione dei problemi legati all'ospedale. La questione ospedale in buona sostanza è trattata come del tutto ancillare rispetto al territorio ed anche gli investimenti strutturali e tecnologici previsti non tengono conto della complessità ed importanza degli ospedali riducendoli a loro volta come struttura e tecnologia applicata.

Si raccomanda quindi al Governo di riconsiderare la questione dell'ospedale valutando oltre i suoi problemi strutturali anche quelli organizzativi e funzionali vale a dire:

- i problemi dello sviluppo della clinica e delle discipline mediche,
- le questioni legate alla complessità della cura,
- i problemi delle organizzazioni delle patologie tempo dipendenti,
- l'inadeguatezza di vecchi parametri organizzativi che ancora oggi sovrintendono l'organizzazione e la classificazione dell'ospedale (bacino d'utenza e posti letto, volumi, tempi di assistenza ecc).
- in ultimo ma non meno importante la necessità di un deciso intervento di riforma del sistema del management generale e della governance complessiva superando il modello attuale monocratico verso un altro improntato a modalità partecipata e decentrata più capace di governare e gestire l'alta complessità che rappresenta la principale caratteristica degli ospedali, come sarà meglio precisato più avanti.

Si raccomanda pertanto al Governo di superare il DM 70 sostituendo questa vecchia normativa con una normativa più moderna e più adeguata alle complessità in gioco ma soprattutto una normativa che restituisca all'ospedale il ruolo che merita e che negli ultimi anni è stato irresponsabilmente impoverito.

PROPOSTE GENERALI

Sulla base di queste analisi sono state finora formulate proposte concrete di carattere generale che si basano essenzialmente su 6 fondamentali punti:

1. Un sistema efficiente, efficace e tempestivo sull'at-



tuazione da parte delle Regioni delle misure volte al recupero delle prestazioni, e la realizzazione da parte del Ministero della Salute di linee guida per le Regioni per il recupero delle prestazioni perse e per garantire il doppio registro del SSN (covid e non covid) qualora il prossimo autunno-inverno dovesse ripartire il contagio.

2. Modernizzazione anche strutturale degli Ospedali Italiani, la cui vita media per moltissime strutture ha ben superato ogni limite plausibile, rendendoli spesso inadeguati anche solo ad ospitare le nuove tecnologie.
3. Ammodernamento degli ospedali con l'acquisizione di nuove tecnologie già in parte previste nel piano di finanziamento del PNRR ma di fatto pare soltanto riservate agli IRCCS, ma invece da destinarsi al complesso dei grandi ospedali italiani.
4. Investimento sulle discipline mediche e sul mondo delle professioni. Gli specialisti ospedalieri debbono gradualmente crescere di numero con l'obiettivo di raggiungere gli standard attualmente vigenti negli altri paesi europei e devono essere messi nelle condizioni di sviluppare a pieno le proprie professionalità. Deve essere considerato il valore strategico dell'elemento professionale come fattore produttivo e deve essere attentamente considerata la necessità di sviluppare le discipline mediche dal punto di vista scientifico, organizzativo ed operativo. Da valutare inoltre l'introduzione negli ospedali di nuove figure professionali quali per esempio i case manager, i data manager e gli infermieri di ricerca attualmente non previste nel SSN nonché la rifondazione negli ospedali delle infrastrutture dell'informazione e comunicazione (ICT), attualmente vecchie e di qualità molto scadente.

5. Occorre ripensare l'attuale gestione monocratica delle aziende ospedaliere adottando una gestione partecipata cioè aperta alle ragioni della domanda ed a quelle della professione. L'Ospedale moderno per definizione è una realtà ad alta complessità e l'alta complessità non si governa in modo monocratico ma in modo partecipato, diffuso e decentrato e bisogna entrare nella logica più moderna di considerare le professioni e le discipline mediche come parte fondamentale della governance del sistema che non può prescindere quindi dal contributo diretto della dirigenza medica.

6. In buona sostanza si è assolutamente contrari alla concezione di Ospedale minimo "di prossimità" (definito nel PNRR "ospedale di comunità", da realizzare ogni 160.000 abitanti circa, per un totale di 381 strutture), e tantomeno alla loro gestione delegata agli infermieri; una concezione obsoleta, eccessivamente semplificante ma soprattutto inadeguata a far fronte alle tante e diverse complessità poste in essere dalle domande di salute della medicina moderna. L'ospedale, come servizio non è più disposto ad essere considerato al "minimo" delle sue possibilità ma deve essere rivalutato e riorganizzato ma anche ripensato e strutturato come funzionalmente operativo per corrispondere a tutte le esigenze, che se soddisfatte danno garanzia di raggiungimento dei migliori risultati di salute consentiti dallo sviluppo ed applicazione delle conoscenze scientifiche.

È emersa quindi l'esigenza largamente condivisa di riformare profondamente il DM 70 ed abbandonare tutte le politiche di deospedalizzazione che purtroppo hanno riguardato il settore negli ultimi 40 anni.

DETTAGLIO DEGLI INTERVENTI

Dai contributi prodotti, a parte i sei punti generali sopra menzionati, si riscontra la necessità di mettere mano ai seguenti provvedimenti più specifici:

- La revisione del numero chiuso all'accesso delle Facoltà di Medicina, provvedimento intrapreso molti anni fa che ha portato alle conseguenze catastrofiche cui oggi assistiamo, revisione che presupporrà anche un adeguamento delle strutture universitarie e del numero dei docenti dedicati. Oltretutto dei 9-10.000 laureati che ogni anno vengono sfornati dalle nostre Università, una percentuale consistente si trasferisce all'estero evidentemente perché giudica non pienamente soddisfacenti le condizioni di lavoro poste in essere nel nostro Paese, ed altrettanto succede con i giovani specialisti.

Il fabbisogno di nuovi medici specialisti, anestesisti, intensivisti, internisti, cardiologi, oncologi, ematologi, reumatologi ed in generale specialisti di tutte le malattie croniche più rilevanti dovrà essere attentamente valutato secondo criteri minori e maggiormente aderenti alla reale situazione sanitaria del Paese. Nelle fasi iniziali il fabbisogno potrà essere con urgenza soddisfatto anche attraverso il reclutamento con contratti a tempo indeterminato derivanti in primis dall'utilizzo delle graduatorie ancora aperte dei concorsi pubblici già espletati e ove si renda necessario, anche attraverso procedure selettive di massima celerità. Dovrà essere previsto al fine di evitare carenze di questi specialisti in aree determinate del Paese il blocco temporaneo delle mobilità interregionali.

Viene visto con estremo favore l'introduzione di un numero, più consistente rispetto a quanto già previsto, di Borse di Studio per nuovi specializzandi soprattutto nelle specialità in particolare sofferenza di medici specialisti. Meno opportuno è parso l'aumento di borse di studio in alcune discipline, che in alcuni casi si ritiene eccedente i prossimi fabbisogni. Si esprimono invece forti perplessità sulle assunzioni di medici specializzandi - a maggior ragione nel caso di contratti di lavoro di tipo "libero professionale" - prima del termine del terzo anno di formazione nel caso di durata della scuola di specializzazione di 5 anni, come purtroppo è già avvenuto nei mesi scorsi a causa delle gravi carenze di specialisti in alcuni settori. Ciò sia per le inevitabili interferenze con l'iter formativo, sia per le ricadute sui livelli qualitativi delle prestazioni professionali ad essi assegnate, rese da questi specializzandi non ancora pienamente formati. In particolare per la carenza di Medici specialisti nei Pronto Soccorsi (problema che coinvolge specificatamente la formazione specialistica MEU) occorre urgentemente individuare ed adottare soluzioni dedicate e condivise che ne evitino l'ormai imminente collasso, nella speranza che sul versante dei fabbisogni ARTID il problema delle carenze di specialisti non si aggravi altrettanto nell'immediato futuro.

L'aumento delle borse di specializzazione si avvia quindi finalmente da quest'anno a colmare, il gap tra medici laureati e posti in specializzazione, ma come sopra rappresentato rimane non ancora risolto il problema del basso numero dei laureati in medicina. Anche il numero degli infermieri inoltre è molto sotto soglia, quindi serve un investimento in questo senso; inoltre è stato stanziato un fondo per l'assunzione delle figure degli infermieri di famiglia sul territorio, una nuova figura assistenziale. Quindi è importante la formazione

e la gestione delle risorse umane. Ma soprattutto è prioritario, perché questa grande azione di reclutamento di nuove risorse professionali abbia successo, creare opportunità diverse e più interessanti per i nuovi laureati e per gli specialisti perlomeno simili a quelle offerte da altri Paesi Europei, ciò per arrestare il consistente esodo attualmente in atto da parte dei giovani medici italiani ed eventualmente anche attrarre giovani laureati provenienti da Paesi esteri. Prendiamo atto inoltre delle rassicuranti dichiarazioni che il Ministro Speranza ha recentemente rilasciato "sulla necessaria chiusura della stagione dei tagli alla Sanità, nella quale ogni Euro impiegato non è semplice spesa pubblica ma il più grande investimento sulla qualità della vita delle persone". Siamo certi, conoscendo l'onestà intellettuale del Ministro, che alle parole seguiranno i fatti.



- Ove il quadro epidemiologico dovesse viepiù peggiorare a causa della maggior diffusione delle varianti si dovrà provvedere ad una netta separazione fra ospedali, ambiti di cura e assistenza per pazienti Covid e quelli per pazienti non Covid, intervento reso più agevole dal più basso numero di ricoveri registrati per effetto delle vaccinazioni. Si richiede quindi una netta separazione dei due diversi percorsi che preveda anche la separazione di tutto il personale dedicato e dei relativi servizi ospedalieri. A questo riguardo è davvero paradossale la circostanza che si sta realizzando nel nostro Paese con l'estensione del Green Pass obbligatorio praticamente a tutte le categorie professionali ed in tutti gli ambiti di lavoro con eccezione dei soli Ospedali, che dovrebbero essere luoghi da preservare prioritariamente dai contagi. Gli Ospedali infatti a causa della mancata sospensione dal servizio di quasi tutti i lavoratori non vaccinati (medici, infermieri, altri) per una legge inapplicabile e quindi largamente inapplicata rimangono luoghi ancora a rischio, in cui non infrequentemente si verifica, ancora oggi dopo un anno e mezzo di pandemia, l'esplosione di clusters di contagi. Inoltre i posti letto aggiun-

ti almeno sulla carta in terapia intensiva durante la pandemia (3500), a fine emergenza dovranno essere allocati in spazi appositi e aperti in caso di necessità e nuove emergenze sanitarie, come letti aggiuntivi.

- Tutte le strutture di oncologia medica (degenze ordinarie e day hospital), di cardiologia (degenze cardiologiche e unità di terapie intensive cardiologiche) di ematologia (degenze ordinarie, day hospital, degenze per trapianto di midollo) di Medicina Interna e di area medica in genere per l'assistenza alle malattie croniche, devono rimanere pienamente operative anche a livello ambulatoriale, al fine di svolgere tempestivamente ed efficacemente attività di diagnosi e cura ed anche di garantire la prevenzione terziaria oncologica e cardiovascolare. Va preservata la rete dell'emergenza cardiologica. Le attività di chirurgia oncologica devono essere garantite e devono avere priorità assoluta e bisogna recuperare tutto il pregresso degli interventi oncologici non ancora eseguiti e ripristinare nell'immediato la regolarità delle attività di chirurgia di elezione almeno nelle patologie a più elevato rischio di mortalità.

Il concetto è che bisogna predisporre strutture ospedaliere modulari e "duttili" che siano in grado di affrontare l'emergenza infettiva/pandemica senza però penalizzare il resto della popolazione dei pazienti acuti e cronici.

- Gli screening oncologici devono ripartire immediatamente ed a pieno regime in tutte le Regioni. Bisogna con urgenza verificare in ogni singola Regione l'entità degli scostamenti registrati rispetto all'epoca pre-Covid e il livello dei recuperi eventualmente realizzati.

- È da rifondare completamente la Medicina Territoriale attraverso la istituzione di grandi strutture ad hoc ambulatoriali e residenziali, queste sì certamente altamente auspicabili, atte a svolgere funzioni attualmente svolte impropriamente dagli ospedali, quali: le attività di screening, di follow up e riabilitazione dei pazienti, di assistenza domiciliare e cure palliative ecc... Tali attività dovranno essere condotte in forme di collaborazione strutturata tra i medici di medicina generale, che saranno dotati di strumenti e personale adeguati e gli specialisti ospedalieri e universitari, collaborazione preceduta dalla istituzione di tavoli per proposte operative con idee bottom-up ed anche con le organizzazioni no profit del settore.

- Attivazione e diffusione su tutto il territorio nazionale di programmi avanzati e strutturati di telemedicina con previsione dei costi di sviluppo e gestione ed

emanazione di norme specifiche che li regolino, anche a tutela dei medici coinvolti in queste attività. Tali programmi sono da sviluppare sia in ambito ospedaliero che a livello della medicina del territorio ma non potranno prescindere dalla periodica osservazione in presenza dei pazienti da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti.

- Avviare procedure velocissime di acquisizione di nuovi ulteriori ingenti fondi per la Sanità, immediatamente fruibili che compensino anche se parzialmente il gap attualmente esistente con gli altri Paesi Europei e mettano in grado il nostro Paese di affrontare l'emergenza in atto ed il nuovo sviluppo della Sanità Nazionale. Importante sarà appianare le differenze tuttora esistenti nel regime assistenziale tra Nord e Sud, per permettere la crescita dell'intero SSN. È evidente infatti che in una situazione del genere le Regioni del Sud risultino più svantaggiate e non possano offrire servizi adeguati ai pazienti.

Il PNRR è importante ma il finanziamento stabile e adeguato a lungo termine per le spese correnti è la sfida per il futuro.

- Il primo obiettivo nell'immediato è quindi favorire l'immediato ritorno alla normalità con campagne di informazione organizzate a livello istituzionale e dalle organizzazioni no profit che possano tranquillizzare i cittadini sulla sicurezza degli ospedali, totalmente Covid free, insistendo sulla necessità che i pazienti non si limitino al "fai da te", ma seguano scrupolosamente le indicazioni dei medici. Va favorito quindi un accesso e un ritorno al rapporto con lo specialista di tutti i pazienti, soprattutto colpiti da patologie croniche, favorendo la corretta adesione alle terapie. Va avviata una attività straordinaria di informazione e comunicazione per il recupero dei ritardi accumulati negli screening, nelle visite programmate, in quelle di follow-up e negli interventi chirurgici.

Giordano Beretta (Presidente Associazione Italiana di Oncologia Medica, AIOM)

Ivan Cavicchi (Docente di Sociologia dell'Organizzazione Sanitaria e di Filosofia della Medicina)

Francesco Cognetti (Coordinatore del Forum e Presidente Fondazione Insieme contro il Cancro)

Paolo Corradini (Presidente Società Italiana di Ematologia, SIE)

Roberto Gerli (Presidente Società Italiana di Reumatologia, SIR)

Ciro Indolfi (Presidente Società Italiana di Cardiologia, SIC)

Dario Manfellotto (Presidente Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti, FADOI)

Pierluigi Marini (Presidente Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani, ACOI)

Vincenzo Mirone (Past President Società Italiana di Urologia, SIU)

Giovanni Muriana (Presidente Società Italiana di Chirurgia Toracica, SICT)

Fabrizio Pane (Professore Ordinario di Ematologia, Università Federico II di Napoli)

Flavia Petrini (Presidente Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, SIAARTI)

Francesco Romeo (Presidente 'Il cuore Siamo Noi - Fondazione Italiana Cuore e Circolazione')

Gioacchino Tedeschi (Presidente Società Italiana di Neurologia, SIN)

Alessandro Vergallo (Presidente Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica, AAROI-EMAC).

Roma, 15.09.2021



Intensive App

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



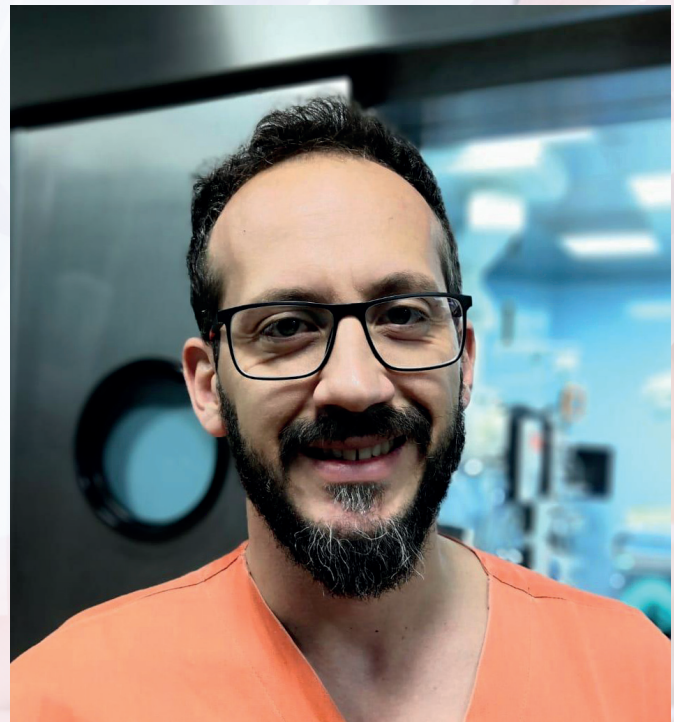
“MIA” App

Il concetto di monitoraggio rappresenta un caposaldo nella quotidiana pratica anestesiologicala ed intensivistica di ognuno di noi. Negli ultimi anni si è registrato un notevole incremento nel numero di dispositivi e nelle possibilità da essi offerte in tale ambito, al punto da rendere difficile al singolo specialista il destreggiarsi tra tutti i device di monitoraggio oggi disponibili.

L'App che presentiamo in questo numero non vuole assurgere ad essere esclusivamente un raccoglitore di informazioni tecniche, ma desidera diventare un riferimento culturale, un valido aiuto nelle buone pratiche cliniche ed invitare ad un più corretto utilizzo dei monitoraggi.

«L'idea è fornire “qualcosa che ognuno possa sentire come propria, qualcosa che ogni Anestesista Rianimatore possa portare con sé” – ci anticipa il **Dr Marco Rispoli** – “da qui il nome MIA, che sottende sia all'acronimo “Monitoraggio In Anestesia”, valido anche nella traduzione inglese, “Monitoring In Anesthesia”, che alla sensazione di fornire un'App cucita su misura per ogni specialista, la “MIA” App”.

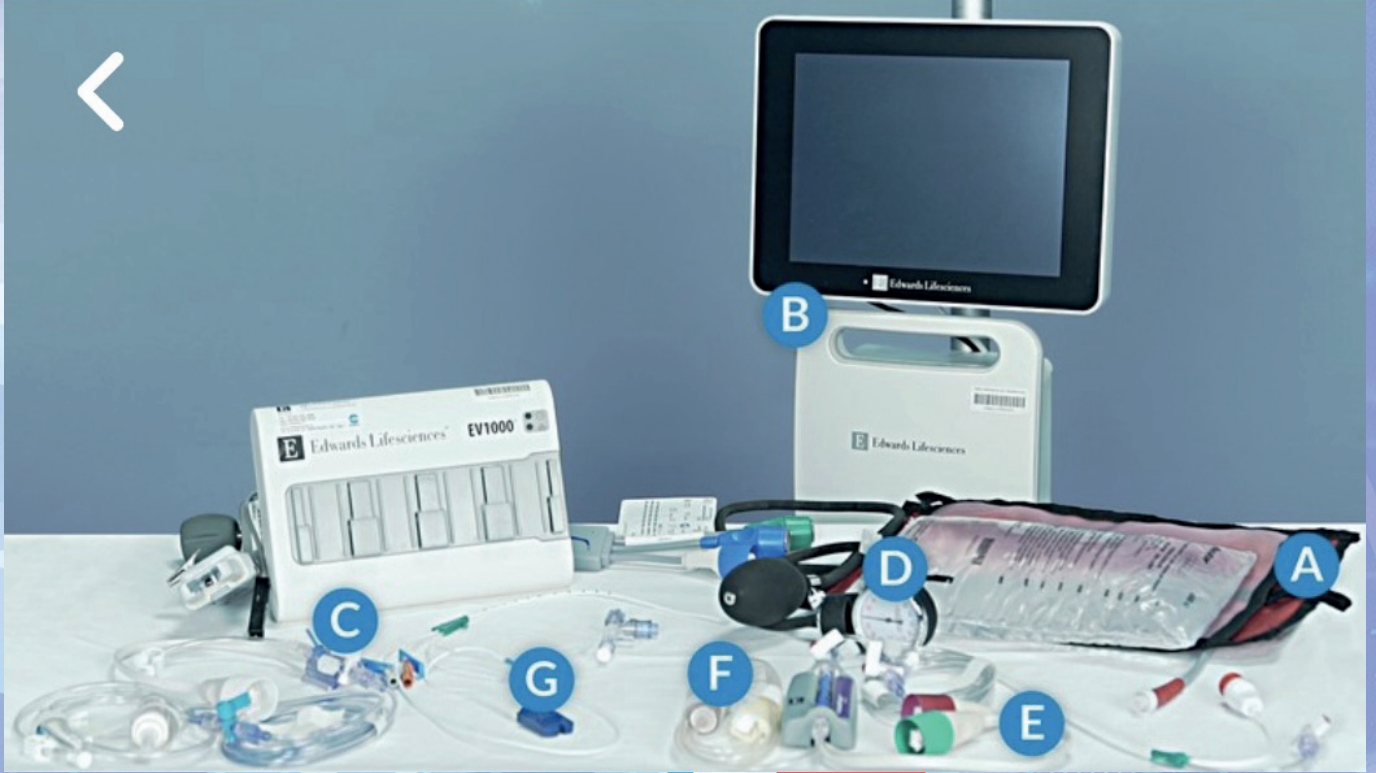
L'idea nasce dalla volontà del **Dr Antonio Corcione**, Direttore della UOC di Anestesia e Terapia Intensiva post-operatoria presso l'Ospedale Monaldi di Napoli: sviluppare una sorta di guida indirizzata agli Anestesisti Rianimatori per le nuove



tecnologie di monitoraggio.

Il progetto è stato poi realizzato dal **Dr Marco Rispoli** con la collaborazione della **Dr.ssa Rosanna De Rosa** e della **Dr.ssa Clelia Esposito**.

“Sono un Anestesista Rianimatore, impegnato principalmente nel campo della chirurgia toracica e della terapia intensiva. Al di fuori dell'ambito ospedaliero, mi interesso invece di formazione nel settore emergenze/urgenze – si presenta così il collega



Rispoli - Sono, inoltre, responsabile scientifico per lo sviluppo di App mediche, in quanto fautore delle nuove tecnologie applicate alle idee tradizionali, per consentire una loro fruizione di massa. Considero, infatti, i nuovi dispositivi smart degli "alleati" indispensabili nella pratica della medicina moderna".

Come è stato sviluppato il progetto?

Il progetto si avvale di tre macro-aree: "Linee Guida", "Procedure" e "Documenti". L'immediatezza è alla base dell'idea di fondo, senza risultare però approssimativi o nozionistici. Pertanto, la sezione Linee Guida presenta una netta divisione in aree tematiche (es: ipnosi, emodinamica, temperatura), all'interno delle quali si trova un conciso estratto delle buone pratiche cliniche SIAARTI o, comunque, una summa delle evidenze disponibili per quel determinato topic. L'utilizzatore troverà le references a piè di pagina o, se disponibile, il link diretto al file multimediale per una consultazione più esaustiva e completa.

La sezione delle Procedure rappresenta la "vetrina" del progetto, ovvero la parte con i contenuti video. Ad essa si può accedere attraverso un elenco di "preferiti" o dalla lista completa. Per ogni funzione da monitorare sono presenti uno o più devices, in modo che l'utilizzatore possa scegliere quello a disposizione. La logica alla base della realizzazione dei video è quello delle check list: in un mondo dove le infor-

mazioni sono sempre disponibili, la metodologia di divulgazione diventa prioritaria per sviluppare un'idea performante.

Pertanto, l'App MIA fornisce uno screenshot di tutta la componentistica necessaria in ambito clinico - dai sensori ai cavi dell'alimentazione - e solo dopo che l'utilizzatore avrà confermato, con un menu a scorrimento, di avere a disposizione tutto il materiale, si potrà procedere alla visualizzazione del video. Ogni video è suddiviso in molteplici clip, che verranno riprodotte in maniera continuativa e senza interruzioni. Al termine di ognuna di esse, comparirà automaticamente un segno di conferma nella sezione didascalica del filmato, proprio come se stessimo compilando una check list. In questo modo, il sanitario potrà accedere a parti specifiche della procedura in video, o potrà anticiparne la visualizzazione vistando la voce corrispondente.

Al termine sarà possibile salvare la check list virtuale della procedura appena visionata in un documento. È a questo che serve la sezione "Documenti". Nella nostra pratica quotidiana siamo abituati a riportare in cartaceo quasi tutte le nostre procedure, in tal modo però l'approssimazione rischia di essere la regola. Poter invece convertire le video-check list disponibili nella sezione procedure in un referto digitale, da stampare direttamente in sala operatoria, è decisamente più accattivante. In seguito, l'anestesta potrà anche apporre la sua firma per validare il

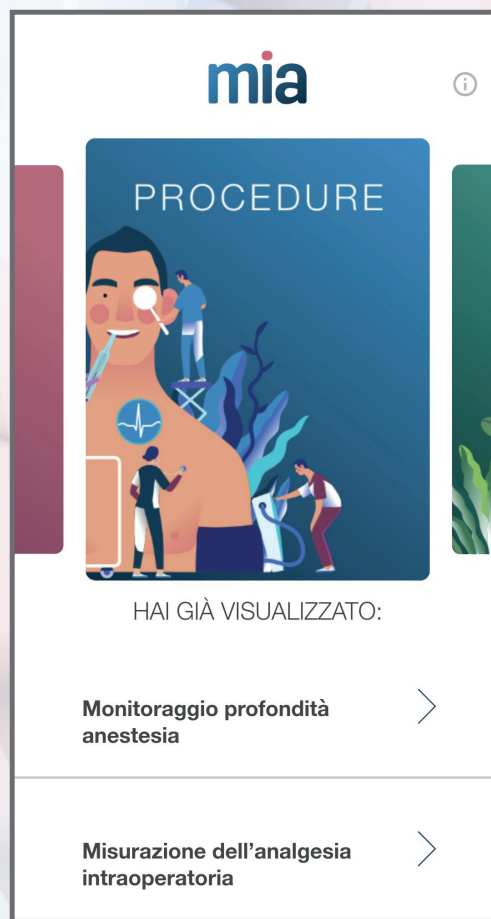
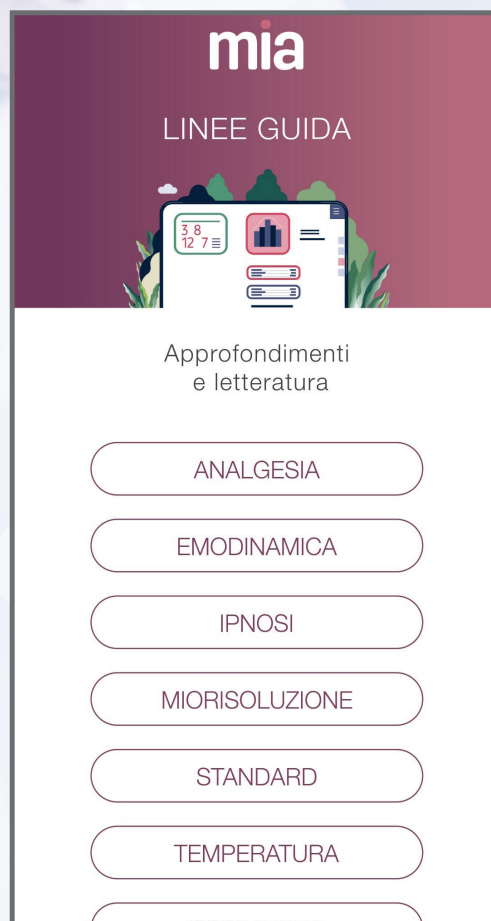
referto. In caso di molteplici procedure sullo stesso paziente, sarà possibile unificare tutti i dati all'interno di un solo referto, proprio come viene fatto nella descrizione dell'atto chirurgico.

Come va usata l'App e a chi si propone?

MIA può avere una duplice finalità. Se da una parte la sua vocazione è quella di un supporto multimediale per lo specialista nella gestione delle tecnologie di sala operatoria e terapia intensiva, dall'altra si presta facilmente ad una realtà formativa e didattica per studenti o specialisti in formazione. Anche gli infermieri di sala e di area critica, che spesso condividono la gestione di tali delicate apparecchiature, possono trovare sicuramente utile avvalersi di un aiuto multimediale. Un vantaggio tecnico è la capacità di funzionare anche in assenza di connessione internet, pertanto MIA trova campo applicativo nei piani sotterranei di una rianimazione, così come nelle aule più periferiche di una università.

Che cosa pensa della necessità di aggiornare ed informatizzare la nostra attività?

Il travagliato percorso per lo sviluppo di MIA riflette gli ultimi due difficili anni per noi Medici: la quasi esclusiva dedizione alla gestione della crisi COVID-19 ha sottratto molte energie allo sviluppo del progetto, ma alla fine, proprio in quel difficile periodo è venuta alla luce la potenzialità della tecnologia in sanità, ovvero comunicazione in tempo reale, condivisione di video e foto, webinar, simulazioni in VR e, soprattutto, la necessità di non farci sentire abbandonati in quei momenti difficili. Nei giorni della prima ondata bisognava imparare nuove skills e gestire tecnologie di area critica. Spesso, però, a riempire i reparti erano i neolaureati, o colleghi non abituati a tali strumentazioni. Stessa sorte anche per gli infermieri, spesso al primo incarico, che magari non avevano mai visto, se non teoricamente, molti dei devices che avrebbero dovuto gestire.



Not Admitted Adult 16:1

MONITORAGGIO INVASIVO IN CONTINUO PRESSIONE ARTERIOSA

INIZIA PROCEDURA

PARAMETRI

Strumentazione

- A - Soluzione di lavaggio
- B - Monitor EV1000
- C - Trasduttore Truwave
- D - Manometro
- E - Cavi di collegamento
- F - Set Volume View
- G - Catetere per ossimetria in

MONITORAGGIO PROFONDITÀ ANESTESIA

00:03 Posizionare la freccia dell'elettrodo 1 in modo che indichi l'asse del setto nasale ✓

00:03 Elettrodo 2 e 4 si posizioneranno al di sopra dell'arcata sopraccigliare e il 3 sulla tempia sull'asse orizzontale dell'occhio

00:18 Fare pressione attorno al bordo esterno di ogni elettrodo infine premere tutti e 4 gli elettrodi al centro per favorire il rilascio del gel

MANOMETRO



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:

prraimondo@iol.it

L' "angelo custode" delle nostre vite visto da un giornalista divulgativo *Brevi ricordi storici sull'attività dell'Anestesista Rianimatore*

di Ernesto Bodini (*giornalista scientifico e biografo*)

Quasi ogni giorno i mass media dedicano spazio ad episodi di "malasanità", peraltro non sempre verificabili, nonostante la Sanità sia ancora una eccellenza, sia pur con alcune eccezioni. L'informazione medica e sanitaria è oggi sempre più estesa tanto da soddisfare curiosità ed esigenze sugli argomenti più vari, e un po' tutti si è più consapevoli di quanto e come si può fruire di una prestazione. I campi sono molteplici ma in particolare modo, quale divulgatore e opinionista, anche se non è certamente etico voler mettere a confronto le varie discipline mediche poiché tutte sono indispensabili, vorrei dedicare comunque la mia attenzione sulla figura dell'anestesista-rianimatore che, come è noto, è il primo riferimento in sala operatoria, nei reparti di terapia intensiva e nel trattamento del dolore cronico. Un professionista che fa parte di un corpus altamente qualificato, il più delle volte meno conosciuto dai pazienti rispetto al chirurgo o ad altri specialisti. Ma un tratto storico-filosofico pone la seguente domanda: ci siamo mai chiesti quale è stata l'invenzione più importante dell'umanità? La ruota, la radio, la televisione o che altro ancora? «No – ha detto un fine umorista –. *La più grande invenzione nella storia dell'umanità è stata l'Anestesia*», e da qui la branca disciplinare della Anestesiologia. E come tutti sappiamo, ci sono voluti secoli prima di trovare dei farmaci e delle tecniche mirate ad eliminare il dolore "a comando": dietro a questo progresso



c'è una lunga storia che parte dalla fine del '700 ad opera di audaci ricercatori statunitensi, per concretizzarsi dalla metà dell'800 in poi, il cui percorso è ben noto ai biografi e agli stessi specialisti. Ma forse non tutti sanno, ad esempio, che durante l'epidemia della poliomielite, soprattutto prima della metà degli anni '50, quando i vaccini non esistevano ancora, una delle peggiori epidemie fu quella scoppiata a Copenaghen nel 1952 dove all'ospedale Blegdam venivano ricoverati fino a 50 malati (soprattutto bambini) al giorno, quasi tutti con i polmoni intasati e bisognosi di essere aiutati nella respirazione, furono proprio gli anestesisti ad intervenire. A quell'epoca non c'erano sufficienti polmoni d'acciaio (il primo fu prodotto in Svezia) o panciotti pneumatici, e ben si sapeva che gli anestesisti erano dovuti diventare

esperti nel mantenere attiva la respirazione durante gli interventi chirurgici, ma nessuno aveva mai pensato di avvalersi della loro esperienza al di fuori della sala operatoria. Il dott. Bjørn Ibsen, grande specialista dell'epoca, un professionista che prestava la sua opera in un altro ospedale, decise di ventilare manualmente i pazienti riuscendo a farli sopravvivere. Il primo paziente ad essere trattato fu una adolescente di 12 anni infettata dal virus e con grave difficoltà respiratoria. Fu sottoposta a tracheotomia e le fu aspirato il liquido dai polmoni ed applicato al collo un tubo a Y collegato ad una bombola di ossigeno, e un pallone respiratorio (ambu). In breve il corpo della paziente si rilassò e la cute riacquistò il colorito naturale, e tale applicazione restò in situ finché fu in grado di respirare autonomamente. Da questo primo caso tutti i nuovi pazienti (318) con paralisi respiratoria furono sottoposti a tracheotomia ed applicata la stessa apparecchiatura per la respirazione. Per questi interventi di emergenza assai utile fu l'opera volontaria di studenti in Medicina di Copenaghen per comprimere l'ambu, alternandosi in turni di otto ore. Con i vecchi respiratori erano deceduti 26 pazienti su 30, mentre con il nuovo sistema ne sopravvissero 200 su 318, e 175 riacquistarono sufficiente capacità respiratoria tanto da poter essere dimessi dall'ospedale. Questa metodologia rianimatoria fece scalpore e la classe medica si rese conto di avere una nuova risorsa nella ventilazione polmonare artificiale ad opera degli anestesisti. Da allora l'anestesiologia ha fatto notevoli progressi e, questi specialisti, hanno delle vere e proprie competenze nell'ambito della rianimazione intervenendo in molteplici situazioni di urgenza-emergenza. Sempre intorno a quell'epoca bisogna ricordare che all'anestesista austriaco di origine ceca, Peter Safar (1924-2003) viene attribuita la pionieristica rianimazione cardiopolmonare. Nel 1952, a Lima, fondò il primo Dipartimento Universitario di Rianimazione, e nel 1958 negli Stati Uniti istituì la prima Unità di Terapia Intensiva. Ma va anche detto che da oltre un trentennio l'anestesista-rianimatore è il medico che fa parte dell'équipe della Medicina Iperbarica, Terapia del Dolore, Medicina di Urgenza-Emergenza in particolare al Servizio del "118", sia sull'Elisoccorso che sulle ambulanze medicalizzate e, per questo, spesso è definito popolarmente "L'angelo custode

delle nostre vite". Quindi, si tratta anche di spiritualità, almeno per i credenti, un richiamo a quanto affermava il gesuita e filosofo francese Pierre Theillard de Chardin (1881-1955): *«Noi siamo esseri umani che vivono un'esperienza spirituale. Noi siamo esseri spirituali che vivono esperienza umana»*.

Un caso "emblematico"



È ormai noto che il progresso della chirurgia si deve anche a quello della condotta anestesologica, resi entrambi possibili sotto il profilo sia clinico sia tecnologico in un divenire sempre più interattivo tra l'una e l'altra. Nel 1969, tanto per citare un esempio d'oltre oceano, un chirurgo stava operando un cancro dell'intestino all'ospedale Columbia-Presbyterian di New York, e si proponeva di asportare un tratto del colon e gran parte dei tessuti adiacenti. La pressione arteriosa del paziente scese a 70/50 e, su consiglio dell'anestesista, il chirurgo richiuse l'addome senza completare l'operazione in corso. *«Nell'elettrocardiogramma del paziente c'era qualcosa che non andava – spiegò il dott. Emmanuel Papper, primario anestesista dell'ospedale – e non potevamo esserne certi perchè non era stato possibile applicargli gli elettrodi sul petto: sarebbero stati d'impaccio al chirurgo. Ma quando potemmo fare un elettrocardiogramma completo, scoprimmo che il paziente aveva subito un infarto sul tavolo operatorio. L'interruzione dell'intervento gli diede la possibilità di riprendersi. Il chirurgo portò a termine*

l'intervento in un secondo tempo». Rapportandomi alla realtà "nostrana", più volte negli anni scorsi in alcuni ospedali piemontesi fui ospite-osservatore (a scopo divulgativo) in sala operatoria per seguire alcune sedute anestesilogiche e chirurgiche, in occasione delle quali ebbi modo di "entrare nel vivo" di una attività consolidata e di routine di questi professionisti, ma assai insolita per il profano. Naturalmente fui accolto ed autorizzato dai relativi responsabili che, unitamente ai colleghi in turno, mi illustrarono il programma della giornata e i relativi avvicendamenti. Tra queste mie "presenze", ricordo le giornate in sala i cui programmi prevedevano interventi di ortopedia, chirurgia generale e cardiocirurgia, ma anche trapianti di reni; oltre alla presa visione dei reparti di terapia intensiva, e l'attività ambulatoriale per il trattamento della terapia antalgica. Non meno "coinvolgente" l'attività di Elisoccorso presenziando a due giornate nel 1999 alle Basi di Torino e Borgosesia (Vc), al seguito di efficienti équipes il cui anestesista-rianimatore (in ambedue i turni) era il compianto amico dott. Davide Cordero. In queste occasioni ebbi modo di mettere a frutto il meglio di me per descrivere l'operato di diversi professionisti, in perfetta sinergia nel rispetto delle proprie competenze; professionisti coraggiosi, sensibili e altamente preparati, mai troppo distanti da ciò che l'individuo rappresenta. E se il chirurgo è l'uomo delle tre H americane: *head, heart, hand*, a pieno titolo lo è l'anestesista. Senza queste doti e senza il grande progresso tecnologico, la vita, la salute e la longevità sarebbero oggi limitate o impossibili per molti. Oltre al dott. Cordero, ricordo anche il compianto prof. Gian Paolo Zocche (scomparso nel 1993), che fu primario di Anestesiologia al C.T.O. di Torino, e uno dei primi ad ospitarmi in sala operatoria. Ne seguirono altri ancora, con i cui referenti ebbi un rapporto di cordialità e simpatia, avendo essi condiviso il mio interesse culturale e professionale (giornalistico) per la Medicina e quanto afferente ad essa, potendo così affinare la mia capacità divulgativa per far conoscere il loro operato e più estensivamente le potenzialità, l'efficienza e le problematiche nell'ambito della Sanità.

Seguendo convegni e congressi...



Sono molti i convegni di carattere medico scientifico che ho seguito come, ad esempio, quello sulle *"Giornate Anestesilogiche Internazionali"* tenutosi a Torino nel 1992 in onore al prof. Enrico Ciocatto, e quello sulle *"Giornate medico chirurgiche internazionali in onore di Achille Mario Dogliotti"*, tenutosi a Torino nel 1991. Ma un altro importante congresso internazionale che si è tenuto sempre a Torino, nel 2001, richiamava il tema *"Errore umano e Medicina"*, i cui lavori hanno posto l'attenzione soprattutto sulla categoria degli anestesisti-rianimatori, ritenuta maggiormente a rischio. Già allora, e credo ancora oggi, si riteneva che non serve individuare e colpevolizzare l'operatore che ha sbagliato, ma è più "razionale" ricercare le cause che hanno determinato l'evento negativo. Ricordo che a quell'incontro, particolarmente affollato, fu invitato James Reason della Cattedra di Psicologia di Manchester, che mise subito in evidenza il fatto che il "semplice" argomento dell'errore è considerato un atto "normale", ed è comunque importante cosa apprendere dall'errore e come adattarsi di fronte a tale evenienza. Ed era chiaro a tutti che una delle categorie a maggior rischio professionale è proprio quella degli anestesisti-rianimatori (anche perché in anestesia il beneficio terapeutico è associato a quello della chirurgia), e spiegò, in quell'occasione, che agli inizi degli anni '80 il rischio dell'anestesia era di circa 1-2 decessi ogni 10 mila pazienti sottoposti a narcosi. Ma qual è, fu chiesto a Francois Clergue, primario di Anestesiologia all'ospedale Cantonale di Ginevra, l'accettabilità del rischio in medicina e

Adesione alla previdenza complementare: l'Informativa COSMED

Con la sottoscrizione definitiva in ARAN del 16 settembre 2021 entrano in vigore le nuove modalità di adesione alla previdenza complementare negoziale per gran parte dei DIPENDENTI PUBBLICI ASSUNTI A TEMPO INDETERMINATO dopo l'**1.1.2019** e per I DIPENDENTI PUBBLICI interessati CHE SARANNO ASSUNTI A TEMPO INDETERMINATO IN FUTURO.

Questa modalità riguarda TUTTI gli assunti a tempo indeterminato immessi in ruolo dal 2.1.2019 e i futuri neoassunti del Servizio Sanitario Nazionale, dei Ministeri, delle Regioni, degli Enti locali, degli Enti Pubblici non economici, degli Enti di ricerca, delle Agenzie fiscali e altri Enti pubblici. In pratica tutti i soggetti contrattualizzati nei comparti e nelle aree dirigenziali della Sanità, delle Funzioni Centrali e delle Funzioni locali che hanno iniziato il rapporto di lavoro a tempo indeterminato successivamente all'1.1.2019. Tale modalità non riguarda i rapporti di lavoro a tempo determinato e gli assunti fino all'1.1.2019 che possono aderire solo volontariamente, beneficiando al contempo dei medesimi benefici fiscali (deducibilità dei contributi versati) e dell'obbligo di contribuzione a carico del datore di lavoro. Si tratta di un provvedimento previsto dalla legge che ha posto in capo ai soci fondatori del fondo (parti datoriali e OO.SS.) la stipula dell'accordo. Il cosiddetto silenzio assenso da anni costituisce la modalità abituale di adesione alla previdenza negoziale nel sistema privato.

Tuttavia, anche su nostro suggerimento, si è ritenuto di inserire speciali garanzie temporali e di notificare certa agli interessati che avvicinano questo silenzio assenso informato ad una forma di opzione manifesta.

In particolare:

- **Per i nuovi assunti** a tempo indeterminato immessi in ruolo successivamente all'accordo sottoscritto il 16.9.2021 (ossia dal 17.9.2021): a partire dall'atto di assunzione viene fornita una dettagliata informazione da parte della propria amministrazione e l'invito ad esprimersi entro 6 mesi. In caso di mancata risposta l'interessato viene iscritto al fondo, riceverà l'atto di iscrizione con raccomandata ma avrà un periodo ulteriore di 30 giorni per recedere, senza conseguenze, mantenendo la possibilità in futuro di iscriversi volontariamente. È comunque auspicabile che nei 6 mesi di prima assunzione l'interessato si esprima.

- **Per gli assunti dal 2.1.2019 al 16.9.2021 (regime transitorio): entro il 15 novembre 2021 le Amministrazioni inviano l'informativa agli interessati, che si esprimono nei 6 mesi successivi, in caso di mancata espressione viene iscritto al fondo con medesima facoltà di recesso.** Per tutti l'iniziale diniego non inficia una successiva adesione al fondo su base volontaria. Sarà possibile anche indicare se investire il contributo proprio e del datore di lavoro nel comparto finanziario garantito (portafoglio di investimento composto per il 95% da obbligazioni e per il 5% da azioni con garanzia del capitale investito) o bilanciato (obbligazionario dal 60% al 90% ed azionario tra il 40 ed il 10%, con gestione del tipo Total Return). Chi entra con silenzio-assenso confluisce automaticamente nel comparto garantito, potendo successivamente e liberamente indicare a Perseo-Sirio un'altra forma di investimento tra quelle disponibili. Questo accordo apporta una tutela per il lavoratore: l'obbligo delle amministrazioni a fornire adeguate informazioni ai potenziali aderenti. Inoltre

costituirà un impegno anche per le organizzazioni sindacali.

In ogni caso l'obbligo di informare correttamente i giovani su questa opportunità consentirà di conoscere la previdenza complementare e ai giovani stessi di fare una scelta consapevole.

Per troppo tempo i datori di lavoro hanno risparmiato il contributo dovuto ai dipendenti che aderiscono all'unico fondo pensioni negoziale dei lavoratori della Pubblica Amministrazione e della Sanità (Perseo-Sirio), pari al momento al 1% dell'intera retribuzione e si ritiene che proprio la mancata informazione sia alla base di questo risparmio improprio.

L'unico problema è il conferimento del TFR futuro: in pratica chi aderisce al fondo avrà, salvo casi particolari, non più del 50% della liquidazione immediatamente disponibile (capitale) all'atto della maturazione dei requisiti per la pensione; la restante parte confluirà nel vitalizio (rendita).

Tuttavia la più favorevole tassazione delle prestazioni (che dal 15% di partenza può ridursi fino al 9% in base all'anzianità contributiva), la possibilità di poter richiedere anticipazioni (non prevista per altre vie) rendono conveniente incamerare il contributo datoriale, neanche previsto per altre forme di investimento previdenziale.

La previdenza integrativa è indispensabile per i giovani e praticamente sempre conveniente semmai si tratta di scegliere se aderire alla previdenza negoziale (fondo Perseo-Sirio) con contributo del datore di lavoro, ma con vincolo sul 50% del TFR futuro oppure ad altro fondo senza contributo del datore di lavoro ma anche senza vincoli sul TFR. Tuttavia l'implementazione delle pensioni in regime di contributivo puro (prima contribuzione da lavoro o riscatto successiva al 31.12.1995) passa

attraverso la previdenza integrativa che apporta notevoli benefici fiscali. Anche in termini di rivalutazione dell'investimento le serie storiche, come certificato da COVIP (Commissione di Vigilanza sui fondi pensione), indicano che nel decennio da inizio 2010 a fine 2019 il rendimento medio annuo composto è stato pari al 3,6% per i fondi negoziali mentre la rivalutazione del TFR è risultata pari al 2% annuo. Anche nel 2020 mentre il TFR si è rivalutato al netto delle tasse dell'1,2%, i fondi negoziali al netto dei costi di gestione e della fiscalità hanno guadagnato in media il 3,1 %.

Diversa la situazione degli assunti prima del 2001 in regime di TFS la cui adesione va valutata su altri parametri. In Italia nel 2019 gli aderenti alla previdenza complementare erano 8,3 milioni per 9,1 milione di posizioni (compresi i familiari).

Circa 1/3 dei lavoratori ha aderito. Nel pubblico impiego e in particolare nella Dirigenza le adesioni sono molto minori non solo per la carenza di informazione, ma anche per l'esiguità numerica dei giovani principali destinatari della norma. Non mancheranno iniziative e punti di incontro e di informazione.

A **questo link** trovate tutta la documentazione, accordo, lettera di ARAN alle Amministrazioni, relazione di ARAN, FAQ con i quesiti pervenuti ad Aran.

Il riferimento del fondo è il sito

www.fondoperseosirio.it

Per la normativa e la disamina dei fondi l'istituzione competente è la COVIP

www.covip.it

Giorgio Cavallero
Segretario Generale COSMED

Massimo Correr
Consigliere d'Amministrazione Fondo Perseo Sirio

Lavoro Usurante e Lavoro Gravoso, le differenze

Vista la confusione determinata da alcune notizie stampa sulle attività gravose, usuranti e sull'Ape Sociale è opportuno chiarire la differenza fra lavoro usurante e lavoro gravoso. In atto i Dirigenti Medici rientrano nel lavoro usurante come lavoro notturno.

Pensioni: agevolazioni per lavoro gravoso e usurante a confronto

I lavoratori impegnati in mansioni gravose che hanno accesso all'APE Sociale (fino a dicembre 2021) sono una categoria diversa da quella rappresentata da chi svolge lavori usuranti, ossia da chi ha invece diritto alla pensione anticipata con il sistema delle quote: la Riforma Pensioni nella Legge di Stabilità 2018 ha infatti introdotto una differenziazione fra lavoro gravoso e usurante, dalla quale derivano diritti diversi in materia previdenziale.

In entrambi i casi, comunque, se non dovessero raggiungere pienamente i requisiti per la specifica pensione anticipata, nel 2021 questi lavoratori possono andare in pensione di vecchiaia con uno sconto anagrafico: 66 anni e 7 mesi, se hanno almeno 30 anni di contribuzione.

Cerchiamo di fare ordine fra le diverse definizioni e opzioni, con i conseguenti diritti alla pensione.

Lavori gravosi

Sono esclusivamente le 11 categorie indicate nella lettera d del comma 179 della Legge 232/2016 ed elencati nell'allegato C più le seguenti 4: marittimi, pescatori, operai agricoli e siderurgici.

A queste probabilmente se ne aggiungeranno altre, visto che è in atto un lavoro in commissione.

1. operai dell'industria estrattiva, dell'edilizia, della manutenzione degli edifici;
2. conduttori di gru o di macchinari mobili per la perforazione nelle costruzioni;
3. conciatori di pelle e pellicce;
4. conduttori di convogli ferroviari e personale viaggiante;
5. conduttori di mezzi pesanti e camion;
6. personale delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzati in turni;

7. addetti all'assistenza personale di persone in condizioni di non autosufficienza;
8. insegnanti della scuola dell'infanzia ed educatori degli asili nido;
9. facchini, addetti allo spostamento merci e assimilati;
10. personale non qualificato addetto a servizi di pulizia;
11. operatori ecologici e altri raccoglitori e separatori di rifiuti;
12. operai dell'agricoltura, zootecnia e pesca,
13. pescatori della pesca costiera, in acque interne, in alto mare, dipendenti o soci di cooperative;
14. siderurgici di prima e seconda fusione e lavoratori del vetro addetti a lavori ad alte temperature, non già ricompresi tra i lavori usuranti di cui al dlgs n. 67/2011;
15. marittimi imbarcati a bordo e personale viaggiante dei trasporti marini ed acque interne.

Pensione anticipata lavori gravosi

Questi lavoratori, se maturano i requisiti entro il 31 dicembre 2021, hanno diritto all'APE Sociale: 12 mensilità, importo pari alla rata mensile della pensione calcolata al momento dell'accesso alla prestazione, non superiore a 1500 euro, non soggetto a rivalutazione.

Per chiedere l'anticipo pensionistico APE devono però anche essere dipendenti, con almeno 63 anni di età e 36 anni di contributi, e avere svolto da almeno 6 anni negli ultimi sette anni oppure sette anni negli ultimi dieci «attività lavorative per le quali è richiesto un impegno tale da rendere particolarmente difficoltoso e rischioso il loro svolgimento in modo continuativo». Deve anche essere cessata l'attività lavorativa, non è compatibile con titolari di altri trattamenti pensionistici diretti, con trattamenti di sostegno al reddito connessi alla disoccupazione involontaria, ASDI, indennizzo per la cessazione definitiva dell'attività commerciale. È invece compatibile con redditi da lavoro dipendente fino a 8mila euro o da lavoro autonomo fino a 4.800 euro. Il beneficio decade nel caso in cui venga raggiunto il requisito per la pensione anticipata.

Se questi lavoratori sono anche precoci (un anno di contribuzione effettiva entro il 19esimo anno di età), possono andare in pensione con 41 anni di contributi.

Lavoro usurante

I lavori usuranti sono quelli previsti dall'articolo 1 del dlsg 67/2011. Si tratta di addetti a determinate attività e lavoratori notturni. Ecco le attività considerate usuranti (decreto ministero Lavoro del 19 maggio 1999):

- lavori in galleria, cava o miniera: mansioni svolte in sotterraneo con carattere di prevalenza e continuità;
- lavori nelle cave: mansioni svolte dagli addetti alle cave di materiale di pietra e ornamentale;
- lavori nelle gallerie: mansioni svolte dagli addetti al fronte di avanzamento con carattere di prevalenza e continuità;
- lavori in cassoni ad aria compressa;
- lavori svolti dai palombari;
- lavori ad alte temperature: mansioni che espongono ad alte temperature, quando non sia possibile adottare misure di prevenzione, quali, a titolo esemplificativo, quelle degli addetti alle fonderie di 2 fusione, non comandata a distanza, dei refrattaristi, degli addetti ad operazioni di colata manuale;
- lavorazione del vetro cavo: mansioni dei soffiatori nell'industria del vetro cavo eseguito a mano e a soffio;
- lavori espletati in spazi ristretti: con carattere di prevalenza e continuità ed in particolare delle attività di costruzione, riparazione e manutenzione navale, le mansioni svolte continuativamente all'interno di spazi ristretti, quali intercapedini, pozzetti, doppi fondi, di bordo o di grandi blocchi strutturali;
- lavori di asportazione dell'amianto: mansioni svolte con carattere di prevalenza e continuità. I lavoratori notturni sono invece compresi nelle seguenti categorie (lettera b, articolo 1, dlsg 67/2011):
- lavoratori a turni che prestano attività nel periodo notturno per almeno sei ore e per un numero minimo 78 notti lavorate all'anno;
- lavoratori che prestano la loro attività per almeno

tre ore nell'intervallo tra la mezzanotte e le cinque del mattino, per periodi di lavoro di durata pari all'intero anno lavorativo;

- lavoratori alle dipendenze di imprese per le quali operano le voci di tariffa per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (sono contenuti nell'allegato 1 del dlgs 67/2011), impegnati in catena di montaggio;
- conducenti di autoveicoli di capienza non inferiore a nove posti adibiti a trasporto pubblico collettivo.

Pensione anticipata lavoro usurante

In base al comma 206 della Legge di Stabilità 2018, questi lavoratori possono andare in pensione con la quota 97 (ci vogliono 35 anni di contributi), senza dover aggiungere l'aspettativa di vita. Le mansioni usuranti devono essere svolte per almeno 7 anni (compreso l'anno di maturazione dei requisiti) negli ultimi 10 di attività lavorativa, oppure per almeno la metà della vita lavorativa complessiva. Non rilevano i periodi coperti da contribuzione figurativa.

Allo stato attuale questi sono i requisiti per accedere alla pensione anticipata per attività usurante:

- Dipendenti: quota 97,6 (somma di età e contributi), età minima 61 anni e 7 mesi, anzianità contributiva di 35 anni;
 - autonomi: quota 98,6 età minima 62 anni e 7 mesi, anzianità contributiva minima di 35 anni.
- Nel caso dei lavoratori notturni che prestano attività per almeno 6 ore ma meno di 78 notti lavorate all'anno, è prevista la pensione anticipata con regole diverse. Applicando l'abolizione delle finestre mobili, molto in sintesi i requisiti sono i seguenti: da 64 a 71 notti lavorate l'anno vale la quota 99,6 per il lavoro.

Nel caso in cui siano anche lavoratori precoci, quindi abbiano almeno un anno di contributi versati prima dei 19 anni, possono ritirarsi con 41 anni di contributi, indipendentemente dall'età.

*Dr Nicola Loddo
Esperto AAROI-EMAC di materie previdenziali*

Riscatto agevolato Corsi Universitari di Studio

Una disamina dei provvedimenti attinenti il riscatto agevolato dei Corsi di Studio a cura del Dr Nicola Loddo, Esperto AAROI-EMAC di Tematiche Previdenziali

L'art.1 della Legge 19 novembre 1990 n.341 considera titoli universitari:

Diploma Universitario

Diploma di Laurea

Diploma di Specializzazione

Dottorato di ricerca

DL n. 184/1997 Art.2 – Corsi Universitari di Studio

Comma 2: "Sono riscattabili, in tutto o in parte, a domanda dell'assicurato, quando non siano già coperti da contribuzione, i periodi di corso legali di studio universitario a seguito dei quali siano stati conseguiti i diplomi previsti dall'art.1 della Legge 19 novembre 1990 n.341".

Comma 3: "L'onere del riscatto è determinato con le norme che disciplinano la liquidazione della pensione con il sistema retributivo o con quello contributivo, tenuto conto della collocazione temporale dei periodi oggetto di riscatto".

Comma 4: "Gli oneri del riscatto per periodi in relazione trova applicazione il sistema retributivo ovvero contributivo possono essere versati ai regimi previdenziali di appartenenza in unica soluzione ovvero in 120 rate mensili senza l'applicazione di interessi per la rateizzazione".

Comma 5: Calcolo dell'onere con il sistema contributivo.

Comma 5bis: La facoltà del riscatto cui al comma 5 è ammessa anche per i soggetti non iscritti ad alcuna forma obbligatoria di previdenza che non abbiano iniziato l'attività lavorativa. In tale caso, il contributo è versato all'INPS. L'onere dei periodi di riscatto è costituito dal versamento di un contributo, per ogni anno da riscattare, pari al livello minimo im-

ponibile annuo. Il contributo è fiscalmente deducibile dall'interessato, è altresì detraibile dall'imposta dovuta dai soggetti di cui l'interessato risulti fiscalmente a carico nella misura del 19% dell'importo stesso.

Comma 5 ter: I periodi riscattati ai sensi dei commi 5 e 5bis sono utili ai fini del raggiungimento del diritto alla pensione.

L'art.20 comma 6 del DL 4/2019 convertito con modifiche dalla Legge 28 marzo 2019 n.26 aggiungendo il comma 5quater all'art.2 del DL184/1997, ha esteso anche ai soggetti in condizione lavorativa attiva la possibilità di riscattare i Corsi di Studio Universitari ad un costo forfettario di 5264,49 euro per ogni anno da riscattare.

Inizialmente la facoltà del riscatto agevolato era riservato ai soggetti con meno di 45 anni di età, poi la legge di conversione (L. 28 marzo 2019, n. 26) ha tolto il limite d'età.

Infine la Circolare 6/2020 dell'INPS ha esteso la possibilità di riscattare con i criteri agevolati anche i periodi di studio universitario antecedenti al 31.12.1995, a patto che il lavoratore accetti di optare per il calcolo interamente contributivo dell'assegno ai sensi dell'art.1 comma 23 della Legge 335/1995.





Quesiti dal web

L'AARO-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Arturo Citino
(Coordinatore Formazione Sindacale)



È possibile prevedere un solo Anestesista Rianimatore in un presidio Ospedaliero dove esiste attività chirurgica in Day Surgery in una sola sala operatoria? Gli interventi eseguiti saranno principalmente in anestesia logoregionale ma non si escludono anche anestesi generali e sedazioni.

Il contratto nazionale delega al Comitato paritetico (art.6 bis) la gestione della programmazione dei servizi di emergenza e lo stesso recita:

Art. 6 bis Organismo paritetico

1. *L'organismo paritetico realizza una modalità relazionale consultiva finalizzata al coinvolgimento partecipativo delle organizzazioni sindacali di cui all'art. 7, comma 3, lett. b) (Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie) su tutto ciò che abbia una dimensione progettuale, complessa e sperimentale, di carattere organizzativo dell'Azienda o Ente.*

2. *L'organismo di cui al presente articolo è la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo - anche con riferimento alle politiche e ai piani di formazione manageriale e formazione continua anche secondo quanto previsto dall'art. 16 bis e segg. del D.Lgs. n. 502/1992, al lavoro agile ed alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nonché alla prevenzione e riduzione del rischio clinico della legge 24/2017, alla salute e sicurezza sul lavoro, anche con riferimento alle aggressioni subite in servizio dal personale, alla **programmazione dei servizi di emergenza, in particolare di pronta disponibilità e di guardia**, valutando, tra l'altro, la esonerabilità del personale che abbia superato la soglia di 62 anni di età anagrafica, nonché l'estensione del servizio di pronta disponibilità a turni diversi da quelli notturni e festivi, fermo restando l'onere a carico del relativo fondo - al fine di formulare proposte*

all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

La programmazione di cui all'art. 6 bis va immessa in una procedura condivisa tra i vari attori e deliberata. In generale è da ritenersi da evitare la possibilità di utilizzo dell'Anestesista Rianimatore dedicato all'urgenza chirurgica per altre attività di routine.

Dopo aver ottenuto la mobilità in altra Azienda è possibile rientrare nell'Azienda di provenienza? Si deve richiedere nuovamente mobilità?

Esiste la possibilità di reintegro nel posto originario ma:
- è una opzione dell'Azienda e non un diritto
- la remunerazione ricomincia dalla posizione economica e fascia di esclusività iniziale.

*L'Art. 13 del CCNL affronta la problematica e recita:
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.*

Se si adotta tale articolo occorre mettere in conto la decurtazione stipendiale.

In alternativa occorre richiedere una nuova mobilità.

Dopo molti anni in struttura privata convenzionata ho deciso di transitare in un rapporto di lavoro pubblico. Ho diritto al riconoscimento degli scatti di anzianità a livello stipendiale?

Nella situazione descritta non si ha diritto al riconoscimento degli scatti di anzianità a livello stipendiale.

Attualmente sono in aspettativa ed ho fatto domanda di mobilità volontaria presso un'altra ASL. La domanda è stata accettata e la mia azienda mi ha concesso il nulla osta. Avendo ancora molti giorni di ferie residue, l'Asl di destinazione è tenuta ad accollarsene l'onere?

La mobilità non instaura un nuovo rapporto di lavoro e, quindi, l'ASL di destinazione ha l'obbligo di riconoscere le ferie.

Un Anestesista Rianimatore, a prescindere dalla tipologia di area di competenza (Sala Operatoria, Terapia Intensiva, Rianimazione, Terapia Iperbarica, Terapia Antalgica) ha diritto ad otto (8) giorni di rischio anestesilogico e può ottenere il rischio radiologico in caso in cui dovesse raggiungere il livello minimo di esposizioni alle radiazioni?

Il riposo biologico di 8 giorni compete solo al personale medico Anestesista esposto ai gas anestetici. Per quanto riguarda il rischio radiologico compete solo se riconosciuto dall'apposita commissione.

Vorrei sapere se è legale fare nello stesso giorno un turno di aggiuntiva 8-14 di mattina se nello stesso giorno si è in turno la notte. Non sono garantite le 11 ore di riposo tra un turno e il successivo, ma essendo la mattina lavorata in libera professione, volevo sapere se si potesse fare.

Fermo restando la necessità di 11 ore di riposo nelle 24 ore il CCNL all'art.24 recita:

Orario di lavoro dei dirigenti recita:

15. ...omissis... Il recupero del periodo di riposo non fruito, per il completamento delle undici ore di riposo, deve avvenire immediatamente e consecutivamente dopo il servizio reso. Nel caso in cui, per ragioni eccezionali, non sia possibile applicare la disciplina di cui al precedente periodo, quale misura di adeguata protezione, le ore di mancato riposo saranno fruito nei successivi sette giorni fino al completamento delle undici ore di riposo. Le ore dedicate allo svolgimento della libera professione intramuraria, ivi inclusa l'attività di cui al comma 2 dell'art.115 (Tipologie di attività libero professionale intramuraria), durante la fruizione delle undici ore di riposo non potrà comunque superare la misura di 3 ore, purché siano garantite almeno 8 ore continuative di riposo, al fine di garantire il recupero psico-fisico. I dirigenti con rapporto

di lavoro non esclusivo esercitano la libera professione extramuraria, sotto la loro autonomia e responsabilità, attenendosi al principio di cui al periodo precedente, al fine di garantire il recupero psico-fisico.

In ogni caso è un turno che si consiglia di evitare.

Sono titolare di contratto a tempo indeterminato con opzione extra-moenia.

Chiedo lumi circa il trattamento economico e in particolare:

- è giusto che pur effettuando lo stesso orario di lavoro dei colleghi di pari grado mi venga fatta una trattenuta sulla busta paga di circa €1400,00 mensili lordi?

- è giusto che non mi vengano corrisposte le quote economiche relative all'anzianità di servizio?

Il rapporto di lavoro non esclusivo è regolato dall'art.15 del CCNL che recita:

1. La richiesta di passaggio dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo può essere presentata entro il 30 novembre di ciascun anno. Il passaggio decorre dal 1 gennaio successivo a quello dell'opzione e comporta i seguenti effetti per i dirigenti interessati:

a) non preclusione al mantenimento dell'incarico in essere o al conferimento di direzione di strutture semplici e complesse fermo restando quanto eventualmente previsto dalle discipline legislative regionali in merito ai criteri per il conferimento dei predetti incarichi di direzione di struttura;

b) spettanza della retribuzione di posizione – parte fissa di cui all'art. 91, comma 11, (Retribuzione di posizione) corrispondente all'incarico conferito senza ulteriori interventi contabili da parte delle Aziende o Enti.

c) non spettanza della retribuzione di risultato;

d) inibizione dell'attività libero – professionale intramuraria;

e) cessazione di corresponsione dell'indennità di esclusività che - dalla stessa data - costituisce risparmio aziendale;

Sono un Dirigente Medico Anestesista Rianimatore presso un ospedale pubblico e vorrei porre una domanda circa l'anzianità di servizio.

Prossimamente maturerò i 5 anni di lavoro continuativo come Dirigente Medico a tempo indeterminato e con contratto esclusivo che mi daranno diritto ad uno scatto per quanto concerne l'indennità prevista per l'anzianità di servizio. Nel caso in cui dovessi lasciare l'ospedale pubblico per iniziare un'attività pura da libero professionista, questi 5 anni di anzianità vengono eliminati in caso di un futuro re-impiego in un ospedale pubblico?

Nel caso in esame l'anzianità non si perde in quanto i vari periodi non hanno più la necessità della continuità per il riconoscimento.

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.

+
ISCRITTI

+
DIRITTI



**Siamo il Sindacato dei Medici Anestesiisti Rianimatori,
dell'Emergenza-Urgenza e dell'Area Critica**

ABBIAMO UN PRINCIPALE OBIETTIVO: FAR RISPETTARE I DIRITTI DEGLI ISCRITTI!

- Conosciamo e condividiamo il malessere lavorativo dei Colleghi e diamo loro voce in ogni sede.
- Ci piace ascoltare il parere di tutti, per noi le osservazioni di ciascun Collega sono preziose! Per farlo, siamo gli unici che portano "il Sindacato a domicilio" dei Colleghi, i primi ad utilizzare ogni strumento anche "social" di comunicazione, interagendo in tempo reale con tutti i Colleghi attraverso una partecipazione numerosissima e quotidiana alle discussioni, che tutti gli altri ci invidiano e non potranno mai raggiungere.
- Lottiamo perché vengano dati sempre più valore e importanza alle nostre discipline.
- L'attività che NOI Medici Anestesiisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza svolgiamo è la spina dorsale delle strutture sanitarie e per questo vogliamo il giusto riconoscimento.
- La vita dei pazienti è nelle nostre mani. Pretendiamo di lavorare in un ambiente sereno nel rispetto delle leggi, del riposo contrattualmente previsto e dei giorni di ferie riconosciuti e dovuti.

L'AAROIEMAC LAVORA OGNI GIORNO AFFINCHÉ QUESTI OBIETTIVI VENGANO RAGGIUNTI

**SIAMO AL TUO FIANCO
IN OGNI MOMENTO...
CHE COSA ASPETTI AD ISCRIVERTI?**

#UNITISVINCE
TUTTE LE INFORMAZIONI SU:
WWW.AAROIEMAC.IT