

il nuovo Anestesista Rianimatore

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

LUGLIO - AGOSTO - SETTEMBRE
2022
4
Anno XLIII

**Il Programma
della Lista**

**Lo Studio
AAROIEMAC**

**La nuova FAD
per gli Iscritti**

Gli Eletti al XII Congresso Nazionale AAROIEMAC



Sommario

3 **XII Congresso Nazionale AAROI-EMAC**
Gli Eletti
Il Programma della Lista eletta

8 **Dalla COSMED**
Le ultime Informative dalla Confederazione

9 **Dall'Intersindacale**
Il Manifesto per una Nuova Sanità

12 **Dalle Regioni**
Gli articoli di alcuni Presidenti Regionali

22 **Burnout**
I dati dello Studio AAROI-EMAC

24 **SAQUIRE**
Le immagini del Meeting AAROI-EMAC

26 **Formazione**
Il nuovo Corso FAD AAROI-EMAC

28 **Convenzioni Assicurative**
Impatti degli obblighi ECM sulle Polizze Assicurative

AAROI-EMAC risponde

32 - **Previdenza:** Gli articoli degli Esperti

36 - **Quesiti Sindacali**

38 **Centro AAROI-EMAC SimuLearn®**
Il Calendario dei Corsi da Ottobre a Dicembre 2022

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETARIA) - Dr ALESSANDRO VERGALLO - aaroiemac@aaroiemac.it
SEGRETARIO - Dr ANTONINO FRANZESI - franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE - Dr ANTONIO AMENDOLA - amendola@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD - Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI - lombardia@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO - Dr LUIGI DE SIMONE - toscana@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD - Dr DOMENICO MINNITI - calabria@aaroiemac.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI - QUIRINO PIACEVOLI - ufficioesteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

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

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

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

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 19-09-2022



XII Congresso Nazionale

Alessandro Vergallo confermato Presidente Nazionale AARO-EMAC all'unanimità *Il XII Congresso Nazionale dell'Associazione elegge anche 3 nuovi Vice Presidenti*

Alessandro Vergallo è stato rieletto alla Presidenza dell'AARO-EMAC all'unanimità. I Delegati al XII Congresso Nazionale dell'Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica, in rappresentanza di oltre 11 mila Iscritti, lo hanno confermato per il terzo mandato consecutivo, che passa da 4 a 5 anni.

Riconfermato anche **Quirino Piacevoli** come Coordinatore dell'Ufficio Esteri.

I tre nuovi Vice Presidenti sono invece **Cristina Mascheroni** (Presidente AARO-EMAC Lombardia) per l'Area Nord, **Luigi De Simone** (Presidente AARO-EMAC Toscana) per l'Area Centro, **Domenico Minniti** (Presidente AARO-EMAC Calabria) per l'Area Sud.

Sono stati inoltre eletti come Provirivoli Effettivi i Dr **Marco Chiarello**, **Fabio Motta** e **Vincenzo Trotta**, Supplente il Dr **Emanuele Scarpuzza**.

L'Assemblea Congressuale, al suo termine, ha inoltre condiviso una "Mozione Iniziale" con alcuni punti fondamentali, ciascuno discusso e condiviso in dettaglio nel corso dei tre giorni, in base ai quali l'AARO-EMAC attuerà le linee programmatiche per il quinquennio che prende l'avvio, per le iniziative e le azioni necessarie in particolare alla valorizzazione della professionalità dei Colleghi appartenenti alle Specializzazioni Mediche – ARTID e MEU – che l'Associazione rappresenta per precisa ed orgogliosa connotazione identificativa dei suoi Iscritti:

- 1 - impegno rinnovato per la Medicina Pubblica;
- 2 - lotta al precariato ed impegno per la stabilizzazione del personale;
- 3 - salvaguardia dei livelli occupazionali e delle professionalità attraverso l'indizione di concorsi pubblici, anche con l'assunzione dei giovani medici e la contrattualizzazione immediata dei MIF degli ultimi 2 anni;
- 4 - visione riformatrice e meritocratica della gestione salute;
- 5 - ridefinizione di un corretto rapporto tra ospedale e territorio, che comprenda il 118 correttamente inteso come Servizio PreOspedaliero di Emergenza;
- 6 - Diritto al Contratto di Lavoro, relegando alla storia l'aberrante stipula di CCNL "postumi" alla loro scadenza;
- 7 - "Ospedali sicuri" per Professionisti e Utenti.



XII Congresso Nazionale



PROGRAMMA 2022-2026

LISTA 1 PER IL CANDIDATO PRESIDENTE A. VERGALLO

COMMISSIONI, SETTORI DI ATTIVITÀ E GRUPPI DI LAVORO

In questo Quadriennio, che di fatto è divenuto un Quinquennio dopo il rinvio dei rinnovi di tutte le Cariche Associate causa Covid, sono state via via implementate l'attività e l'interazione delle 3 Commissioni Statutarie (C. Contratto coordinata da Domenico Minniti, C. Servizi coordinata da Emanuele Scarpuzza, C. Organizzazione e Immagine coordinata da Teresa Matarazzo), nonché quelle curate dall'Ufficio Esteri, e sono stati creati nuovi Settori di Attività, tra i quali per brevità mi limito a ricordare in primis quello degli Affari Legali, la cui responsabilità è stata affidata a Luigi Zurlo. Tra i Gruppi di Lavoro, molto importante è stata la creazione di quello sul Sistema di Emergenza 118, che ci ha condotto a ridivenire nuovamente, dopo un lunghissimo periodo di accantonamento politico del nostro ruolo in troppe Regioni, quantomeno interlocutori la cui voce è ritornata a farsi sentire in questo importante settore.

Ebbene, tutte le Commissioni storiche e i Settori e

Gruppi di Lavoro NeoCostituiti hanno fatto la loro parte per il progresso della nostra Associazione, prova ne è che a fine 2019 – appena in tempo prima che subisse un ulteriore enorme ritardo causa pandemia – è stato siglato l'ultimo CCNL oggi vigente, mentre i progressi dell'ambito principale inerente la Commissione Servizi, vale a dire la nostra Convenzione Assicurativa, sono a conoscenza di tutti i nostri Colleghi, e anche l'immagine della nostra Associazione ha avuto un netto balzo in avanti a tutti i livelli di interlocuzione, di confronto e di relazioni.

Va da sé che nel nuovo periodo di mandato ci prefiggiamo di accelerare e migliorarne ancora l'efficienza in tutti gli ambiti di cui sopra; il 1° appuntamento a tal fine sarà con ogni probabilità in occasione del prossimo rinnovo del CCNL del Pubblico Impiego, senza trascurare l'opportunità di continuare a tentare di divenire Parte Trattante anche in quelli del Settore Privato, dal quale ad oggi siamo ancora esclusi, ma che p. es. nel Lazio ci vedono comunque coinvolti in modo significativo.

ATTIVITÀ DEL CONSIGLIO NAZIONALE E DEGLI ORGANI CENTRALI DELL'ASSOCIAZIONE

Già nel 2013 era stata programmata, e ribadita nel 2017, la necessità di *“ristrutturare le risorse dedicate alla gestione della burocrazia, anche implementando modalità di lavoro più agili e più tempestive”*. Ebbene, questa necessità è divenuta realtà in particolare nel mandato in scadenza, soprattutto in conseguenza delle restrizioni di movimentazione degli ultimi 2 anni, per le quali è stata fatta di necessità virtù, una virtù che pur con la ripresa della normalità intendiamo ancora sviluppare ed ottimizzare, naturalmente senza trascurare l'importanza fondamentale di far lo stesso con le riunioni in presenza dei nostri Organi Sociali.

Sulla RISTRUTTURAZIONE DELLA FORMAZIONE SINDACALE IN MERITO AL CCNL, ALLE NORME VIGENTI, ALLA LORO APPLICAZIONE DECENTRATA,

invece, occorre il coraggio di affermare che siamo ancora lontani da un grado soddisfacente di raggiungimento dell'obiettivo. Ma proprio per questo non intendiamo demordere, sappiamo ormai quali sono le difficoltà e dobbiamo *“solo”* trovare i modi più efficaci per superarle.

La difesa della **PECULIARITÀ DELLA DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE ANCHE ALLA LUCE DEI RAPPORTI TRA AAROI-EMAC E SOCIETÀ SCIENTIFICHE, ANCHE DI RIFERIMENTO PER ALTRE CATEGORIE SPECIALISTICHE** è stato invece un campo nel quale sono stati fatti enormi progressi, al di là di ogni più ottimistica previsione, anche attraverso scelte coraggiose, ma i buoni risultati ottenuti – lungi dal soddisfarci, ci spronano a proseguire con la massima celebrità sulle direttrici tracciate, che convergono tutte verso relazioni virtuose della nostra Associazione – fermo restando il reciproco rispetto delle rispettive prerogative – con SIAARTI e SIMEU.

Tutto questo ci porta ad un altro obiettivo che ci eravamo posti sempre nel 2013, quello del **RILANCIO DEL “SENSO DI APPARTENENZA” ASSOCIATIVO**, sul quale siamo consapevoli che c'è ancora molto lavoro da fare.

I progressi attuati nella **RIORGANIZZAZIONE DELLA NOSTRA SEGRETERIA, NONCHÉ DELLE CONSULENZE “TECNICHE” AGLI ISCRITTI** è sotto gli occhi di tutti i nostri Colleghi, ma qualche altro miglioramento, p. es. implementandone le competenze, sarà il nostro obiettivo del mandato che inizia.

La **PROMOZIONE DELLA PARITÀ DI GENERE** ha registrato una forte accelerazione verso gli Iscritti, grazie

anche all'impegno in tal senso della nostra Commissione Organizzazione e Immagine, a fronte tuttavia di una sostanziale invarianza della componente femminile nei ruoli di rappresentanza associativa. La candidatura alla Vice Presidenza Nord di Cristina Mascheroni dimostra che intendiamo continuare ad impegnarci anche su questo versante.

Sulla **FORMAZIONE** ritengo che siano evidenti sia il nostro impegno sia i risultati al quale ci ha portati, ad iniziare dal nostro Centro SimuLearn a Bologna, un nostro fiore all'occhiello che in questi anni ha ottenuto risultati di gestione e di gradimento senza precedenti e senza confronti. Ebbene, è nostra ferma intenzione di proseguire il nostro percorso di essere protagonisti nella formazione dei nostri Colleghi, sia ottimizzando le risorse da impegnare a tal fine in coordinamento con le espressioni e le rappresentanze scientifiche di entrambi i settori specialistici dell'AAROI-EMAC (ARTID e MEU), sia implementandone le sinergie sul versante della qualità e della sicurezza professionale e della tutela assicurativa, come anche del resto provveduto a fare per quanto riguarda l'Evento annuale SaQuRe di nuova istituzione.

Sugli **SPECIALIZZANDI** non occorre spiegare quale sia stato il nostro impegno a progettare un nuovo loro inquadramento rispetto alle attività svolte negli ospedali a fianco di nostri Specialisti, e anche su tale strada intendiamo proseguire senza esitazioni o tentennamenti, sempre in collaborazione con le Componenti Scientifiche – e in questo caso più propriamente Accademiche – di specifico riferimento specialistico.

Vorrei concludere questa sintetica esposizione ribadendo le medesime conclusioni che ebbi a pronunciare in occasione dello scorso Congresso:

Ancor prima delle Elezioni Regionali, abbiamo cercato di sensibilizzare sull'importanza del voto per la scelta del Rappresentante Aziendale: non bisogna infatti mai dimenticare che il Sindacato è fatto da mille rami, e non da un solo tronco.

Innumerevoli volte ci siamo trovati davanti alla domanda “E il Sindacato che cosa fa?”. Ebbene, il Sindacato non può fare tutto ciò che legittimamente gli si chiede se non può avvalersi della collaborazione di tutti gli Iscritti. Questo deve essere sempre ben chiaro. Non ci stancheremo mai di ripeterlo, perché questo concetto dovrà rientrare nell'intimo di ciascuno di noi.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale*

ONLINE LE IMMAGINI E I VIDEO DEL XII CONGRESSO NAZIONALE AAROI-EMAC

È online la Landing Page – un'area collegata al sito AAROI-EMAC – in cui sono state raccolte tutte le immagini, le notizie, le informazioni sul XII Congresso Nazionale AAROI-EMAC.

La Landing Page è raggiungibile dal banner pubblicato nella colonna destra del sito AAROI-EMAC o dal link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?e-landing-page=congresso-nazionale-landing-page>



L'AAROI-EMAC COMPIE 70 ANNI

Nel 2022 l'AAROI-EMAC compie 70 anni: il 22 Novembre 1952, a Torino, dodici Medici firmarono davanti al Notaio l'atto costitutivo della "A.A.O.I." (Associazione fra gli Anestesisti Ospedalieri Italiani).

Quei Pionieri erano tutti "Specialisti in Anestesiologia", formati presso la prima omonima Scuola di Specializzazione d'Italia, fondata nel 1948 proprio presso l'Università del capoluogo subalpino, che ebbe come suo primo e illuminato Direttore Achille Mario Dogliotti.

Da allora ad oggi sono cambiate tante cose, l'A.A.O.I. nel 1964 è diventata A.A.R.O.I. (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani), con il preciso scopo di congiungere Anestesiologia e Rianimazione nell'ambito di un'unica disciplina specialistica. Nel 2009 fu deciso un ulteriore cambiamento quando l'AAROI si allargò ai Medici dell'Emergenza e dell'Area Critica diventando AAROI-EMAC.

A settanta anni dalla prima firma, questo importante compleanno è stato ricordato nel corso del XII Congresso Nazionale dell'Associazione con l'aggiunta del numero 70 al logo AAROI-EMAC presente sul materiale congressuale. E' stata inoltre realizzata una nuova bandiera istituzionale.



Firmato in via definitiva l'Accordo Quadro sulle Aree di Contrattazione.

Tutto sarebbe pronto ma mancano gli atti di indirizzo per aprire i tavoli contrattuali della Dirigenza. Incredibile e inaccettabile il ritardo.

Con la firma pressoché unanime della quasi totalità delle Confederazioni è stato siglato l'accordo quadro sulle Aree di contrattazione 2019-21 peraltro nei termini già oggetto dell'accordo del 29 dicembre 2021, dopo il via libera del Consiglio dei Ministri e della Corte dei Conti. Si esauriscono pertanto anche formalmente tutti gli adempimenti preliminari all'apertura dei rinnovi contrattuali per il triennio 2019-21.

Il contenuto dell'accordo soddisfa completamente la COSMED che ha sostenuto una lunga e dura battaglia in sede negoziale e parlamentare per tenere distinta la Dirigenza sanitaria e mantenere in contratto separato la Dirigenza Tecnica Professionale ed Amministrativa del SSN nella Dirigenza delle Funzioni locali. In tal modo si valorizzano le specifiche competenze di tutte queste Dirigenze senza commistioni sul piano economico e normativo. Il testo è identico a quello dell'ipotesi.

La stagione degli accordi quadro per il triennio 2019-21 si è pertanto conclusa (accertamento rappresentatività, prerogative sindacali e aree di contrattazione) ed è iniziata persino la stagione 2022-24 con l'accertamento della rappresentatività che procede e che dovrebbe concludersi entro l'anno.

Al momento sono conclusi i rinnovi contrattuali 2019-21 di 3 comparti non dirigenziali (sanità, funzioni centrali e funzioni locali) mentre è in discussione l'ultimo comparto quello dell'istruzione e ricerca (che peraltro dovrà recepire il bonus per i professori

esperti). Nessun tavolo aperto per le aree dirigenziali. A questo punto diventa incredibile e sconcertante il ritardo dell'apertura dei rinnovi contrattuali della Dirigenza per i quali non è stato emanato neppure un atto di indirizzo sebbene, in particolare per la Dirigenza sanitaria e delle Funzioni Locali più volte annunciati.

In definitiva tutto è pronto, ma nulla si muove per i Contratti di categoria, gli unici che determinano l'erogazione delle risorse in busta paga e che sono scaduti da quasi quattro anni (31.12.2018). Il Presidente dell'Aran ha ribadito la piena disponibilità di ARAN ad aprire le trattative non appena i Comitati di settore invieranno gli atti di indirizzo. In ogni caso se l'accordo quadro poteva essere usato strumentalmente come pretesto per non avviare le trattative per i rinnovi contrattuali adesso non ci sono più alibi.

Lo straordinario impegno durante la pandemia e l'inflazione galoppante rendono ancora più inaccettabili i tempi biblici per il rinnovo e l'applicazione decentrata dei contratti.

Il colpevole ritardo di Atti dovuti da parte delle Amministrazioni e della Politica configurano una grave mancanza di attenzione e di rispetto per la Dirigenza pubblica e del suo ruolo fondamentale per il mantenimento dei servizi pubblici essenziali e lo sviluppo del Paese.

10 Agosto 2022



Le Organizzazioni Sindacali si uniscono per la Sanità

Le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria riunite nell'Intersindacale Uniti per la Sanità hanno realizzato e diffuso nel corso della campagna elettorale il Manifesto per la nuova sanità pubblicato di seguito. È stato inoltre organizzato a Roma il 14 Settembre un incontro con le forze politiche.

Il video dell'intero evento e dell'intervento del Presidente Nazionale AAROI-EMAC è disponibile al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=28871>





MANIFESTO PER LA NUOVA SANITÀ

Le Organizzazioni sindacali, in rappresentanza di 120.000 medici, veterinari e sanitari dipendenti chiedono alle forze politiche di impegnarsi in difesa del Servizio Sanitario pubblico e nazionale, del ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari al suo interno, del valore del suo capitale umano.

Il ridimensionamento dell'intervento pubblico, la china avviata verso la privatizzazione, la carenza strutturale di medici specialisti, il peggioramento delle loro condizioni di lavoro, le fughe verso la quiescenza e lidi professionali diversi dalla dipendenza pubblica, mettono a rischio la sopravvivenza del servizio sanitario a 45 anni dalla sua nascita.

Esiste un'emergenza ospedali – con Pronto soccorso allo stremo, liste d'attesa infinite ed un continuo ricorso alle soluzioni estemporanee più fantasiose per tappare le falle di una nave che sta affondando –, ed esiste un'emergenza territorio, che la riforma finanziata con i fondi del PNRR rischia di non riuscire a risolvere, in assenza di ulteriori investimenti a regime. Emergenze che tuttavia stentano a comparire tra gli interventi prioritari promessi dai partiti politici nella campagna elettorale in corso.

Eppure, la tempesta della pandemia Covid-19 è stata perfetta, non risparmiando nessuna delle fragilità del nostro SSN e del nostro sistema Paese. Ha retto, almeno in una prima fase, la cultura civile delle comunità ed il lavoro di quanti sono rimasti, in primis medici e professionisti sanitari, in quelle trincee che non potevano essere abbandonate, pagando prezzi durissimi.

Il virus ha funzionato da acceleratore di fenomeni esistenti cambiando radicalmente, e forse definitivamente, lo scenario in cui ci muoviamo.

Oggi emerge la necessità di ricostruire un ambiente politico, sociale e culturale nel quale la tutela della salute come di tutto il sistema di welfare siano considerati fattori di produzione di ricchezza collettiva, nella misura in cui lo stato di salute e di benessere fisico e psichico di una popolazione correlano direttamente con lo sviluppo sociale e culturale di un Paese. Senza tacere gli effetti sull'economia, per la mole di Pil che tutto ciò che ruota intorno al mondo della salute muove in settori strategici e avanzati del nostro sistema produttivo (farmaci, device, ricerca, biotecnologie, robotica, digitalizzazione, etc). Possiamo dire, senza timore di essere smentiti, che la cattiva tutela della salute di una comunità ne pregiudica lo sviluppo, in termini civili ed economici.

La sanità pubblica, equa, solidale e universalistica produce e non consuma ricchezza. La ricostruzione economica e sociale post Covid-19, tra crisi energetica e conseguenze della guerra in Europa, non deve farla slittare in basso nell'agenda delle priorità, considerandola un oneroso capitolo di spesa del bilancio pubblico, a dispetto della sua mission di presidio di diritti fondamentali di ciascuno e di tutti.

I dati dimostrano che l'Italia è fanalino di coda per quanto riguarda la spesa sanitaria in Europa, per valori pro-capite a parità di potere d'acquisto (nel 2019 pari a 2.473 euro, a fronte di una media Ocse di 2.572 euro) con un gap vertiginoso rispetto a Paesi di riferimento come Francia e Germania. Per quanto riguarda la percentuale sul Pil, l'Italia si pone invece leggermente sopra la media Ocse con una percentuale complessiva di 6,6%, lontana mille miglia da Germania (11,7% del suo Pil) e Francia (11,2%).

Dopo la pandemia niente è cambiato. Continua la fuga dei medici dagli ospedali, continua la sofferenza del personale medico e sanitario, continua la sofferenza dei pazienti che non trovano risposte alle richieste di cure in un sistema vicino al collasso, senza differenze di latitudine.

Le Organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria ritengono che siamo di fronte a un processo di consunzione della sanità pubblica, certificata dalla crisi dei Pronto Soccorso affollati di pazienti e deserti di medici, alla quale serve un approccio di sistema che riconosca la medicina di prossimità e quella ospedaliera come due facce della stessa medaglia e un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e organizzativo per invertire le curve di caduta della qualità e del consenso sociale.

La sostenibilità del servizio sanitario passa per la valorizzazione, l'autonomia e la responsabilità dei suoi professionisti. Perché parlare di sanità significa parlare di lavoro in sanità e parlare di lavoro significa parlare di capitale umano.

È questo il passaggio necessario per chiunque abbia a cuore il presente e il futuro della più grande infrastruttura civile e sociale che questo Paese abbia costruito.

Per i medici, i veterinari e i dirigenti sanitari del SSN, tramontata la retorica, occorrono nuove risorse a loro dedicate, a partire dalla prossima Legge di Bilancio, e interventi legislativi che valorizzino il loro ruolo, finalizzati a:

1. superare la politica dei tetti di spesa al personale; attuare forti politiche di assunzioni che recuperino i tagli del passato, escludendo il precariato, eterno e non contrattualizzato, come ci chiede la stessa UE;
2. migliorare le condizioni del lavoro nel SSN in un sistema che privilegi i valori professionali rispetto a quelli economicistici e aziendali;
3. riportare all'interno dell'inquadramento professionale del CCNL della Dirigenza del SSN il reclutamento di personale medico e sanitario, che negli ultimi anni sta subendo una inaccettabile e regressiva sostituzione con prestazioni privatistiche acquistate a cottimo, con una distorsione evidente del mercato del lavoro;
4. riformare lo stato giuridico della dirigenza medica e sanitaria, nel segno della dirigenza "speciale" delineato dall'articolo 15 del D.lgs 229/99 rafforzandone l'autonomia sia sotto il profilo professionale che gestionale, valorizzando la peculiarità della funzione svolta a tutela di un diritto costituzionale, anche attraverso forme di partecipazione ai modelli operativi;
5. aumentare le retribuzioni, detassando gli incrementi contrattuali e il salario accessorio, come già avviene nella sanità privata e in alcune categorie del pubblico impiego come gli insegnanti; prevedere per il rischio contagio una apposita indennità; abrogare il famigerato art. 23, comma 2 del decreto 75/2017, cosiddetto "Madia", che pone un tetto al salario accessorio;
6. introdurre il contratto di formazione lavoro per i medici specializzandi (che si ricorda essere medici e sanitari già abilitati ad un esercizio professionale inquadrabile in un ruolo lavorativo dirigenziale e non studenti) e avviare un processo di riforma della formazione post-laurea, divenuta vera emergenza nazionale;
7. completare la legge sulla responsabilità professionale con il passaggio ad un sistema "no fault" sul modello europeo, superando l'eccezionalità dello "scudo Covid";
8. rispettare la tempistica e la esigibilità a livello periferico del CCNL cambiando l'impianto della indennità di vacanza contrattuale.

AAROI-EMAC Piemonte

Intersindacale medica deposita un esposto in Procura

I sindacati medici apprendono dell'esistenza di un ammanco di oltre 7 milioni di euro destinati all'abbattimento delle liste d'attesa e per gli interventi di prevenzione, e depositano un esposto in procura per escludere estremi di reato e per identificare le eventuali responsabilità.

Le cifre dovevano essere accantonate dall'azienda a partire dalle somme pagate per l'intramoenia dei medici dipendenti, ma una parte di questi soldi è stata destinata ad altre attività ed un'altra parte non è mai stata chiesta agli utenti.

Questo in violazione di un esplicito accordo firmato con i sindacati dei medici e ancora oggi colpevolmente disapplicato.

Il cosiddetto decreto Balduzzi inserisce, tra le numerose trattenute sulla cifra pagata dai pazienti per una visita in intramoenia, una somma pari al 5% a partire dal compenso del libero professionista da vincolare ad interventi di prevenzione o di riduzione delle liste di attesa.

Apprendiamo invece che l'azienda ha destinato questo 5%, in parte ad altre attività ed in parte ha ommesso di aggiungerla all'onorario da pagare al medico, determinando un progressivo ammanco di somme (oltre 7 milioni di euro) che sarebbero dovute servire per la riduzione delle liste di attesa.

L'ammacco di milioni di euro su un fondo destinato alla riduzione delle liste di attesa e su interventi di prevenzione quali le vaccinazioni danneggia in modo inaccettabile sia l'utenza, quotidianamente afflitta dal

problema delle liste di attesa, sia i professionisti sanitari che da tale fondo avrebbero potuto attingere per lo

svolgimento di prestazioni aggiuntive (gettoni). Alle Molinette, per una spirometria si attende circa 1 anno, per un'ecografia della mammella ben 225 giorni: questi soldi sarebbero serviti per ridurre attese inaccettabili.

Per questo chiediamo chiarezza: perché le cifre non sono state accantonate? Perché ai sindacati non sono mai stati forniti i dati riguardanti questo accantonamento? Di chi è la responsabilità? Che utilizzo ne è stato fatto? L'intersindacale medica ha depositato un esposto in procura affinché venga fatta luce sulla grave inadempienza dell'azienda e sta procedendo con la denuncia per attività antisindacale, per assenza di accordi sindacali in materia tra il 2012 e 2015, e inadempienza degli accordi del 2015 fino ad oggi, con una situazione grave ed illegittima, non ancora a norma.

Anaao Assomed Piemonte
Cimo Fesmed Piemonte
Aaroi Emac Piemonte

Torino, 4 Agosto 2022



Intersindacale ASST Valtellina ed Alto Lario fotografa la situazione sanitaria locale

Il 26 Luglio 2022 le OO.SS della Dirigenza medica e sanitaria della ASST Valtellina ed Alto Lario (ANAAO ASSOMED, AARO EMAC, CGIL MEDICI, CISL MEDICI Sondrio, FASSID, FESMED, FM UIL FPL, FVM FIALS MEDICI) hanno convocato una conferenza stampa per fare il punto della situazione sanitaria locale. Di seguito il testo:

Questo incontro con la Stampa fa seguito ad un precedente del gennaio 2017, non è dettato da esigenza di denuncia, non è un moto di protesta rivolto verso chicchessia abbia responsabilità nella gestione sanitaria della nostra provincia. È solo un atto dovuto: quello di rappresentare l'opinione degli operatori qualificati di un settore oggetto di fortissime criticità, un settore cruciale per le necessità di tutti i cittadini della nostra bellissima e mal servita Valle. La Dirigenza Medica e Sanitaria ha negli ultimi tempi ritenuto poco costruttivo assumere pubblicamente posizioni che illustrassero il proprio punto di vista riguardo la sanità provinciale, ma di fronte al susseguirsi di pubbliche dichiarazioni provenienti dal mondo della politica, dalla Direzione Aziendale e da varie associazioni di cittadini ritiene ora opportuno intervenire in qualità di intersindacale della dirigenza medica e sanitaria tutta con l'intenzione di offrire un contributo all'analisi della situazione intercorrente, illustrando gli aspetti, che a nostro avviso, sono alla base del malessere che sta coinvolgendo la cittadinanza ma anche in egual misura gli operatori sanitari.

Contesto Nazionale

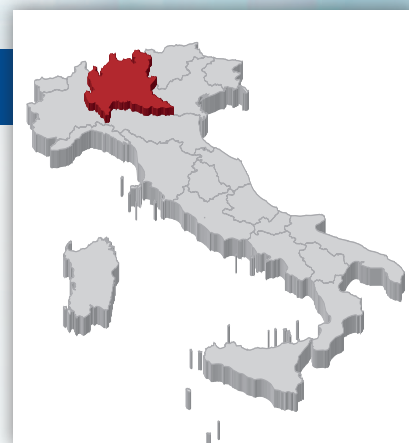
Dalla metà degli anni Ottanta ad oggi, si sono susseguite leggi nazionali e regionali che hanno determinato periodi di tagli lineari sulla spesa sanitaria, con conseguente progressiva diminuzione numerica di posti letto e di personale, in particolar modo nella sanità pubblica in Lombardia dove più forte è stata la

spinta verso una sanità privata convenzionata.

Da anni i Sindacati della Dirigenza Medica e Sanitaria denunciano la carenza numerica di nuovi laureati e soprattutto di nuovi specialisti medici; la politica nazionale avrebbe dovuto infatti prevedere l'uscita dal SSN dell'enorme numero di medici specialisti che si sta verificando negli ultimi tempi; da anni, per mantenere le prestazioni da erogare, il personale medico e sanitario rinuncia a giorni di ferie e di riposo, accumulando milioni di ore di lavoro non retribuito. Questa condizione ha portato al progressivo allontanamento dei medici e dei sanitari dal servizio pubblico, non venendo più ritenuto sostenibile questo eccessivo carico di lavoro.

Contesto locale

ASST Valtellina ed Alto Lario non si sottrae a queste dinamiche: dal 01/01/2019 al 31/07/2022 la dirigenza medica e sanitaria è passata da 443 a 316 unità (127 unità, il 28,7% in meno) e sono già in previsione ulteriori uscite per pensionamenti e trasferimenti presso altre aziende ospedaliere. Il personale medico aziendale, al 31 maggio 2022 ha accumulato 256.127 ore lavorate non retribuite (più di 800 ore pro capite), al 31 dicembre 2021 ha accumulato 15522 giorni di ferie non godute (49 giorni pro capite). Tale situazione si è tradotta e si traduce nel fatto che i servizi al cittadino sono stati sempre garantiti solo grazie alla faticosa presenza e all'abnegazione del personale tutto, che è riuscito tra enormi difficoltà ad evitare interruzioni del pubblico servizio. A titolo esplicativo vi forniamo alcuni dati relativi ai medici presenti attualmente in Azienda, con riferimento al primo gennaio 2019.



	2019	2022
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	34	24
CARDIOLOGIA	16	8
NEUROLOGIA	10	2
ORTOPEDIA	14	10
GINECOLOGIA OSTETRICA	24	15
PNEUMOLOGIA	8	2
PRONTO SOCCORSO	15	12
RADIOLOGIA	21	13
UROLOGIA	10	5

Non si può certo imputare alla Direzione Aziendale il fatto di non aver cercato di sanare la situazione; sono stati indetti molteplici concorsi pubblici, che nella maggior parte dei casi sono andati e vanno deserti; inoltre, la maggior parte dei pochi candidati vincitori di concorso e accettanti, appena ne ha la possibilità, si trasferisce presso altre destinazioni meno disagiate, dove l'attività lavorativa viene svolta in un unico presidio ospedaliero e non su più presidi distanti tra loro decine di chilometri.

Di conseguenza, alcune unità operative garantiscono tuttora i servizi su più presidi ospedalieri, pur avendo i numeri sufficienti per poterli garantire a malapena in uno solo di questi. Il lavorare costantemente a organico ridotto ha inevitabilmente pesanti ripercussioni sull'utenza:

- allungamento delle liste d'attesa per visite ambulatoriali, prestazioni diagnostiche strumentali ed interventi chirurgici.
- allungamento dei tempi di attesa nei PS e nei PPI

Data la gravità della situazione, la Direzione Aziendale, per cercare di mantenere gli standard minimi di accreditamento dei presidi ospedalieri, si è vista costretta ad ingaggiare professionisti extraaziendali (cooperative e liberi professionisti) attraverso onerosi appalti con ulteriore aggravio di spesa. Attualmente in ASST sono appaltati: i servizi di PS di Sondalo e Chiavenna, la Guardia di Ortopedia di Sondalo e di Sondrio, la Guardia di Cardiologia di Sondalo e di Sondrio, la Guardia di Pediatria di Sondalo, la Guardia di Ginecologia di Sondalo, parzialmente il servizio di Emodinamica a Sondrio; a breve si aggiungeranno la Radiologia e parzialmente la Guardia anestesologica di Chiavenna. Malgrado ciò per alcune unità operative, come la Neurologia, neanche questa ricerca ha potuto garantire il reperimento del personale necessario al mantenimento delle prestazioni precedentemente erogate (questo spiega la temporanea chiusura della stroke unit)

Le nostre conclusioni

In queste condizioni pare del tutto evidente come non ci sia alcuna possibilità, nella nostra provincia, di mantenere l'organizzazione ospedaliera attualmente esistente; a livello nazionale, le strategie messe in campo negli ultimi due anni (in primis l'aumento dei posti nelle scuole di specializzazione) daranno i primi frutti non prima di 4-5 anni; a livello regionale, la tanto decantata "sanità di montagna" pare aver generato, fino ad ora, cittadini di serie B, ai quali non può venir garantito il rispetto dell'Art. 32 della Costituzione, che tutela come FONDAMENTALE il diritto alla salute; a livello locale, la mancanza di una vision comune tra tutte le istituzioni e i vari comitati nati negli ultimi anni, ha portato a nostro parere a prese di posizione che sono carenti di una progettualità razionalmente

sostenibile, mancando una prospettiva globale che comprenda, in maniera aderente alla realtà, la medicina del territorio e il servizio di emergenza-urgenza; abbiamo ascoltato una sequela di dichiarazioni "politiche", valide forse in una campagna elettorale ma totalmente destrutturate dalla realtà quotidiana, con promesse che rimandano alla creazione di nuovi servizi che appaiono al momento come scatole vuote, o che garantiscono una capillarità dei soccorsi extraospedalieri che nessuno può garantire. Se è comprensibile la richiesta dell'utente di avere il più vicino possibile a casa un "ospedale" con tutti i servizi, non è comprensibile né giustificabile che chi ha un ruolo pubblico non spieghi alla popolazione che questa richiesta, pur legittima, non è, stante il momento, né razionale né percorribile. Certo, non sono ascrivibili ai medici ospedalieri e alle loro Organizzazioni Sindacali le decisioni da prendere per tentare di sanare un contesto ormai insostenibile; è nostro dovere fotografare "dal di dentro" la situazione: al momento, non vi è né la forza politica, né la capacità organizzativa, né la disponibilità di risorse professionali per mantenere l'esistente; ci ha fatto molto male leggere che i reparti chiudono "per ferie"; siamo passati, in meno di due anni dall'essere "eroi" (e non lo eravamo, né lo volevamo essere), all'essere additati come "fannulloni" (e non lo siamo, né mai lo saremo); siamo semplicemente professionisti della salute, orgogliosi della nostra mission, consapevoli del nostro ruolo, e chiediamo a gran voce di essere messi nelle condizioni di poter dare il nostro meglio, senza dover ricorrere a ritmi e modalità di lavoro insostenibili, che ci stanno trasformando a nostra volta in "pazienti"; il nostro grido di allarme riguarda la messa in sicurezza del sistema sanitario provinciale, un principio di buon senso per poter garantire la salute del cittadino e anche la salute, la sicurezza e la dignità degli operatori della sanità.

ANAAO ASSOMED – Dott. M. Piavanini
AAROI EMAC – Dott. B. Oria
CGIL MEDICI – Dott. F. Di Giovanni
CISL MEDICI Sondrio – Dott.ssa L. Santi
FASSID – Dott.ssa D. Gianatti
FESMED – Dott. G. Pedretti
FM UIL FPL – Dott.ssa R. Salvi
FVM FIALS MEDICI – Dott. S. Creta



AARO-EMAC Friuli Venezia Giulia

Emergenza-Urgenza. NO al "corsetto Bignami"

In un contesto di progressivo scadimento e dequalificazione del nostro SSR, recentemente certificato da un impietoso report di uno dei più prestigiosi Istituti italiani, ARCS azienda zero della Regione estrae dal cilindro delle genialate del 2022 la riapertura in pompa magna del Corso MET, corso regionale teorico-pratico per il conseguimento dell'idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, corso che in 400 ore di pura teoria e irrisoria pratica avrebbe la presunzione di formare ed addestrare medici neolaureati o freelance alla gestione dell'emergenza pre-ospedaliera.

In considerazione del fatto che il sistema di emergenza-urgenza già da tempo in questa regione viene dequalificato, snaturato e svenduto a enti e professionalità non in grado di erogare e mantenere un servizio di qualità e sicurezza per i cittadini, risulta preoccupante il progetto regionale di mandare a trattare e gestire le condizioni di salute più gravi, rapidamente evolventi e pericolose per i nostri cittadini, giovani colleghi lanciati allo sbaraglio con un "corsetto Bignami" di 400 ore in materie così delicate e difficili, laddove oggi i professionisti che si occupano di questo ambito escono da un percorso universitario di 5 anni di vera pratica ed integrazione nei Dipartimenti Ospedalieri di Emergenza Urgenza. Quanti cittadini di questa regione salirebbero su un Boeing 737 sapendo che il pilota ha fatto solamente un corso di 400 ore al simulatore e non è mai salito su un vero aereo??? I nostri politici no sicuramente.... E' questa la qualità del nostro SSR? Il 118 regionale già svenduto ad enti privati e cooperative, già massacrato da una riforma regionale fallimentare ed in attesa di pirotecnici inattuabili cambiamenti, NON ha bisogno di medici con formazione farlocca che rischiano invece di essere letteralmente lanciati sulla prima linea dei PPI e dei Pronto Soccorso regionali dove nessuno vuole più lavorare.

La riapertura oggi di questo surrogato ultra-ristretto di formazione che la regione FVG per più di 20 anni ha deciso correttamente di non utilizzare, rappresenta l'ennesimo segnale di grave ed estrema incapacità a programmare e gestire i corretti percorsi

di qualità del SSR, dimostra estrema inefficienza e confusione nel reperire le corrette

risorse per un sistema sanitario sicuro ed adeguato e conferma l'inconsistenza di ARCS ente regionale senza ruolo e senza autorevolezza. Due anni fa il Direttore Centrale Salute e l'Assessore avevano correttamente bocciato e bloccato questo corso, oggi il Direttore Generale di ARCS dimostra nuovamente di muoversi come libero battitore fregandosene della storia di questa regione e peggio ancora del parere dei tecnici.

Nessun anestesista rianimatore di questa Regione si presterà a fare lezione/tutoraggio o a dare ospitalità/supporto/partecipazione a qualsiasi forma di percorso pseudo-formativo come questo proposto da ARCS, ribadendo che l'unica formazione possibile di qualità, certificata, autorevole è quella che si svolge nelle Scuole di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione e Medicina di Emergenza Urgenza dei Nostri Atenei regionali. Questo in primis a garanzia della salute e sicurezza dei nostri utenti-pazienti.

La Direzione di ARCS, se non vuole essere responsabile della deriva e dello scadimento di qualità anche di questo ambito di SSR, ascolti l'accurato appello di più di 100 medici Specializzandi dei nostri Atenei che chiedono il blocco di questo inutile corso, dopo inutili proclami metta in atto una seria riforma del Sistema di Emergenza Urgenza Regionale che sia valorizzante ed attrattivo e si faccia piuttosto carico della promozione di percorsi formativi seri ed accreditati incentivando e promuovendo l'iscrizione alle Scuole di Specialità. Questi giovani medici specializzandi sono quelli che già da due anni stanno reggendo con sacrificio e passione assieme a Noi il SSR e rappresentano il futuro professionale di qualità di questa Regione.

Ai giovani colleghi neolaureati ed ai colleghi in cerca di certificazioni serie e spendibili sconsigliamo vivamente di regalare ad ARCS, 1000 euro di iscrizione



per avere un pezzo di carta che rischia di dare false sicurezze, di esporli a rischi professionali e che non dà una preparazione neanche minimamente sufficiente per poter affrontare situazioni gravi e critiche come quelle che si incontrano quotidianamente nell'emergenza urgenza.



Leggi anche

IL COMUNICATO STAMPA DEGLI SPECIALIZZANDI al link:
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=28724>

Trieste, 18 Luglio 2022

In Regione numero automediche inadeguato e insufficiente

Dopo i dati farlocchi e le fumose ricostruzioni sui numeri dei posti letto delle Terapie Intensive in FVG, dopo le falsità dette in Terza Commissione dal dott. Tonutti già Direttore ARCS sul funzionamento del sistema emergenza urgenza, adesso è il turno dei dati sul numero delle Automediche in FVG, numero che da anni questa Associazione contesta come assolutamente inadeguato ed insufficiente.

Il comunicato stampa della Regione dd 22 giugno 2022 riporterebbe addirittura un fantasmagorico, surreale, inesistente aumento delle automediche diurne in FVG del 51% (???) rispetto a quanto previsto dal PEU del 2015.

Dispiace segnalare all'Assessore che il pallottoliere regionale sia di nuovo malfunzionante perchè il PEU

FVG prevede indiscutibilmente n. 6 automediche h 24 (Trieste, Gorizia, Latisana, Udine, Tolmezzo, Pordenone) mentre la fotografia odierna è altrettanto indiscutibilmente la seguente: n. 4 automediche h 24 (Trieste, Gradisca, Udine, Pordenone) e n. 2 automediche h 12 (Latisana e Opicina).

Quindi, se la matematica non è un'opinione siamo di fronte ad una riduzione totale di circa il 20% (!!!) delle automediche previste dal piano regionale con una chiara evidenza di alcune zone ben tutelate ed altre completamente e pericolosamente scoperte (tutta la Carnia per esempio).

Sarebbe d'uopo a questo punto, una smentita da parte dell'Assessore competente ed una censura e rimozione immediata di chi gli ha fornito questi numeri falsi. ARCS, azienda che "dovrebbe" governare il sistema di emergenza urgenza regionale, deve essere rigorosa e trasparente soprattutto in questo momento delicato e decisivo di revisione del sistema in toto.

Allarmano moltissimo infine i dati sulle tempistiche di intervento sui codici rossi in FVG: secondo il report regionale solamente il 20% dei casi vedrebbe garantito un tempestivo ed adeguato soccorso entro 8 minuti, un dato assolutamente preoccupante ed al di sotto di qualsiasi standard minimo di sicurezza e qualità.

Trieste, 24 Giugno 2022



AARO-EMAC Toscana

Intersindacale Toscana, disdetta Accordo sospensione Stato di agitazione

L'Intersindacale della Dirigenza Medica e Sanitaria della Regione Toscana ha inviato via PEC ai vertici Regionali il documento con oggetto "Disdetta accordo del 7/12/2021 sulla sospensione dello stato di agitazione e richiesta urgente incontro".

Di seguito il testo sottoscritto.

A seguito della decisione della Direzione Generale Sanità, welfare e coesione sociale regionale di dare indicazioni alle Aziende Sanitarie di non mettere a bilancio per l'anno 2021 le risorse economiche previste per la dirigenza dell'area sanità dall'art.11 del Decreto Calabria, l'intersindacale della Dirigenza dell'Area Sanità Toscana comunica formalmente la disdetta dell'accordo per la sospensione dello stato di agitazione sottoscritto il 7/12/21 (recepito con DGRT n.1384 del 20/12/2021), e riservandosi a breve la possibilità di aprire nuovamente una vertenza a livello regionale, chiede alle SS.VV. un incontro urgente.

La disposizione in oggetto non è l'ultima ma l'ennesima goccia che per l'ennesima volta ha fatto traboccare un vaso già pieno da molto tempo.

Le scriventi OO.SS. – che hanno sempre mantenuto nei confronti della Regione un atteggiamento leale e collaborativo - rappresentanti delle lavoratrici e dei lavoratori della Sanità che in questi anni difficili hanno col loro impegno, col loro sacrificio e sacrificando i propri affetti familiari, talvolta anche rimettendoci la salute o la vita, non possono accettare che per l'ennesima volta siano disattesi accordi e impegni solennemente sottoscritti da anni, mai applicati, applicati parzialmente o con colpevole ritardo a seguito di stucchevoli palleggiamenti di responsabilità tra Aziende Sanitarie e Regione.

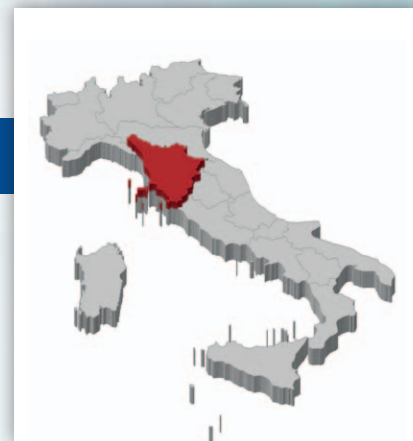
La situazione di grave crisi che stiamo vivendo è frutto di errori del passato, da noi – inascoltati – puntualmente denunciati e che non si è avuto la forza o la volontà di correggere.

La riforma del 2015 – partendo da presupposti che potevano essere condivisibili – a distanza di 7 anni

non è ancora compiuta, e in molti casi vecchie e diverse organizzazioni di lavoro convivono con le nuove, generando diversità e disparità di trattamento da un ospedale all'altro e talvolta addirittura tra un dirigente e l'altro della stessa unità operativa. Non abbiamo contezza di quali siano i criteri nell'allocazione delle risorse e nella determinazione delle dotazioni organiche; assistiamo a fenomeni di "accaparramento" di dirigenti tra un'azienda e l'altra, con una fuga di giovani colleghi e colleghe da posti in cui il disagio lavorativo è tale da non permettere una normale vita familiare e il pensiero di una gravidanza viene vissuto come colpa o come un lontano miraggio. Non ci possiamo più permettere che il campanile guidi le scelte sanitarie a dispetto della Scienza e delle Leggi, non ci possiamo più permettere di sprecare neanche un euro per tenere aperti ospedali che lo sono solo di nome, comprare macchinari costosi od allestire sale operatorie in luoghi improbabili senza sapere chi e come faremo a farle funzionare e non alla bell'e meglio ma coerentemente a quello che costano.

Non ci possiamo più permettere che l'ospedale ed il territorio non dialoghino, non ci possiamo più permettere che i posti letto nei diversi setting assistenziali siano insufficienti, non ci possiamo più permettere dei Pronto Soccorsi subissati di accessi impropri, non ci possiamo più permettere di non governare l'appropriatezza delle prescrizioni e dell'utilizzo dei dispositivi o delle procedure ad alto costo.

Non ci possiamo più permettere un contenzioso medico legale che ci costa 30 milioni di euro l'anno e di far perdere tempo ai professionisti che dovrebbero occuparsi dei malati obbligandoli ad accedere con password astruse e continuamente cangianti a sistemi elettronici che non dialogano tra



loro, che girano su macchine obsolete e con assurdi vincoli di privacy.

Non ci possiamo più permettere carrozzoni inefficienti come l'ESTAR (per il quale fra l'altro e in controtendenza ci giunge notizia di ulteriori assunzioni) e non ci possiamo più permettere il mantenimento di privilegi di stampo feudale, che tuttora albergano in alcuni ambienti universitari: a testimonianza di ciò citiamo il totale impantanamento dell'Osservatorio Regionale sulla Formazione Specialistica che non viene convocato da mesi, mentre la grave crisi di vocazioni che stiamo scontando è frutto anche dello svilimento continuo subito dai nostri giovani specializzandi, che – soprattutto in ambito chirurgico - per imparare il mestiere o veder riconosciuto il loro talento sono costretti ad emigrare.

Non ci possiamo permettere di svendere al privato il Servizio Sanitario che in direzione ostinata e contraria vogliamo ancora universale e pubblico e non povero per poveri.

Non siamo stati noi e non spetta a noi a scegliere i Direttori Generali, non spetta a noi valutarli; non spetta a noi prendere le decisioni su come e dove spendere i soldi. Ma come Cittadini, prima ancora che professionisti, abbiamo il dovere di collaborare con le istituzioni formulando proposte, e in Toscana (che in passato ha dato prove di politica lungimiranza) questo dovere è stato anche formalizzato per legge (46/2013): giova

ricordarlo, soprattutto adesso che ci attende la sfida di spendere bene le risorse del PNRR.

A questo dovere non ci siamo mai sottratti, anche di recente, in occasione degli Stati Generali della Sanità: ma perché quell'esperienza non rimanga solo l'ennesima foto di gruppo o l'ennesimo documento che nessuno legge e rimane a impolverarsi su qualche scrivania, abbiamo bisogno di un deciso cambio di passo. Per la verità qualche segnale in tal senso lo avevamo intravisto, prima che ci cadesse addosso il macigno di quella disposizione.

I professionisti che hanno contribuito malgrado tutto e tutti a far primeggiare a livello nazionale la performance del sistema sanitario della Toscana, non meritano di essere ripagati con condizioni di lavoro sempre più usuranti e disagiate e con un ulteriore taglio delle retribuzioni, peraltro tra le più basse d'Italia, come certificato dai dati presenti nel Conto Annuale dello Stato. Non meritano di veder

in molti casi non applicato il CCNL, non meritano di veder calpestati accordi solennemente sottoscritti e non meritano – dopo aver assolto interamente ed al di là del dovuto i propri doveri - di veder compressi i propri diritti.

Nell'invitare quindi le SS.VV. a un'ulteriore riflessione in merito alle determinazioni assunte ed in attesa di un tempestivo riscontro, inviamo

Distinti saluti

Le Segreterie Regionali dell'Intersindacale dell'Area Sanità Toscana

Firenze, 25 Luglio 2022



AARO-EMAC Puglia

La denuncia dell'AARO-EMAC Puglia sulla sanità regionale

L'Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica Sezione Puglia, in merito alla attuale situazione della organizzazione sanitaria regionale vuole evidenziare quanto segue.

1 - La situazione attuale di gravissima carenza degli organici tutti in campo sanitario regionale si riflette in maniera ancora più drammatica nel campo della emergenza urgenza sanitaria, cioè in un settore delicatissimo che coinvolge sia il territorio che la parte ospedaliera interessata; tale situazione perdura da svariati anni in continuo peggioramento nonostante i ripetuti annosi tentativi di questa e di altre OO.SS. di Area Sanità di cercare di convincere le

Istituzioni competenti a porre in essere una totale e drastica revisione dell'intera organizzazione del sistema emergenziale che avesse come obiettivo primario quello di armonizzarne sotto ogni aspetto l'organizzazione, la catena dei processi decisionali e i criteri di accesso al sistema stesso. Nulla di tutto ciò è stato sino ad ora mai portato a compimento, determinando il persistere da sempre di una frattura e di una quasi incomunicabilità tra il sistema emergenziale territoriale e quello ospedaliero con conseguenze ben immaginabili.

2 - La Regione Puglia decise un blocco delle assunzioni di personale sanitario svariati anni prima che tale decisione fosse assunta a livello nazionale. Ciò ha ovviamente determinato una carenza in Puglia di personale sanitario ancora più elevata rispetto a quella delle altre Regioni che nel frattempo continuarono ad assumere. Il persistere poi di tale blocco di assunzioni, a fronte di un comunque cospicuo numero di Medici specialisti ogni anno formati in questa Regione a spese anche dei cittadini pugliesi, ha determinato la fuga di molti di costoro verso altre realtà sanitarie nazionali e/o internazionali per lo più in grado di offrire un sistema più elevato di organizzazione sanitaria e quindi capace di garantire livelli di sicurezza professionale percepiti come più soddisfacenti. Tale situazione, in connessione anche spesso con i migliori fondi economici aziendali di queste Aziende, fondi strettamente collegati ai livelli contributivi dei Dirigenti Medici, rende estremamente aleatoria la possibilità di rientri di tale personale verso Aziende della nostra Regione da sempre "povere" anche a livello di fondi rispetto ad altre realtà.

3 - Le Unità Operative di Pronto Soccorso sono attualmente quelle che, a livello ospedaliero,

risentono in maniera ancor più drammatica le carenze di organico e di organizzazione in quanto ritenute le meno ambite dai Dirigenti Medici in possesso di specializzazioni adeguate a tale attività per motivi ampiamente comprensibili connessi: ai notevolissimi flussi di pazienti, con estrema difficoltà da parte dei Medici di PS di provvedere ad una loro collocazione in posti letto di adeguati Reparti di degenza, allo scarso livello di considerazione e di riconoscimento della complessità e dei livelli di responsabilità strettamente collegati al dover operare professionalmente in situazioni di emergenza urgenza, alla assenza organizzativa di percorsi preferenziali veloci per la diagnostica e l'eventuale ospedalizzazione dei pazienti afferenti ai

Pronto Soccorso, al gravosissimo impegno orario lavorativo ben eccedente spesso addirittura le 48 ore massimo settimanali previste solo eccezionalmente, e con obbligo di recupero successivo per ritornare alla media delle 38 ore settimanali, da parte della normativa europea sull'orario di lavoro recepita anche dall'Italia (tali ore lavorate in più in PS è praticamente impossibile recuperarle stante le attuali carenze), all'assoluta mancanza infine di incentivi stipendiali che remunerino almeno in parte tale enorme surplus di impegno professionale. Tale

situazione trova ampia conferma nel fatto che nell'ultimo concorso nazionale per l'accesso alle borse di studio di Specialità, la Specializzazione in Medicina di Emergenza Urgenza, quella che apre le porte al lavoro in Pronto Soccorso, ha visto andare deserte e quindi rifiutate dai concorrenti oltre 500 borse.

4 - I posti letto per acuti in Italia furono a suo tempo diminuiti con DPCM firmato dalla Lorenzin e portati al parametro nazionale di 3,7 per mille abitanti. Tale parametro in Francia e ancor più in Germania supera il 5,4 per mille. Da tale situazione scaturisce anche la estrema difficoltà di reperire posti letto per acuti disponibili per pazienti di Pronto Soccorso che necessitino di ospedalizzazione, in considerazione che in aggiunta non è neppure prevista una disposizione che consenta



almeno di riservare giornalmente qualche posto letto nei vari Reparti per le eventuali emergenze del Pronto Soccorso. La carenza gravissima di personale sanitario è lì inoltre a dimostrare che non si hanno neppure gli organici adeguati per garantire i livelli essenziali di assistenza per 3,7 per mille posti letto per acuti, cioè una percentuale di posti letto già ben al di sotto di molte altre realtà europee che non si fregiano di una etichetta di "welfare" in campo sanitario e prescindendo dal verificare se la Puglia rispetti o meno il parametro nazionale.

5 - Gli effetti immediati maggiormente drammatici sulla salute degli Operatori Sanitari sono sotto gli occhi di tutti, ma esistono effetti altrettanto drammatici se pure non immediati che coinvolgono il deperimento fisico, la perdita di relazioni familiari e sociali, l'aumento del rischio professionale strettamente connesso alla assenza degli indispensabili riposi giornalieri e settimanali e alla contrazione sempre più spinta dei possibili periodi di dovute ferie.

Infine, una chicca a dimostrazione di quanto certa politica "ci ami": di fronte ad un panorama ormai ben chiaro a tutti di quella che è la situazione drammatica della organizzazione sanitaria regionale, c'è addirittura chi pensa di poter "scaricare" la responsabilità delle lunghe liste di attesa per attività ambulatoriali in ospedale non sui criteri sino ad ora perseguiti dai decisori di "organizzazione sanitaria" e/o alle carenze di organico ovvero di intervenire chirurgicamente, avendone tutte le potenzialità normative e contrattuali, laddove fossero evidentemente acclamate anomalie comportamentali tra attività istituzionale e libero professionale, ma si badi ben... tout court e a prescindere da altro... di imputarla sic et simpliciter a tutta la libera professione intramoenia: forse non è ben chiaro che i Dirigenti Medici ospedalieri cui viene ormai imposto di tornare in Pronto Soccorso sono gli stessi che, in carenza di organico anche nei Reparti, lavorano anche in questi Reparti di degenza e sono gli stessi che devono anche garantire le attività ambulatoriali ospedaliere! E lo vuol sostenere con forza una O.S. di Area Sanità che rappresenta Dirigenti Medici che in ben poca percentuale praticano le attività libero professionali individuali in Azienda trattandosi di Anestesisti Rianimatori e di Medici dell'Area emergenziale, settori questi ultimi, Rianimazioni e Aree della Emergenza Urgenza, giustamente escluse ed impossibilitate a svolgere attività libero professionale.

Il Presidente Regionale
AAROI-EMAC Puglia
Dr Antonio Amendola

Bari, 25 luglio 2022

La Nota AAROI-EMAC Puglia sulle Disposizioni Regionali Pronto Soccorso

In riferimento alla disposizione di cui all'oggetto della Regione Puglia diffusa in data odierna a firma congiunta dell'Assessore dr Rocco Palese, del Direttore di Dipartimento dotto Vito Montanaro e della Dirigente del Servizio SGAT Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR dott.ssa Antonella Caroli, (che si allega) la sottoscritta O.S. dell'Area Sanità evidenzia e contesta quanto segue:

1 - nell'attuale già gravissima situazione di carenza di organici che determina, ancor più nel periodo estivo, un surplus di carichi di lavoro per i Dirigenti Medici, una disposizione che, contestualmente alla ulteriore estensione di carichi di lavoro dei singoli Professionisti, non preveda una contemporanea riduzione delle corrispettive attività delle Unità Operative interessate, costituisce in tantissime realtà un pesantissimo aggravio dell'impegno individuale in termini di surplus di orario di lavoro con la quasi certezza di andare ben oltre la normativa vigente in merito all'orario di lavoro e di determinare un mancato rispetto dei previsti obbligatori riposi. Laddove ciò si verificasse, questo comporterebbe inevitabilmente un venir meno dei livelli essenziali di sicurezza per l'Utenza e per tutti i Dirigenti interessati;

2 - la possibilità di espletare servizio di Dirigente Medico nei Pronto Soccorso è comunque normativamente ed eccezionalmente possibile esclusivamente per i Dirigenti Medici che operino in Unità Operative la cui Specializzazione rientri tra quelle equipollenti o affini a quelle richieste per poter professionalmente operare nei Pronto Soccorso. Si richiede, pertanto, di precisare urgentemente tale norma, diffidando, in mancanza, dal ricorrere all'utilizzo in Pronto Soccorso di Specialisti in possesso di Specializzazioni non equipollenti o affini a quelle concorsualmente previste per l'accesso alle Unità Operative di Pronto Soccorso, la qual cosa comporterebbe responsabilità da parte di coloro a vario titolo Responsabili della organizzazione sanitaria aziendale.

Distinti saluti.

Il Presidente Regionale
AAROI-EMAC Puglia
Dr Antonio Amendola

Bari, 1 luglio 2022

AAROI-EMAC Campania

Intersindacale Campania: qui crolla tutto, è la Waterloo della sanità

Il Sistema Sanitario Regionale campano rischia di crollare mentre i richiami all'attenzione sono inascoltati - dichiara in una nota l'intersindacale della Dirigenza Medica e Sanitaria della Regione Campania, ANAAO ASSOMED -CIMO - FASSID - AAROI EMAC- FP CGIL Medici e Dirigenti Sanitari - FVM - FE-SMED - Federazione CISL MEDICI - ANPO ASCOTI - UIL FPL Medici. A poche ore dal grave lutto che ha colpito il mondo ospedaliero, il medico morto di infarto in corsia dopo 24 ore di lavoro, a cui va il nostro profondo cordoglio a tutta la famiglia, ci chiediamo quanto ancora dobbiamo aspettare affinché il sistema sanitario cambi.

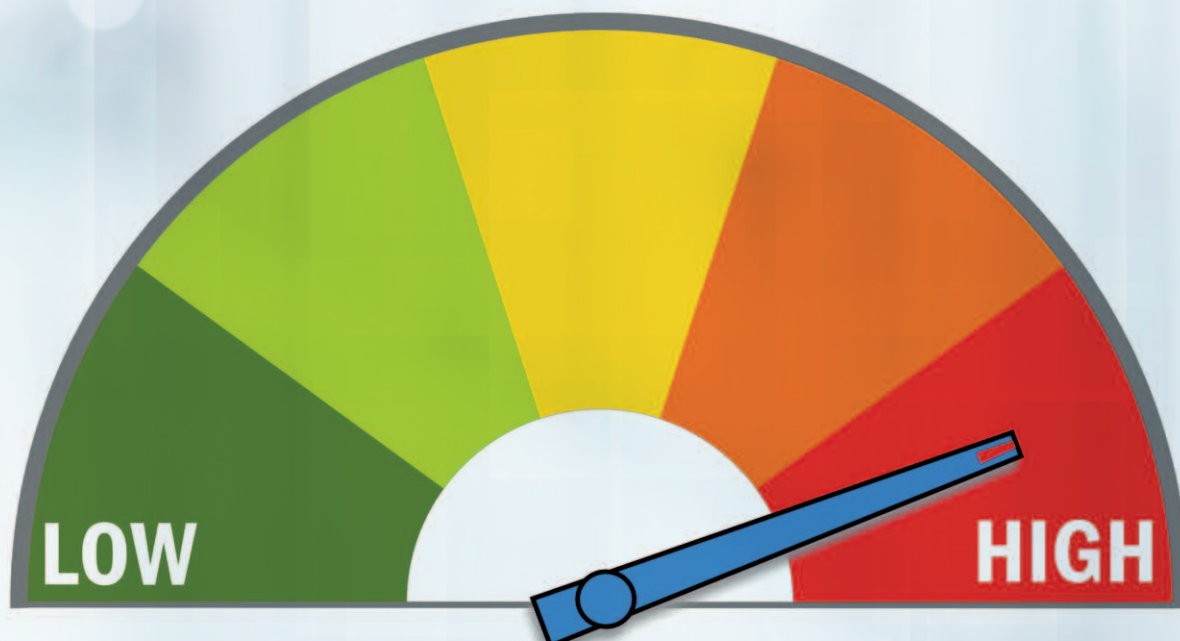
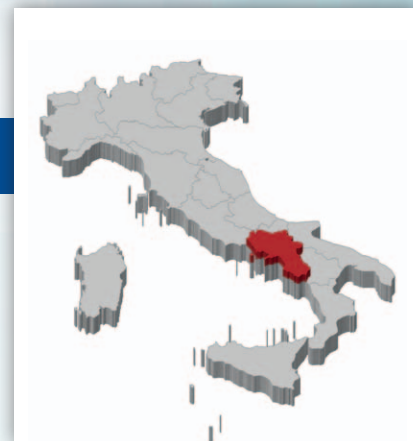
Anche in Campania si rischia di morire in corsia per il troppo lavoro, i turni sono massacranti, senza mai riposo e i colleghi carichi di lavoro rasentano oramai lo schiavismo. Vogliamo essere chiari, come sempre. Nelle condizioni lavorative di un medico ospeda-

liero non c'è nulla di umano, e con il periodo estivo, tra l'emergenza Covid-19, e il numero di personale ancora più ridotto per ferie, si rischia il tracollo. Siamo alla macelleria lavorativa, tutto a discapito della buona Assistenza.

L'Intersindacale della Dirigenza Medica e Sanitaria della Regione Campania si appella alla Cittadinanza tutta per richiamare l'attenzione su questa sanità insicura per i Pazienti, ma anche per i medici e i sanitari.

Altro che eccellenze, questo è un disastro annunciato: una Waterloo sanitaria.

Napoli, 26 Luglio 2022



WORKPLACE STRESS



Burnout: esasperato dalla pandemia, ma nel 2019 i dati erano già allarmanti

Lo Studio AAROI-EMAC su 300 Anestesisti Rianimatori

La pandemia da SARS-Cov2 non ha fatto altro che portare alle estreme conseguenze una situazione già critica con un'ampia diffusione del burnout. Lo dimostrano i dati dello Studio AAROI-EMAC, pubblicato su [healthcare.it](https://www.healthcare.it), che ha preso in considerazione 300 Medici Anestesisti Rianimatori che nel 2019 hanno partecipato a corsi del Centro di Simulazione Avanzata AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna

ai quali è stato sottoposto un Questionario sociologico demografico, realizzato da un esperto in materia.

Nel 2019, nell'arco di circa un anno, il questionario è stato compilato da 101 uomini e 199 donne con distribuzione omogenea tra Nord, Centro e Sud e gruppi suddivisi per fascia di età: 25–29 anni, 30–39 anni, 40–49 anni e >49 anni.



Article

Analysis on Burnout, Job Conditions, Alexithymia, and Other Psychological Symptoms in a Sample of Italian Anesthesiologists and Intensivists, Assessed Just before the COVID-19 Pandemic: An AAROI-EMAC Study

Alessandro Vittori ^{1,*}, Franco Marinangeli ^{2,3}, Elena Giovanna Bignami ⁴, Alessandro Simonini ⁵, Alessandro Vergallo ^{3,6}, Gilberto Fiore ⁷, Emiliano Petrucci ⁸, Marco Cascella ⁹ and Roberto Pedone ¹⁰

Table 4. Results of the Maslach Burnout Inventory.

MBI Factor	(Mean ± s.d.)	Median Score IQR	MBI Cutoff	Freq.	Freq. %
Emotional exhaustion	21.18 ± 10.25	14.00 (1–54)	High risk (>26)	88	29.3
			Moderate–high risk (17–26)	109	36.3
			Moderate or less (<17)	103	34.3
Depersonalization	7.04 ± 5.88	8.00 (0–24)	High risk (>12)	56	18.7
			Moderate–high risk (7–12)	87	29.0
			Moderate or less (<7)	157	52.3
Personal accomplishment	34.68 ± 7.31	11.00 (13–48)	High risk (<32)	94	31.3
			Moderate–high risk (32–38)	102	34.0
			Moderate or less (>38)	104	34.7

Le domande proposte sono state di vario tipo riguardanti non solo l'ambito lavorativo, ma anche quello privato oltre che riferite al rapporto vita lavorativa – vita familiare.

Dai risultati è emerso che 1/3 del campione poteva essere considerato a basso rischio burnout, un altro terzo a medio rischio ed l'ultimo terzo a alto rischio. In quest'ultimo caso, in pratica, le risposte erano compatibili con le principali peculiarità di chi è in burnout, ossia di chi presenta esaurimento emotivo, depersonalizzazione, mancanza di motivazione con evidenti ripercussioni sia sul lavoro, sia nella vita privata. Il 29% del campione, infatti, ha ottenuto un punteggio ad alto rischio per esaurimento emotivo, seguito dal 36% a rischio medio-alto. Per quel che riguarda la depersonalizzazione il rischio è alto per il 18,7% degli intervistati e medio-alto per il 34,3%.

Tra le situazioni considerate come le più pesanti nella vita lavorativa sono stati segnalati i lunghi turni di lavoro, la litigiosità con i Chirurghi, la litigiosità tra Colleghi della stessa specialità. È emerso inoltre che molti degli intervistati non si riscriverebbero alla fa-

coltà di Medicina anche per le difficoltà di far carriera nel proprio ambito e per lo scarso riconoscimento economico rispetto all'attività svolta. Pesa inoltre agli Anestesiisti Rianimatori il mancato riconoscimento professionale da parte dei pazienti.

“Lo studio svolto dall'AAROI-EMAC – precisa il Dr Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC – mostra chiaramente che il rischio burnout per gli Anestesiisti Rianimatori era già molto alto prima della pandemia. È lecito pensare che tale rischio sia aumentato dal 2020 ad oggi considerando il ruolo che gli Anestesiisti Rianimatori insieme ai Medici di Emergenza Urgenza hanno svolto nella lotta contro il virus, lavorando senza sosta nei reparti Covid. Anche allo stato attuale, sebbene i posti letto delle Terapie Intensive occupati da pazienti Covid siano molto pochi, non dimentichiamo che siamo chiamati ad affrontare un'altra emergenza, ossia il recupero delle lista di attesa che ancora una volta richiede il massimo impegno da parte dei Colleghi rappresentati dall'AAROI-EMAC. Senza dimenticare che anche i Pronto Soccorso stanno vivendo una situazione ancora più critica rispetto alla fase pre pandemica”.



L'articolo a firma del Dr Alessandro Vittori, del Prof Franco Marinangeli, della Dr.ssa Elena Giovanna Bignami e dei Dr Alessandro Simonini, Alessandro Vergallo, Gilberto Fiore, Emiliano Petrucci, Marco Cascella, Roberto Pedone è disponibile al seguente link:
<https://www.mdpi.com/2227-9032/10/8/1370>

SA ❖ QU ❖ RE

2022

**SAQURE 2022,
si conferma una formula
di successo**

SA ❖ QU ❖ RE
Safety ❖ Quality ❖ Reliability

AAAROLEMAC
AreaLearn
ECHA Provider

21 - 22 Giugno 2022
Roma Eventi
Fontana di Trevi

**SANITÀ FUTURA:
ORGANIZZAZIONE
E GESTIONE
IN AREA CRITICA**

CORSI VALIDI PER L'ACQUISIZIONE DI CREDITI ECH
www.aarolemac.it

Il 21 e il 22 Giugno si è svolto a Roma SAQURE 2022, il Meeting organizzato dall'AAROI-EMAC attraverso il Provider AreaLearn. Un'occasione di incontro – finalmente in presenza – che ha coinvolto oltre 200 Colleghi tra Relatori, Moderatori, Partecipanti. L'evento ha raccolto un ampio gradimento per le tematiche affrontate che hanno riguardato, tra le altre, aspetti organizzativi della professione con particolare attenzione alle attuali criticità. Di seguito la lettera di ringraziamento del Responsabile Scientifico di SAQURE 2022, il Dr Emanuele Iacobone, e del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo.

"Carissimi, desideriamo ringraziarVi, anche a nome di tutta l'AAROI-EMAC, per aver contribuito al successo del Meeting SAQURE 2022, che – dopo due anni di sospensione forzata – grazie al vostro apporto, e alla partecipazione dei Colleghi giunti a Roma da tutt'Italia, ha potuto riprendere la sua cadenza annuale in presenza. Ce n'era proprio bisogno!

In entrambe le giornate sono stati presenti oltre 200 Colleghi, i cui feedback sono stati tutti di grande apprezzamento sia per l'organizzazione sia ancor più per i temi trattati, che i diversi interventi hanno saputo rendere straordinariamente stimolanti, testimonianze che la formula utilizzata per l'evento, quest'anno ulteriormente perfezionata quanto al suo significato di "focus on" argomenti di alto valore scientifico inseriti nel contesto organizzativo del lavoro e della sua responsabilità professionale, che costituiscono gli ambiti di precipuo interesse della nostra Associazione, è

la strada giusta sulla quale essa deve proseguire le sue iniziative.

Il progresso della Disciplina ARTID, e – in particolare da quest'anno – della più giovane ma per noi altrettanto importante MEU, in un contesto di politiche sanitarie in evoluzione nelle quali entrambe le Specialità, anche per l'indiscutibile "riscoperta" del loro ruolo strategico per una Sanità da riformare, è stato – così come ci attendevamo – il "fil rouge" del Meeting, sviluppatosi per mezzo di un confronto aperto e costruttivo tra i Professionisti in quanto tali che l'AAROI-EMAC riunisce, ma soprattutto tramite l'implementazione delle relazioni dell'Associazione con il Mondo Scientifico ed Accademico che a loro volta li rappresentano ai loro propri livelli d'eccellenza.

Tali sinergie, assolutamente da implementarsi, sono indispensabili affinché i Colleghi delle due Discipline possano avere un ruolo da protagonisti nella ridefinizione della nuova "asset allocation" delle risorse economiche e di quelle professionali che potrà, tra l'altro, essere declinata per la Sanità Italiana anche in base al PNRR, attraverso le più idonee interlocuzioni – separate per ruoli ma convergenti quanto agli obiettivi – che tali Rappresentanze hanno ed avranno con le Istituzioni di governo del SSN.

Come ogni edizione del Meeting, anche questa volta – come concordato nelle sue fasi preparatorie – dagli interventi ricaveremo due Corsi FAD da mettere a disposizione non solo dei Colleghi i quali non hanno potuto parteciparvi di persona, ma anche dei molti presenti che ci hanno chiesto di poterli rivedere!



Alcune immagini del Meeting sono disponibili al link:
<https://www.flickr.com/photos/aaroi-emac/albums/72177720300317810>

Il confronto fra tre mondi: l'Anestesista Rianimatore, il Ginecologo, l'Ostetrica *La Gestione multidisciplinare della paziente ostetrica*

La nuova FAD AAROIEMAC

Dal primo Settembre fino al 31 Dicembre 2022 sulla Piattaforma AAROIEMAC è a disposizione la nuova FAD dal titolo *"Il confronto fra tre mondi: l'Anestesista, il Ginecologo, l'Ostetrica. La Gestione multidisciplinare della paziente ostetrica"*. Un percorso formativo multidisciplinare rivolto a Medici Anestesiisti Rianimatori, dell'Emergenza-Urgenza, Ginecologi oltre che ad Infermieri e Ostetriche/Ostetrici.

Il lavoro di un'equipe multidisciplinare permette di porre l'attenzione sulle differenti problematiche che coinvolgono il paziente. A volte, soprattutto nei casi più difficili, possono insorgere difficoltà e incomprensioni tra i diversi operatori coinvolti.

Uno degli obiettivi del corso è quello di capire gli approcci dei diversi professionisti e favorire un'interazione costruttiva nella gestione a 360 gradi, in questo caso della paziente ostetrica. Ogni operatore chiamato in causa sarà in grado di approfondire solo una parte delle problematiche cliniche e la corretta condivisione dei differenti punti di vista permetterà un miglioramento dell'outcome. Partendo da questi presupposti si è voluto dare risalto a tutti quegli aspetti clinici e non che favoriscono l'interazione e l'intesa nell'equipe.

Il coinvolgimento di tutti i professionisti che ruotano attorno al mondo ostetrico ha permesso di valutare e approfondire con approcci differenti le tematiche prese in considerazione.

Oltre a particolari aspetti clinici vengono presi in esame

anche gli aspetti organizzativi. Nella pianificazione della gestione dei punti nascita, dal punto di vista anestesiologicalo e ostetrico-ginecologico, assume particolare importanza un'integrazione continua della normativa riguardanti reti cliniche e reti tempo dipendenti, nonché gli aggiornamenti delle linee guida e dei percorsi assistenziali, per mantenere la competenza professionale in funzione dei volumi correnti.

I percorsi formativi integrati e sempre più tecnologicamente avanzati, soprattutto se effettuati in ambito multidisciplinare, puntano ad un miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. In particolare, quando questo viene integrato con sistemi di simulazione permette di incentivare e migliorare l'aggiornamento professionale continuo.

Sono stati selezionati argomenti clinici di grande attualità che puntano ad un miglioramento dei risultati non solo in termini di outcome ma anche prendendo in considerazione un uso mirato e più razionale delle risorse che abbiamo a disposizione.

La FAD è articolata in 3 ore formative per un totale di 4,5 crediti ECM ed è riservata ad un numero massimo di 2000 partecipanti

Il percorso formativo è rivolto a Infermiere, Ostetrica/o, Medico Chirurgo specialista in Anestesia e Rianimazione, Medicina e chirurgia di Accettazione e di Urgenza, Ginecologia e Ostetrica.



PROGRAMMA

Responsabile Scientifico: Emanuele Iacobone

Capire per capirsi. Cosa ha visto l'Anestesista, Cosa ha visto il Ginecologo, Cosa ha visto l'Ostetrica
Maria Gorgoglione, Mara Meschini, Stefano Cecchi, Valentina Ragugini

Il sistema organizzativo dell'anestesista rianimatore dedicato all'Ostetricia: volumi necessari e nuove evidenze

Giuseppina Di Fiore

Come cambia la gestione delle emergenze ostetriche con la presenza dell'anestesista rianimatore dedicato? Outcome materno fetale

Stefano Giannubilo

Assistenza ostetrica a travaglio e parto in analgesia: un'occasione per incoraggiare nuovi aspetti assistenziali e competenze della professione Ostetrica

Alessandra Petillo

Applicazione dell'ERAS in Ostetricia

Bruno Zanfini

La simulazione e il debriefing nello sviluppo e nel consolidamento delle competenze del team di sala parto

Stefano Cecchi

Supporto anestesilogico e rianimatorio alla gravida COVID-19 positiva

Alessandro Simonini

Bonus ECM per il Triennio 2020-22, la Delibera della Commissione Nazionale per la Formazione Continua

Sul sito dell'Agenas è stata pubblicata in data 21 Luglio la seguente Comunicazione relativa alla Delibera della Commissione Nazionale per la Formazione Continua:

la CNFC (Commissione Nazionale per la Formazione Co) nella riunione dell'8 giugno 2022 ha dato mandato al Co.Ge.A.P.S di procedere al riconoscimento del bonus ECM di cui all'art. 5 bis D.L. 19 maggio 2020 n. 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

In particolare, il Co.Ge.A.P.S, entro il 31/07/2022, procederà all'applicazione automatica della riduzione di 1/3 dell'obbligo formativo individuale triennale 2020/2022 nei confronti di tutti i professionisti sanitari sottoposti all'attività di formazione continua in medicina.

Tale bonus sarà visualizzabile all'interno della propria area riservata presente nel portale del Co.Ge.A.P.S.

La Delibera è disponibile al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=28739>





Impatti degli obblighi ECM sulle polizze assicurative

Com'è noto, la Camera ha accordato la fiducia al Governo sul Decreto recante disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) fra le quali è stato anche introdotto un emendamento (formulato dai Senatori Fassina e Stumpo di "Liberi e Uguali", e da Mandelli di "Forza Italia") che prevederebbe, se passasse, un vincolo all'operatività delle polizze assicurative a copertura della responsabilità civile professionale condizionandola all'adempimento, da parte dell'assicurato, di almeno il 70% degli obblighi formativi previsti dal piano di formazione continua del triennio 2023-2025 (art. 38 bis DL n. 152 del 6.11.2021, convertito in legge n. 233 del 29.12.2021)

Più precisamente, l'emendamento di cui all'art. 38-bis. – rubricato (*"Disposizioni in materia di formazione continua in medicina"*) – stabilisce: *"1. Al fine di attuare le azioni previste dalla missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza, relative al potenziamento e allo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, a decorrere dal triennio formativo 2023-2025, l'efficacia delle polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24, è condizionata all'assolvimento in misura non inferiore al 70 per cento dell'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile in materia di formazione continua in medicina"*.

La norma crea tutta una serie di problemi interpretativi che per essere adeguatamente compresi richiede una breve analisi dei presupposti normativi in merito all'obbligo di formazione ed aggiornamento professionale sanitario incentrato, come noto, sul sistema dell'Educazione Continua in Medicina.

L'emergenza pandemica ha ulteriormente evidenziato l'importanza della formazione e dell'aggiornamento professionale dei professionisti sanitari e di come questi percorsi siano uno strumento fondamentale per garantire a tutti i pazienti la qualità delle cure e la migliore assistenza possibile.

Siccome un obbligo può ritenersi tale solo se viene corredato da relativa sanzione, l'art. 3, comma 5, lett. b) della legge 148/2011 prevede: *"La violazione dell'obbligo di formazione continua determina un illecito disciplinare e come tale è sanzionato sulla base di quanto stabilito dall'ordinamento professionale"*. A supporto del principio, nello stesso anno, la Corte di Cassazione (sentenza n. 2235/2011) ha affermato che il mancato aggiornamento professionale comporta un danno al decoro e al prestigio della professione, quindi è giusto che il mancato rispetto delle norme in tema di formazione continua sia soggetto alle stesse sanzioni previste in caso di gravi errori tecnici.

Quanto al ruolo riconosciuto sul punto alle Strutture

Ospedaliere, sempre la Corte di Cassazione (sentenza n.21817/2011) ha stabilito che non sussiste a carico delle Asl l'obbligo di predisporre e organizzare corsi di aggiornamento e formazione per i propri dipendenti: è il professionista sanitario che deve provvedere a garantire il rispetto dei suoi obblighi formativi.

Nel 2013 il Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie (COGEAPS) e la Commissione Nazionale ECM hanno infatti definito una serie di regole quanto alla corretta registrazione e trasmissione dei crediti ECM dagli Ordini di appartenenza al COGEAPS.

A completamento del quadro normativo di riferimento, anche il Codice deontologico adottato dalla FnomCeo declina la rilevanza dell'Aggiornamento e della Formazione professionale qualificandolo come preciso dovere di ogni medico e fonte di responsabilità disciplinare.

Come riportato, la Legge 148/2011 prevede che la violazione del dovere di aggiornamento deve essere qualificata come "illecito disciplinare" e la successiva Legge 3/2018 ha posto le basi normative per la riforma dei codici deontologici e del procedimento amministrativo per l'accertamento delle relative violazioni.

Il 23 novembre 2017, infine, è stato pubblicato l'Accordo, sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni recante *"La Formazione Continua nel settore Salute"*, il cui art. 21 stabilisce che gli Ordini e le rispettive Federazioni nazionali vigilino sull'assolvimento dell'obbligo formativo dei loro iscritti (lett. a) ed emanino, ove previsti dalla normativa vigente, i provvedimenti di competenza in caso di mancato assolvimento dell'obbligo formativo (lett. b).

Tutto ciò premesso, in questo quadro normativo, è stato inserito il su citato art. 38-bisil quale desta numerose perplessità applicative al punto da considerarsi di difficile (se non impossibile) applicazione.

Innanzitutto, leggendo la norma si evince che questa disposizione potrà trovare applicazione solo a partire dal gennaio 2026. Infatti, si afferma, che essa opererà solo dopo che si sarà esaurito il primo triennio di decorrenza ivi indicato (*"a decorrere dal triennio formativo 2023-2025"*) e che sarà riferita *"all'obbligo formativo individuale dell'ultimo triennio utile"* (cioè: il 2023-2025). Ne consegue che, come detto, nessuno potrà contestare nulla sotto il profilo assicurativo sino al 2026.

Scendendo poi negli aspetti più operativi e concreti, non si capisce, invece, quale sia l'intenzione del legislatore soprattutto ponendo l'attenzione alla relazione esistente tra il tempo del sinistro e il triennio formativo ritenuto utile e rilevante dalla norma.

Più precisamente. Come è noto, tutte le polizze assicurative di RC Professionale operano in *Claims Made*: cioè si è coperti dall'assicurazione che si ha attiva quando, per la prima volta, si riceve una richiesta di risarcimento danni. Inoltre, le azioni civili nei confronti dei professionisti sanitari si prescrivono in 10 anni (se liberi professionisti) o in 5 anni (se dipendenti) e questi termini decorrono dal momento in cui emerge il danno: quindi può passare anche un lungo tempo rispetto al giorno dell'atto sanitario da cui è derivata la richiesta di risarcimento.

Ciò premesso, quando la norma richiede la presenza di crediti sufficienti nell'*ultimo triennio utile*" ci si chiede se si intenda fare riferimento al momento in cui si apre il sinistro (cioè al momento in cui si riceve per la prima volta la richiesta di risarcimento del danno) o al momento - molto precedente - in cui è stato commesso il danno?

Nella scarsa chiarezza da parte del legislatore, non essendo espressamente prevista la retroattività della nuova disposizione, sembrerebbe più verosimile che tale adempimento debba essere relativo ad entrambi i momenti: cioè il medico dovrà avere crediti sufficienti sia relativamente al triennio precedente (quindi dal 2026) che relativi a richieste di risarcimento che vengano ricevute sempre in un momento successivo al 2026.

Ancora non è chiaro se il riferimento alle *"polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24"*, viene inteso come riferito solo ai professionisti sanitari o se sarà da ritenere esteso anche alle strutture sanitarie, pubbliche o private assicurate (sempre secondo il citato art. 10 L 24/2017) che, nell'adempimento delle loro obbligazioni con i pazienti, utilizzano dei professionisti che difettano di crediti formativi: quindi l'assicuratore della struttura sanitaria potrà rifiutare la copertura qualora questa utilizzi al proprio interno dei professionisti che non hanno sufficienti crediti formativi? E, in tal caso, le strutture che dovranno utilizzare le proprie risorse per far fronte a questa esposizione economica, potranno poi rivalersi nei confronti dei loro dipendenti che hanno utilizzato senza controllare che questi fossero adeguatamente formati?

Inoltre, ci si chiede chi controllerà il rispetto dei crediti maturati? In che forma? Con quale frequenza?

Quale sarà il rapporto esistente fra il controllo (pubblico) dell'assolvimento agli obblighi formativi e l'operatività della polizza assicurativa che è un contratto fra privati? Ancora: chi applicherà le disposizioni contenute nella Legge 3 del 2018 e le relative sanzioni? E



nel caso in cui il professionista sanitario avesse svolto la propria attività professionale in assenza dei crediti richiesti ma senza essere stato assoggettato alle relative sanzioni disciplinari (la sospensione), ci sarà una corresponsabilità da parte degli organi di controllo (l'Ordine dei medici di competenza) nel caso in cui il risarcimento del paziente non possa avere soddisfazione a causa della disposizione in esame? Nel caso di attività in *équipe* in cui uno dei professionisti è carente sotto il profilo formativo, cosa succederà nel caso di condanna in solido? L'assicuratore del professionista ben formato potrà manifestare delle eccezioni di operatività?

Ed infine dobbiamo chiederci, laddove venissero chiarite queste criticità, chi sarà la parte lesa qualora un cittadino vedesse allontanare la possibilità di essere risarcito con le garanzie tutelate da un sistema assicurativo? Non era, forse, più semplice sottolineare il ruolo degli Ordini professionali quali organi sussidiari dello Stato? Questi, esercitando la loro funzione istituzionale possono, infatti, sospendere il professionista non in regola con gli obblighi formativi dall'esercizio dell'attività professionale, garantendo al contempo, per l'esercente regolarmente attivo, l'adempimento dell'obbligo e, quindi, l'efficacia della copertura assicurativa a tutela dei pazienti e del diritto di rivalsa

delle strutture.

Inoltre, la formazione e l'aggiornamento professionale dei professionisti sanitari è un aspetto fondamentale ma, come espressamente previsto dalla legge, devono essere gli Ordini professionali a farsi carico di controllare non solo l'adempimento all'obbligo formativo da parte dei loro iscritti, ma anche l'effettiva qualità della formazione che viene proposta.

Queste sono solo alcune delle eccezioni possibili alla operatività della norma che, ancora una volta, viene emanata da una classe politica distratta che, ancora una volta, con assoluta superficialità emana norme inutili, illogiche e sproporzionate al solo scopo di spaventare i professionisti sanitari.

Il tema della qualità della formazione è fondamentale ma assolutamente trascurato e oggi in medicina si riconoscono pochi crediti formativi ad eventi di altissima qualità e fondamentali per la formazione di ciascun medico specialista nell'ambito della sua disciplina di appartenenza e quindi della sua concreta attività professionale mentre si attribuiscono molti crediti ad eventi per essa marginali se non del tutto inutili. Insomma, si tratta del solito pasticcio all'italiana che, alla fine, risulta offensivo nei confronti dei professionisti sanitari italiani che, ogni mattina, nonostante tutto e in condizioni spesso inaccettabili, permettono ad un

Servizio Sanitario Nazionale spesso zoppicante di affrontare un'altra giornata erogando salute ai cittadini con la massima qualità delle cure possibile.

Ma quali sono le "polizze assicurative di cui all'articolo 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24"???

Capirlo è fondamentale, dato che la proposta emendativa in argomento si basa su tale individuazione. Ebbene, esse sono:

- ai sensi del comma 1, quelle stipulate dalle Aziende
- ai sensi del comma 3, quelle stipulate dai Professionisti.

Quindi focalizziamo la ns attenzione su qs ultime, che ci riguardano direttamente.

Il comma 3 art. 10 della legge 8 marzo 2017, n. 24 rinvia, per definire quali tali polizze siano, all'art. 9 stessa legge, che tratta della rivalsa per colpa grave (e quindi non può riguardare la Polizza RC in Convenzione AAROI-EMAC, dato che essa non è limitata alla colpa grave, e all'art. 12 (azione diretta del danneggiato) e quindi potrebbe riguardare la ns Convenzione unicamente per quanto riguarda i requisiti delle polizze (di tutte le polizze) per quanto concerne massimali e altri dettagli che potrebbero essere stabiliti dai decreti attuativi della stessa legge.

In conclusione, pur restando il rischio di "sanzione ordinistica" se l'emendamento in questione arrivasse a divenir legge:

- **per quanto concerne l'eventuale impatto dell'art. 38-bis in argomento sugli obblighi formativi ECM ai fini della copertura assicurativa, essi dunque NON impattano e NON potranno impattare sulla ns Convenzione Assicurativa, senza tralasciare il fatto che l'Iscritto AAROI-EMAC ha tutte le possibilità, per soddisfare tali obblighi, di avvalersi (anche) dei ns eventi formativi accreditati direttamente da noi attraverso il ns Provider AreaLearn, di cui il sottoscritto è Legale Rappresentante;**
- **per quanto concerne l'eventuale impatto dei decreti attuativi Legge 24 sui requisiti Polizze, al momento NEMMENO tale impatto esiste sulla ns Convenzione (dato che i suddetti decreti attuativi non sono in iti-nere). Ma anche ALLORQUANDO fossero emanati p. es. prevedendo massimali più alti o altro, sarà nostra cura l'eventuale adeguamento delle condizioni della ns Convenzione in anticipo rispetto ad essi, come sempre fatto per qualsivoglia aspetto normativo che ci riguardi**

19 Luglio 2022

I rapporti tra medico e struttura: come districarsi tra responsabilità e contratti. Il Webinar per gli Iscritti

È a disposizione di tutti gli Iscritti AAROI-EMAC il webinar "***I rapporti fra medico e struttura: come districarsi fra responsabilità e contratti***", organizzato dall'AAROI-EMAC Lombardia lo scorso 28 Maggio e ora online.

Il video contiene i seguenti interventi con la moderazione della Dr.ssa **Cristina Mascheroni, Presidente AAROI-EMAC Lombardia:**

La casistica del Foro di Milano in materia di responsabilità professionale sanitaria

(dott.ssa Valentina Boroni – Giudice I sezione civile – Tribunale di Milano)

I rapporti medico e struttura: l'azione di rivalsa e di responsabilità amministrativa

(dott. Paolo D'Agostino- Avvocato)

I rapporti medico e struttura: le diverse modalità di esercizio della attività professionale

(dott.ssa Silvia Balestro – avvocatessa giuslavorista)

I rapporti medico e struttura: come preparare la relazione medica sui fatti accaduti in caso di sinistro

(dott. Lorenzo. Polo – Medico Legale)

Guarda il Webinar al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=28640>



Previdenza

Come si aderisce al fondo pensione complementare Perseo Sirio?

Questa è una delle domande più frequenti che sto ricevendo in quest'ultimo periodo.

Premettendo che né l'AAROI-EMAC né il sottoscritto hanno alcun legame con il suddetto Fondo, cercherò di dare qualche delucidazione.

Il Fondo Perseo Sirio è il Fondo Pensione Complementare negoziale dei lavoratori della Pubblica Amministrazione e della Sanità.

L'art.121 del CCNL 2016-2018 dell'Area Sanità prevede che le nostre Aziende dovrebbero fornire adeguate informazioni al proprio personale in merito al Fondo negoziale di previdenza complementare Perseo Sirio.

Si può aderire solo in modo volontario per i lavoratori assunti prima del 1° gennaio 2019.

Mentre i lavoratori assunti dopo tale data possono aderire o in modo volontario o mediante la regola del silenzio-assenso.

Per quel che riguarda la modalità volontaria bisogna collegarsi al sito www.fondoperseosirio.it e, dopo aver letto i documenti informativi, si può procedere alla compilazione del Modulo di adesione al Fondo Perseo Sirio.

La preadesione deve essere fatta online, poi deve essere stampata, datata e firmata e portata alla propria amministrazione.

Quest'ultima si occuperà dell'invio della richiesta al Fondo.

La sola compilazione online non determina l'adesione al Fondo.

NORME PER I NUOVI ASSUNTI

Accordo su adesione a Fondo di previdenza complementare Perseo-Sirio, anche mediante silenzio-assenso

Art. 1, comma 157, della legge di bilancio 2018 (L.

205/2017). Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 20 dicembre 1999, recante «Trattamento di fine rapporto e istituzione dei fondi pensione dei pubblici dipendenti», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 111 del 15 maggio 2000, come modificato dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 2 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, nei confronti del personale di cui al comma 2 del predetto articolo 2 assunto successivamente alla data del 1° gennaio 2019 è demandata alle parti istitutive dei fondi di previdenza complementare la regolamentazione inerente alle modalità di espressione della volontà di adesione agli stessi, anche mediante forme di silenzio-assenso, e la relativa disciplina di recesso del lavoratore. Tali modalità devono garantire la piena e diffusa informazione dei lavoratori nonché la libera espressione di volontà dei lavoratori medesimi, sulla base di direttive della Commissione di vigilanza sui fondi pensione (COVIP)

L'Accordo Sottoscritto il 16 settembre 2021 presso l'ARAN definisce la regolamentazione inerente alle modalità di espressione delle volontà di adesione al Fondo di previdenza complementare Perseo-Sirio, anche mediante forme di silenzio-assenso, ed alla relativa disciplina di recesso del lavoratore.

La regolamentazione definita nel presente accordo si applica al personale di cui all'art. 2 del D.P.C.M. del 20 dicembre 1999, in materia di trattamento di fine rapporto e istituzione dei fondi pensione dei pubblici dipendenti, destinatario del Fondo Perseo-Sirio, che sia stato assunto successivamente alla data del 1° gennaio 2019.

Campo di applicazione. Tutti gli assunti dopo il 1° gennaio 2019

Assunti da 2 gennaio 2019 fino al giorno della sottoscrizione definitiva dell'accordo (incluso, 16 settembre 2021) disciplina transitoria.

Assunti dal 17 settembre 2021 disciplina a regime.

L'Accordo prevede due Modalità di adesione al Fondo:

1) Mediante una esplicita manifestazione di volontà dell'aderente, anche mediante sito web, nelle forme, con le modalità e con le garanzie di informa-

zione e trasparenza disciplinate dai regolamenti e dalle direttive vigenti;

2) Mediante silenzio-assenso (parte innovativa dell'accordo).

Il lavoratore riceve INFORMATIVA dall'amministrazione sulle modalità di adesione con specifico riferimento al "silenzio-assenso". Dell'informativa è fatta espressa menzione nel CONTRATTO INDIVIDUALE. Nell'informativa è indicato il link nel sito del Fondo ove è possibile consultare le informazioni previste dai regolamenti COVIP all'atto dell'adesione ed accedere alla modulistica (o alla procedura) per ADEIRIRE ESPRESSAMENTE.

Le amministrazioni rendono disponibile la modulistica per manifestare la volontà di «NON ADESIONE»

Trascorsi 6 mesi dall'assunzione ed il dipendente non ha manifestato alcuna volontà, entro il 10 del mese successivo, le amministrazioni comunicano al "Fondo" i nominativi dei lavoratori iscritti con la modalità del silenzio-assenso, per effetto della scadenza del termine dei sei mesi ivi previsto, avvenuta nel corso del mese precedente.

Entro trenta giorni dalla comunicazione ricevuta dall'amministrazione, il "Fondo" comunica al lavoratore iscritto mediante silenzio-assenso:

o l'avvenuta adesione e la relativa data da cui decorre l'iscrizione nonché i flussi di finanziamento attivati e gli eventuali ulteriori flussi di finanziamento attivabili;

o il comparto al quale è destinato il flusso di finanziamento attivato con l'adesione mediante silenzio-assenso e le altre scelte di investimento disponibili; o la documentazione di cui all'art. 6, comma 5, del "Regolamento Covip del 22 dicembre 2020" e le indicazioni di cui all'art. 6, comma 6, del suddetto regolamento;

o la possibilità del recesso ai sensi dell'art. 6, con specifica informativa su modalità e termini per l'esercizio di tale diritto nonché sul link al sito del "Fondo" ove è possibile scaricare la modulistica o accedere alla procedura web previste dall'art.6 comma 3.

L'amministrazione ha ricevuto da Fondo Perseo-Sirio i nominativi di coloro che hanno esercitato e che non hanno esercitato il recesso entro 1 mese,

nel corso del mese precedente.

Le amministrazioni iniziano a versare il contributo datoriale ed il contributo a carico del lavoratore, trattenuto a quest'ultimo, entro il secondo mese successivo alla data della comunicazione ricevuta dal "Fondo" ai sensi dell'art. 6, comma 5.

Dal momento in cui si attiva il flusso dei contributi, le amministrazioni, il cui è personale è iscritto alle gestioni INPS per il trattamento di fine rapporto, effettuano anche le prescritte comunicazioni all'Istituto, con le modalità dallo stesso previste.

REGIME TRANSITORIO

Riguarda gli assunti nel periodo che va dal 2 gennaio 2019 fino al 16 settembre 2021 - data di sottoscrizione definitiva dell'accordo.

Il lavoratore riceve INFORMATIVA dall'amministrazione su modalità di adesione con specifico riferimento a silenzio-assenso. Nell'informativa è indicato link al sito del Fondo ove è possibile consultare le informazioni previste dai regolamenti COVIP all'atto dell'adesione ed accedere alla modulistica (o alla procedura) per ADERIRE ESPRESSAMENTE.

Le amministrazioni rendono disponibile la modulistica per manifestare la volontà di «NON ADESIONE».

Gli assunti dopo il 16 settembre 2021 ricevono l'informativa di adesione o non adesione al fondo, anche la procedura del silenzio-assenso al momento dell'assunzione.

Riepilogando:

il neoassunto dal 17 settembre 2021 in poi, al momento dell'assunzione riceve dalla sua amministrazione l'informativa sull'adesione o non adesione al Fondo Perseo Sirio, vale anche il silenzio-assenso.

Dopo sei mesi il lavoratore, che non ha espresso la volontà di non aderire al fondo, viene iscritto automaticamente al suddetto fondo.

Entro 30 giorni il fondo manda comunicazione ai silenti iscritti dell'avvenuta adesione al fondo.

A questo punto il lavoratore ha ulteriori 30 giorni per recedere.

L'assunto dal 2 gennaio 2019 fino al 16 settembre 2021 (regime transitorio) riceverà dalla sua amministrazione l'informativa sull'adesione al fondo, con le stesse regole previste per il neoassunto, anche per questa tipologia i lavoratori vale il silenzio-assenso.

Per tutti gli altri lavoratori la regola di adesione al Fondo è solamente volontaria, si fa una preadesione online sul sito www.fondoperseosirio.it, si stampa il modulo, si data e si firma e si consegna alla propria amministrazione che provvederà di trasmetterlo al Fondo.

Purtroppo molte amministrazioni non stanno dando le informazioni previste dalle normative e dall'art.121 del CCNL 2016-2018 della Dirigenza Sanitaria.

Dr Nicola Loddo

Esperto AAROI-EMAC di materie previdenziali



Pronta Disponibilità e attività usurante

Uno degli elementi che caratterizzano il lavoro medico, presente da tempo ma mai realmente posto in discussione, è l'istituto della "Pronta Disponibilità". Oggi una forma di lavoro diffusamente utilizzata dalle aziende per sopperire alle carenze inveterate di personale. La si può considerare una condizione ibrida e contraddittoria, perché il medico non è a lavoro, ma deve essere reperibile, rintracciabile, perché potenzialmente può essere chiamato per rendere una prestazione al datore di lavoro (azienda sanitaria) anche più volte, in qualunque momento e per un tempo non prevedibile, durante le ore notturne, diurne o nei giorni festivi.

L'utilizzo dell'istituto contrattuale della Pronta Disponibilità rappresenta un escamotage utile al risparmio economico per Aziende tenute a programmare organici adeguati all'impiego del personale, 24 ore al giorno, e 7 giorni su 7, per far fronte anche alle emergenze. Invece, capita che, soprattutto in reparti essenziali per l'emergenza, si sostituisca il servizio di guardia notturna e festiva con il regime di Pronta Disponibilità, per risparmiare le indennità economiche più sostanziose per i turni di guardia.

E mentre il dgl 66/2003 definisce come orario di lavoro "qualsiasi periodo di tempo in cui il lavoratore è al lavoro o a disposizione dell'Azienda...", non è ben chiaro il motivo per cui il turno di Pronta Disponibilità non rappresenti per il medico orario di lavoro a tutti gli effetti (e non solo per il periodo della chiamata in servizio) e non venga considerato come tale.

La ragione per cui è importante inquadrare esattamente questo tipo di lavoro sta nel fatto che, a causa della sua particolarità di orari, questo è soggetto a discipline specifiche sia per quanto riguarda la retribuzione sia, anche, per la pensione. Infatti il lavoro notturno è considerato **usurante**, ragione per cui chi lo svolge matura prima i requisiti per accedere alla pensione.

Per lavoratore notturno si intende il soggetto che svolge almeno parte del suo orario di lavoro o almeno 3 ore del suo tempo di lavoro giornaliero (secondo le norme definite dai contratti collettivi di lavoro) durante il "**periodo notturno**", vale a dire un periodo di almeno 7 ore consecutive comprendenti l'intervallo tra la mezzanotte e le 5 del mattino.

Il lavoro notturno è considerato usurante se organizzato in turni (almeno 6 ore in cui è compresa la fascia indicata come "periodo notturno") o se il lavoro è svolto in modo ordinario in periodi notturni (per almeno 3 ore).

Il beneficio per questi lavoratori consiste nella possibilità di andare in pensione con il vecchio sistema delle quote se più favorevole rispetto alle regole di pensionamento introdotte con la Riforma Fornero. Nello specifico gli usuranti possono andare in pensione, dal 1° gennaio 2016, con una anzianità contributiva minima di **35 anni**, una età minima pari a **61 anni e 7 mesi** ed il contestuale perfezionamento del quorum **97,6**.

I requisiti sopra indicati si applicano con riferimento anche ai lavoratori notturni che svolgono attività lavorativa per **almeno 3 ore** (nell'intervallo ricompreso tra la mezzanotte e le cinque) nell'intero anno lavorativo; oppure per **almeno 6 ore** (sempre nell'intervallo ricompreso tra la mezzanotte e le cinque) per almeno **78 giorni** l'anno. Se il lavoro notturno è svolto per **meno di 78 giorni l'anno**, i valori di età e di quota pensionistica sono aumentati di due anni se il lavoro notturno annuo è stato svolto per un numero di giorni lavorativi da **64 a 71** e di un anno se le giornate annue in cui si è svolto il lavoro notturno sono state da **72 a 77**.

Sul punto merita segnalare una novità apportata dal **1° gennaio 2018** dalla legge di bilancio per il 2018. Il legislatore ha, infatti, introdotto una modifica che specifica che, qualora i lavoratori svolgano attività lavorativa per almeno **6 ore** nel periodo notturno tra la **mezzanotte** e le **cinque del mattino**, i giorni lavorativi vengono moltiplicati per il coefficiente **1,5**.

Sarebbe opportuno che in sede contrattuale i medici dipendenti dal servizio sanitario pongano la possibilità di definire il periodo di Pronta Disponibilità notturna equiparato al lavoro notturno facendo così rientrare la normativa per le attività usuranti anche in questa attività. Peraltro, ricordiamo che in difetto di disciplina collettiva, è considerato lavoratore notturno qualsiasi lavoratore che svolga lavoro notturno per un minimo di 64 giorni lavorativi all'anno (in caso di lavoro part-time il limite è riproporzionato all'orario di lavoro).

*Dr Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali*

Quesiti dal web

L'AAROI-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Domenico Minniti
(Coordinatore della Commissione Nazionale
Contratto dell'AAROI-EMAC)
e **Arturo Citino**
(Coordinatore Formazione Sindacale)



È possibile ottenere una riduzione dei tre mesi di preavviso? Nel caso è dovuta comunque la penale?

È possibile ai sensi dell'art.104 comma 5 del vigente CCNL che recita:

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

Il comma 4 che non si applica in questo caso recita:

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

Come si può richiedere il recupero delle ore di straordinario e le giornate di pronta disponibilità festive effettuate?

Per quanto riguarda le ore di straordinario si fa riferimento all'art.30 comma 1 del vigente CCNL che prevede possano essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze di servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite.

Relativamente alle giornate di pronte disponibilità festive

effettuate si fa riferimento all'art.27 comma 4 del CCNL che recita:

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

Si consiglia di inviare le domande/ricieste in forma scritta e protocollata o pec per ottenerne riscontro.

Per quanto riguarda le ferie alle quali si ha diritto dopo i 3 anni di servizio questi vanno intesi come 3 anni in una stessa azienda o come anzianità nel SSN?

L'art.33 del CCNL disciplina l'argomento chiarendo che i 3 anni interessano solo chi viene assunto "per la prima volta in una pubblica amministrazione per i primi tre anni di servizio, comprensivi anche dei periodi lavorati presso altre pubbliche amministrazioni"

Per usufruire del giorno per l'aggiornamento sono validi anche i corsi Ecm FAD?

La risposta è affermativa. È consigliabile normare nello specifico la questione nel regolamento per l'aggiornamento con le OO.SS. e la Direzione Generale.

Nel caso di aspettativa per presenza di un coniuge che presti servizio all'estero quale ne è la durata?

La norma contrattuale che regola la materia chiarisce che il diritto all'aspettativa valga per tutto il tempo di perma-

nenza all'estero del coniuge.

Art. 11 CCNL 10.2.2004 e art. 16 CCNL 6 maggio 2005

2. Il dirigente con rapporto a tempo indeterminato, il cui coniuge o convivente stabile presta servizio all'estero, può chiedere una aspettativa senza assegni per il tempo di permanenza all'estero del coniuge, qualora non sia possibile il suo trasferimento nella località in questione in amministrazione di altro comparto.

Le ferie del periodo estivo vanno ad interrompere il periodo di preavviso di 90 giorni e quindi a posticipare la presa in servizio nella nuova Azienda oppure possono essere comprese nei 90 giorni di preavviso?

L'assegnazione delle ferie non può avvenire durante il periodo di preavviso. (art.104 comma 6 del CCNL) quindi interrompono il periodo di preavviso

Nell'ambito del contratto pubblico a tempo determinato, quali sono i tempi di preavviso per la disdetta?

La norma contrattuale che tratta il caso è

l'Art. 109 del CCNL e prevede:

...per il rapporto di lavoro a tempo determinato il termine di preavviso è fissato in un giorno per ogni periodo di lavoro di 15 giorni contrattualmente stabilito e, comunque, non può superare i 30 giorni nelle ipotesi di durata dello stesso superiore all'anno. In caso di dimissioni del dirigente, i termini sono ridotti alla metà, con arrotondamento all'unità superiore dell'eventuale frazione di unità derivante dal computo.

Se dovessi decidere di godere delle ferie estive e se quindi dessi un preavviso di 80 giorni ci sarebbe un impatto sulla busta paga ?

Se l'Azienda concorda con la riduzione del preavviso non devi nulla. In caso contrario dovrai subire una penale pari allo stipendio del periodo mancante ai 3 mesi.

Se avessi bisogno di chiedere dei giorni di malattia bimbo o di maternità facoltativa si andrebbe ad interrompere il preavviso?

Il CCNL non prevede divieto di utilizzo di tali istituti durante il preavviso.

Ho delle ferie maturate e non godute per esigenze di servizio.

Posso chiedere un pagamento in caso di dimissioni?

L'Art. 33 del CCNL affronta l'argomento

Ferie e recupero festività soppresse

10. Le ferie maturate e non godute per esigenze di servizio sono monetizzabili solo all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, nei limiti delle vigenti norme di legge e delle relati-

ve disposizioni applicative. Fermo restando quanto sopra, il compenso sostitutivo è determinato per ogni giornata, con riferimento all'anno di mancata fruizione prendendo a base di calcolo la retribuzione di cui al comma 1.

Devi quindi dare 3 mesi di preavviso durante i quali non puoi fruire di periodi di ferie.

Puoi concordare un preavviso più breve se l'Azienda condivide tale eventualità.

Al contrario sarai costretto a subire il pagamento di una penale d'importo pari ai giorni mancanti nel computo dei tre mesi di preavviso.

Eventuali ferie maturate e non godute per esigenze di servizio sono monetizzabili solo all'atto della cessazione del rapporto di lavoro.

Passando da un rapporto di lavoro privato ad uno pubblico devo nuovamente effettuare il periodo di prova o avendolo superato presso il mio attuale lavoro non devo più sostenerlo? Qualora fosse così, come lo devo comunicare all'Azienda?

Trattandosi di contratto di lavoro di altra tipologia rispetto a quello della Dirigenza Area Sanità, dovrai superare il periodo di prova.

La mia anzianità di servizio presso l'ospedale privato viene riconosciuta in qualche modo dall'Azienda pubblica?

Trattandosi di rapporto privato, no.

Esistono esigenze di servizio per far sì che il Direttore SC possa rifiutare il recupero delle ore di straordinario? E nel caso venissero approvate scegliete il Direttore SC il mese e la settimana e il giorno in cui posso stare a riposo?

Il CCNL prevede il recupero delle ore di straordinario effettuate in pronta disponibilità (in alternativa al pagamento delle stesse) o il recupero di eventuale eccedenza oraria, entro, di norma, il mese successivo. Eccezionalmente, entro un termine più ampio, entro comunque sei mesi, ai sensi del D. Lgs. 66/2003 s.m.i. È bene sia richiesto formalmente, per iscritto, via pec o protocollo istituzionale.

Per la modalità di recupero, questa segue le esigenze dell'U.O. ed è stabilita dal Direttore SC.

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.*

Corsi AAROI-EMAC SimuLearn[®]

Il Semestre 2022

Corsi Base

**Ecografia in Anestesia LocoRegionale
con Sistemi di Simulazione**

10-11 Ottobre 2022

21-22 Novembre 2022

**Ecografia in Terapia Intensiva
con Sistemi di Simulazione**

5-6 Ottobre 2022

14-15 Novembre 2022

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

3-4 Novembre 2022

**Simulazione Medica Avanzata
per l'Anestesia e l'Emergenza
in Ostetricia**

26-27 Ottobre 2022

**L'ARDS: dalla Teoria
alla Pratica Clinica**

12-13 Ottobre 2022

**Anestesia pediatrica:
dalla simulazione alla realtà**

23-24 Novembre 2022

**Dalla Sala Operatoria alla Terapia Intensiva:
ecografia e ventilazione meccanica**

30 Novembre-1 Dicembre 2022

Corsi Avanzati

Corso ACLS

*(aperto anche alla Professione
di Infermiere e Ostetrico/a)*

3-4 Ottobre 2022

ACLS Refresh

*(aperto anche alla Professione
di Infermiere e Ostetrico/a)*

18 Novembre 2022

PALS (Pediatric Advanced Life Support)

*(aperto anche alla Professione
di Infermiere e Ostetrico/a)*

28-29 Novembre

**Corso Avanzato di Ecografia
in Anestesia LocoRegionale
con Sistemi di Simulazione**

24-25 Ottobre 2022

**Corso Avanzato di Ecografia
in Terapia Intensiva con Sistemi
di Simulazione**

16-17 Novembre 2022

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

5-6 Dicembre 2022

**L'uso Globale dell'ecografo
negli accessi vascolari.
Corso avanzato con sistemi
di simulazione**

12-13 Dicembre 2022