

il nuovo Anestesista Rianimatore

AARO I EMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

MARZO - APRILE
2023
2
Anno XLIV

È TEMPO DI SAQURE IL 12 E IL 13 MAGGIO A ROMA



**Di nuovo
in Mobilitazione**

**Audizione Punti Nascita
La posizione
AARO I-EMAC**

**Delegati Scientifici
Regionali
Incontro a Bologna**

Sommario

3 **Editoriale**
Mobilitazione 2023, pronti anche allo sciopero

4 **Intersindacale**
Decreto bollette: non è così che si salva la Sanità Pubblica

6 **Punti Nascita**
L'AAROI-EMAC in Audizione in Commissione Affari Sociali

8 **SAQURE**
A Roma il 12 e il 13 Maggio

14 **Formazione**
A Bologna, i Delegati Scientifici AAROI-EMAC a confronto

16 **Dalle Regioni**
Le ultime novità dalle Sezioni Regionali

19 **Emergenza-Urgenza**
Siglato il Manifesto di Firenze

22 **COSMED**
Le priorità della Confederazione Presentate al Ministro della PA

AAROI-EMAC risponde

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

28 - **Quesiti Sindacali**

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETARIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroiemac@aaroiemac.it
SEGRETARIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa 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 DALSSASSO • 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.ssa CRISTINA MASCHERONI
Dr LUIGI DE SIMONE
Dr DOMENICO MINNITI

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 05-04-2023



Mobilitazione 2023, pronti anche allo sciopero

La situazione della sanità italiana, la condizione del personale sanitario ed in particolare la nostra condizione di Medici Anestesisti Rianimatori e dell’Emergenza-Urgenza ha oltrepassato qualsiasi limite di sopportabilità. Riteniamo, pertanto, che sia arrivato il momento di spingere sull’acceleratore della protesta che potrebbe arrivare alla proclamazione di uno sciopero.

Dopo aver stretto i denti all’inverosimile durante la pandemia, arginata principalmente grazie ai sacrifici del personale sanitario ospedaliero, occorre oggi prendere atto del fatto che il limite è stato di gran lunga superato. La retorica del “*mai più tagli alla sanità*”, ripetuta come un mantra nei difficili anni pandemici, non è andata oltre le promesse, come dimostrato nei fatti dagli stanziamenti in favore del SSN certamente non adeguati.

L’attività dell’Intersindacale in questi mesi è stata particolarmente intensa, anche per favorire un confronto costruttivo con il nuovo Governo, così come sempre accade quando cambiano i referenti istituzionali. Abbiamo portato avanti proposte, abbiamo richiesto la costituzione di tavoli presso il Ministero della Salute, tuttavia l’impressione è che – ancora una volta – ci sia la difficoltà di guardare al futuro con una visione di sistema e non per compartimenti stagni, mettendo toppe sulle emergenze invece di andare alla base dei problemi. L’emanazione dell’ultimo Decreto Legge, il cosiddetto Decreto Bollette, ha confermato questa impressione. Prosegue, infatti, la tendenza ad improvvisare, a proporre provvedimenti legislativi d’urgenza, che tuttavia – pur avendo elementi apprezzabili – rimangono in molti aspetti poco chiari e in altri poco o per nulla condivisibili.

La risposta dell’AARO-EMAC è stata rapida e netta, con un messaggio diretto che ho inviato ai vertici del Ministero della Salute per manifestare a chiare lettere la posizione dell’Associazione:

«A fronte del DL Bollette approvato ieri (il 28 marzo 2023) dal CdM, pur apprezzandolo moltissimo nel suo complesso per tutto ciò che riguarda la "emergenza-urgenza ospedaliera (area critica)", devo purtroppo rappresentare che sia la mancata defiscalizzazione delle attività alpi (di cui storicamente buona parte è svolta dai medici anestesisti rianimatori), sia la inapplicabilità apparente a prima lettura ai medici suddetti di alcune disposizioni ivi contenute (tra cui p. es. l'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive nei servizi di emergenza-urgenza di cui all'art. 9, nonché la possibilità di trasformare il rapporto di lavoro da impegno orario pieno a impegno orario ridotto o parziale per chi possiede i requisiti di pensionamento anticipato), ha provocato tra gli AR una vera e propria delusione che cresce di ora in ora. Ricevo richieste di proclamazione sciopero AARO-EMAC in segno di tangibile protesta, a tal iniziativa purtroppo essendo piuttosto difficile non dar seguito in tempi ravvicinati, salvo aperture a modifiche del DL. Gli AR sono consapevoli, naturalmente, che gli ostacoli alle suddette applicabilità estese ad essi risiedono completamente al di fuori del Ministero della Salute, ma ho ritenuto corretto informarla anche al fine che tale informazione possa giungere, se ritenuto opportuno, al Sig. Ministro Schillaci».

In data 12 Aprile l’AARO-EMAC è stata comunque invitata all’audizione informale dinanzi alle Commissioni riunite VI (Finanze) e XII (Affari sociali) proprio sul decreto-legge n. 34 del 2023, nel corso della quale farà presenti proprie richieste di adeguamento del provvedimento affinché prima della sua conversione in Legge preveda una adeguata valorizzazione del lavoro anche degli Anestesisti Rianimatori oltre che dei Colleghi che lavorano nei PS.

Altrettanto veloce è stata la posizione espressa dell’Intersindacale, con il comunicato stampa che potete leggere nelle pagine seguenti, preannunciato dal messaggio di cui sopra.

Solo a fronte di tale comunicato è arrivata, in modo peraltro indiretto, per via mediatica in alcune trasmissioni televisive e radiofoniche, una precisazione del Ministro Schillaci sul “Decreto Bollette”, con rassicurazioni riassunte nel concetto “È solo il primo passo di una riforma più ampia, renderemo più attrattivo il Ssn”, riportato dalla rivista specializzata online Quotidiano Sanità, che potete consultare al link:

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=112494.

Nei prossimi mesi l’Intersindacale – che dal mese di Febbraio sta lavorando al rinnovo contrattuale, con riunioni ravvicinate in ARAN (il calendario al seguente link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=31281>) – organizzerà una Conferenza nazionale per la sanità pubblica in Maggio, in preparazione di una Mobilitazione in difesa del SSN per coinvolgere Associazioni e Cittadini, ma anche – come detto – con la possibilità di proclamare scioperi qualora non ci fossero segnali di apertura. Nell’auspicio che l’intenso e problematico confronto con le istituzioni tutte che hanno la responsabilità di un Sistema Sanitario Pubblico sempre più in crisi abbia esiti più confortanti di quelli finora ottenuti, prepariamoci dunque, in caso contrario, a massimizzare le nostre proteste partecipando con decisione e senza tentennamenti alle iniziative che intraprenderemo!

Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AARO-EMAC

DECRETO BOLLETTE: NON È COSÌ CHE SI SALVA LA SANITÀ PUBBLICA.



Le organizzazioni sindacali dei medici, dirigenti sanitari e veterinari bocciano il decreto e annunciano iniziative di protesta.

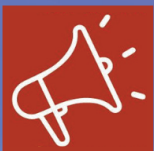


- ✓ MOBILITAZIONE delle categorie
- ✓ STATI GENERALI DELLA SALUTE entro MAGGIO con le Associazioni dei cittadini
- ✓ MANIFESTAZIONE PUBBLICA A GIUGNO
- ✓ Previsti anche SCIOPERI

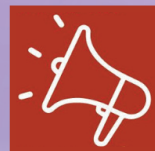


**INTERSINDACALE
UNITI
PER LA SANITÀ**

ANAAO ASSOMED / FEDERAZIONE CIMO-FESMED (ANPO-ASCOTI-CIMO-FESMED) / AAROI-EMAC / FASSID (AIPAC-AUPI- SIMET-SINAFO-SNR) / FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN / FVM FEDERAZIONE VETERINARI E MEDICI / UIL FPL COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA, VETERINARIA SANITARIA



Decreto bollette: non è così che si salva la Sanità Pubblica



Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria riprendono la mobilitazione iniziata a settembre per organizzare entro il mese di maggio, insieme alle associazioni dei cittadini e le componenti sociali e professionali, gli Stati Generali della salute in preparazione di una manifestazione pubblica a giugno, prevedendo anche scioperi

Il Decreto Bollette approvato dal Consiglio dei Ministri contiene alcune misure per la sanità pubblica, per lo più di ordine normativo, rigorosamente senza impegni economici, che lasciano privo di soluzione e di prospettive il grande problema del destino del SSN e dei professionisti che lavorano al suo interno.

L'unico messaggio positivo è riservato di fatto ai soli Pronto Soccorso, con l'anticipo di un finanziamento già previsto dalla legge di bilancio. Un messaggio giusto, che, però, sotto certi aspetti, rischia di essere solo cosmetico, senza alcuna considerazione per altre discipline che hanno problemi altrettanto gravi e "critici", ad iniziare dagli anestesisti per continuare con i chirurghi, fino ai professionisti della prevenzione primaria e a quelli che prendono in carico i pazienti post acuzie. Niente risorse extracontrattuali per il CCNL 2019-2021, i cui incrementi previsti sono un terzo del tasso inflattivo, niente fiscalità di vantaggio, concessa a privati e altri settori del pubblico impiego, neppure per attività di valore sociale come l'abbattimento delle liste di attesa.

Un decreto monco, insomma, che, per quanto contenga risposte ad alcune richieste delle Organizzazioni sindacali, come la procedibilità d'ufficio per chi aggredisce gli operatori sanitari, fallisce l'obiettivo di sollevare un servizio sanitario nazionale in ginocchio e arrestare la fuga di medici, dirigenti sanitari e veterinari, delusi e insoddisfatti, dal Ssn. Che non saranno di certo incentivati a rimanere nella sanità pubblica da una sanatoria per l'accesso ai ruoli della "area critica" (soltanto PS?) senza specializzazione, o da un incremento della retribuzione oraria delle prestazioni aggiuntive in PS, che sarà ampiamente tassato, oppure da incarichi libero-professionali per gli specializzandi a prezzo da saldi di stagione. Tantomeno il giro di vite arresterà il reclutamento dei gettonisti, che finisce anche per essere legittimato.

L'impegno profuso dal Ministro della salute, attraverso dichiarazioni e tavoli tecnici con le Organizzazioni sindacali, non è bastato a dare una scossa a quello che ormai da decenni si configura come il vero mi-

nistero con portafogli della salute, ovvero il MEF. Di fatto si lascia invariato il quadro economico delineato dalla NADEF mirando nel 2025 ad una spesa sanitaria che le stesse Regioni giudicano insostenibile, minacciando ulteriori tagli.

La crisi della sanità pubblica richiede investimenti congrui e spendibili oggi mentre il disagio dei professionisti al suo interno, necessita di provvedimenti strutturali, e non cosmetici, incluso l'utilizzo della leva retributiva nei loro confronti, senza eccezioni, perché tutti hanno garantito i LEA a spese della qualità della loro vita, delle loro ferie e dell'abuso del loro orario di lavoro. Nonostante tutto e nelle condizioni di lavoro peggiori dell'ultimo decennio.

Il tempo è scaduto, e le Organizzazioni sindacali sono stanche di gridare, scrivere, denunciare senza avere risposte. Per manifestare il loro disagio **riprenderanno la mobilitazione per organizzare entro il mese di maggio, insieme con le associazioni dei cittadini e le componenti sociali e professionali, gli Stati generali della salute. In assenza di risposte convincenti, nel mese di giugno scenderanno in piazza, prevedendo anche scioperi** perché dopo 10 anni di tagli indiscriminati di strutture, posti letto e offerta sanitaria occorre fermare questa deriva: siamo all'ultima chiamata per il servizio sanitario nazionale e pubblico. Fermarsi qualche giorno per non fermarsi per sempre.

È ormai il momento di pretendere la salvaguardia di un servizio di cure pubblico e universale, per la quale non basta la sola voce del Ministro della salute, serve quella dei cittadini, dei sindaci, delle regioni, delle forze sociali, delle istituzioni professionali, alle quali ci rivolgiamo per salvare l'articolo 32 della nostra Costituzione. Perché un servizio sanitario, pubblico e nazionale, rappresenta anche "il principale presidio della unità nazionale", come dice il Presidente Mattarella.

La sostenibilità di un servizio sanitario è scelta politica. O si è con il Ssn o contro. Questo le Organizzazioni sindacali e i cittadini chiedono al presidente del Consiglio e ai Ministri del suo Governo.

ANAAO ASSOMED – CIMO-FESMED (ANPO-ASCOTI – CIMO - CIMOP - FESMED) – AAROI-EMAC – FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAF0-SNR) – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM Federazione Veterinari e Medici – UIL FPL COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA, VETERINARIA SANITARIA

L'AAROI-EMAC in Audizione in Commissione Affari Sociali sui Punti Nascita

L'AAROI-EMAC ha partecipato il 23 Marzo 2023 alle "Audizioni della Commissione Affari sociali, nell'ambito delle risoluzioni riguardanti iniziative per aggiornare gli standard per la distribuzione dei punti nascita".

Il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, ha colto l'occasione per fare il punto sugli aspetti organizzativi, in relazione alla presenza dell'Anestesista Rianimatore che riveste un ruolo centrale per quanto attiene alla sicurezza di tutti i Punti Nascita.

Un tema sul quale più volte, negli anni, l'AAROI-EMAC è intervenuta per richiamare l'attenzione sui criteri necessari e irrinunciabili affinché un Punto Nascita possa considerarsi sicuro.

La sicurezza, infatti, - ha ribadito il Dr Vergallo - è il punto da cui partire e dal quale non si può prescindere anche a costo di non soddisfare la richiesta dell'utenza non sempre informata su quali siano i criteri di sicurezza e per questo maggiormente interessata a

criteri quali la vicinanza del Punto Nascita alla propria abitazione.

Lasciando gli aspetti scientifici all'intervento della Società Scientifica di riferimento degli Anestesisti Rianimatori, la SIAARTI, il Presidente ha ribadito alcuni punti fondamentali di tipo organizzativo.

Un percorso nascita sicuro esige condizioni strutturali e organizzative minime indispensabili.

Tra tali condizioni, è di basilare importanza l'immediata disponibilità dell'Anestesista Rianimatore pronto ad intervenire in tempo reale. In altre parole nei Punti Nascita deve essere garantita la guardia anestesiologicala h24, ossia la presenza dell'Anestesista Rianimatore 24 ore su 24 che non può e non deve essere allo stesso tempo impegnato in altri Servizi come ad esempio la Rianimazione o ancor peggio il Trasporto di pazienti critici. Né tantomeno è possibile affidarsi alla Pronta Disponibilità, ossia all'Anestesista Rianimatore "repe-

ribile". Dovrebbe esser chiaro che tale condizione sia di primaria importanza, eppure non lo è a sufficienza perché esistono Punti Nascita che basano la loro organizzazione sull'opzione di chiamare, in caso di emergenza, l'Anestesista Rianimatore in Pronta Disponibilità o impegnato in Rianimazione, costringendolo in tal modo a lasciare il servizio sguarnito di Guardia Rianimatoria o in generale dedicato ad altro Servizio Ospedaliero.

Non è una situazione accettabile, è indispensabile che in tutti gli Ospedali, pubblici e privati, dotati di punto nascita, sia sempre presente un Anestesista Rianimatore in servizio di guardia anestesiológica separata dalla guardia rianimatoria, h24, 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno, in modo che sia evitato il rischio che debbano correre precipitosamente in sala operatoria o in sala parto l'Anestesista in servizio di pronta disponibilità da casa, oppure, forse peggio, il Rianimatore in servizio presso l'Unità di degenza costituita dalla Rianimazione, che deve abbandonare i pazienti degenti in Rianimazione, dove è più che mai evidente la necessità della continuità assistenziale.

Il Presidente AAROI-EMAC ha poi sottolineato la ferma contrarietà al ricorso alle cosiddette equipe itineranti, che si spostano da un presidio all'altro e per le quali si aggiunge il rischio dovuto alla scarsa conoscenza dell'ospedale in cui ci si trova a lavorare. Per non parlare del ricorso alle Cooperative dove il problema della

mancata conoscenza del Presidio e dei Colleghi è portato alle estreme conseguenze.

Altri punti sottolineati dal Dr Vergallo nel corso dell'Audizione riguardano elementi strutturali. Ad esempio le Sale Parto devono essere adiacenti alle Sale Operatorie destinate ai Tagli Cesarei da eseguirsi in Urgenza/Emergenza; è impensabile che possano continuare ad esistere tali Sale Operatorie distanti diversi piani, e/o diversi corridoi, o addirittura poste in padiglioni diversi, rispetto alle Sale Parto. E' inoltre necessario non prendere in considerazione come sede di Punto Nascita ospedali non adeguatamente attrezzati, non collegati a terapie intensive o dove non vi sia disponibilità di sangue e derivati.

L'AAROI-EMAC – ha concluso il Presidente - non ritiene possibile mantenere o far entrare in funzione Punti Nascita strutturalmente inadeguati, al di sotto degli standard di sicurezza precedentemente indicati. Decisioni che non tenessero conto di quanto descritto potrebbero rappresentare un rischio per le partorienti oltre che per i professionisti costretti a lavorare in violazione del contratto di lavoro chiamati a prestare la loro opera, soprattutto in condizioni di emergenza-urgenza.

L'Associazione è disponibile al confronto così come alla valutazione di poche eccezionalità ma sempre a fronte del rispetto della sicurezza.



È possibile vedere il video dell'Audizione al link:
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=31906>



SA ❖ QU ❖ RE

2023

**SAQURE, ci vediamo a Roma
il 12 e il 13 Maggio!**



Manca pochissimo alla quarta edizione di SAQUIRE il Meeting AAROI-EMAC che quest'anno ha come titolo "La medicina di Area Critica. Fulcro di un SSN ancora in bilico tra necessità di rilancio e scarsità di risorse" e che si svolgerà a Roma Eventi – Fontana di Trevi, Piazza della Pilotta 4 – Roma dalle ore 14.00 del 12 Maggio alle ore 19.00 del 13 Maggio.

Tutte le informazioni utili sono disponibili al link sul sito AAROI-EMAC al link:
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=31601>.

Le Iscrizioni al Meeting sono aperte fin al **2 Maggio 2023**. In caso di pagamenti effettuati entro e non oltre il **20 Aprile 2023** sono previste quote ridotte.

Categorie	ENTRO IL 20/04/2023	OLTRE 20/04/2023
	QUOTA RIDOTTA	QUOTA INTERA
MEDICO SPECIALISTA ISCRITTO AAROI-EMAC (CON CREDITI ECM) Quota ESENTE IVA ex art. 10 c. 20 DPR 633/72	200,00 €	250,00 €
MEDICO SPECIALIZZANDO ISCRITTO AAROI-EMAC (NO CREDITI ECM) Quota ESENTE IVA ex art. 10 c. 20 DPR 633/72	75,00 €	100,00 €
MEDICO NON ISCRITTO AAROI-EMAC (CON CREDITI ECM) Quota IVA COMPRESA 22%	350,00 €	420,00 €
PROFESSIONISTA SANITARIO NON MEDICO (INFERMIERA/E E OSTETRICA/O) (CON CREDITI ECM) Quota IVA COMPRESA 22%	90,00 €	120,00 €
PROFESSIONISTA SANITARIO NON MEDICO (SENZA CREDITI ECM) Quota IVA COMPRESA 22%	75,00 €	100,00 €

Iscritti AAROI-EMAC (Specialisti e Specializzandi)

Iscrizione possibile unicamente attraverso la propria Area Personale accessibile dal link:

<https://www.aaroiemac.it/app/login> o tramite l'APP AAROI-EMAC, disponibile, per chi non l'avesse ancora scaricata, sui principali Store (*AppStore* – *GooglePlay*).

NON Iscritti AAROI-EMAC (Medici, Infermieri, Ostetriche)

Per iscriversi è necessario compilare l'apposito form presente al seguente link, compilato in tutte le sue parti:

<https://forms.gle/WnB31MaZLy9NnL387>

Dopo il 2/05/2023 sarà possibile iscriversi solo On-Site, previa conferma di disponibilità di posti da richiedersi alla Segreteria Organizzativa al seguente recapito telefonico: 06 47825272. In caso di mancata richiesta di disponibilità, non potrà essere garantita la partecipazione all'Evento.

I corsi sono a numero chiuso pertanto è obbligatoria la scelta degli stessi sulla piattaforma FAD Area-Learn. Verificata la regolarità dell'iscrizione al Meeting, la Segreteria invierà le istruzioni per accedere alla piattaforma e gli Access Code necessari per la scelta dei corsi.

	Venerdì 12 Maggio 2023	Sabato 13 Maggio 2023
AUDITORIUM LOYOLA		LA BIOETICA IN EMERGENZA-URGENZA E IN AREA CRITICA 8:30-13:00
	LE DOTAZIONI DI PERSONALE E LE RISORSE ECONOMICHE 14:30-19:00	L'EMERGENZA-URGENZA: DAL TERRITORIO ALL'OSPEDALE 14:10-18:40
SALA FOSCOLO		LA MEDICINA LEGALE E ASSICURATIVA 8:30-13:00
	LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI 14:30-19:00	IL RUOLO DELLA SIMULAZIONE NELL'IMPLEMENTAZIONE DELLE SKILLS NELLA GESTIONE CLINICA MULTIDISCIPLINARE 14:10-18:40
SALA CARDUCCI		LA TERAPIA INTENSIVA TRA ALTA TECNOLOGIA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE 8:30-13:00
	LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE CLINICHE: CRITERI E PROCEDURE 14:30-19:00	IL BLOCCO OPERATORIO TRA EFFICIENZA E SICUREZZA 14:10-18:40
SALA ARIOSTO MANZONI	SALE RISTORO	

Premiazione Abstract

Novità di questa edizione è la Premiazione di un Abstract. SAQURE 2023 prevede, infatti, la possibilità di inviare contributi scientifici riguardanti: "La qualità, la sicurezza e l'organizzazione dei servizi in Anestesia, Rianimazione, Terapia del Dolore ed Emergenza".

L'iniziativa è riservata ai Colleghi under 40 che invieranno i contributi all'indirizzo email arealearn@arealearn.it entro il 30 Aprile 2023. Il miglior contributo, valutato dal Comitato Scientifico del Meeting, sarà premiato con la possibilità, per al massimo tre degli autori dell'abstract selezionato, di frequentare un Corso di Simulazione Medica Avanzata nel Centro AAROI-EMAC SimuLearn® ed il relativo soggiorno a Bologna presso l'hotel convenzionato.

Dettagli Abstract: saranno accettati i lavori presentati in formato Microsoft Word (*.doc oppure *.RTF), carattere Times New Roman 12 punti; max 500 parole e una tabella o figura. Precisare il titolo, i nomi degli autori, le loro affiliazioni, l'indirizzo email di un autore, l'introduzione, i metodi, i risultati e le conclusioni.

SAQURE
SAfety•QUality•REliability

12 - 13 Maggio 2023

ROMA EVENTI
FONTANA DI TREVI

**La qualità, la sicurezza e l'organizzazione dei servizi in Anestesia,
Rianimazione, Terapia del Dolore ed Emergenza**

INVIA L'ABSTRACT



arealearn@arealearn.it

A SAQURE la mostra INTENSIVE CARE SHOTS

SAQURE 2023 sarà sede di Intensive Care Shots. Pandemia 2020-2022, la mostra fotografica che racconta il lavoro svolto nelle Terapie Intensive di Varese durante le ondate pandemiche da Covid-19 negli anni 2020-2022 attraverso le foto realizzate in graphic art, scattate dai Medici Anestesisti Rianimatori Silvio Zerbi, Davide Maraggia ed Alessandro de Martino. Le 38 immagini, che saranno disposte nelle sale congressuali, rappresentano "Un omaggio a tutti gli operatori sanitari che in questi anni difficili hanno fatto del bene senza comparire".

Di seguito il testo del Dr Zerbi curatore della mostra:

Il 20 Febbraio 2020, a Codogno venne identificato il primo paziente positivo al Sars-CoV2 ed iniziò un marea che presto divenne Tsunami falciando migliaia e migliaia di vite tra cui 379 camici bianchi.

Il Sistema sanitario Italiano affrontò il momento più difficile dal dopoguerra ad oggi e fu una battaglia per la vita alla quale nessuno era preparato ma dalla quale nessuno si tirò indietro.

Il 18 Marzo 2020 i camion militari dell'esercito Italiano attraversavano le strade di Bergamo portando altrove le bare dei propri concittadini perché tutti i cimiteri erano pieni.

Nessuno di noi ha dimenticato quell'immagine.

Un'immagine di una frazione di secondo, lo sappiamo, può rimanere impressa per sempre, INTENSIVE CARE SHOTS nasce così, non certo con l'idea di una mostra fotografica ma dalla volontà di documentare in un momento storico mai vissuto prima, una realtà sconosciuta alla maggior parte delle persone: cosa accadeva all'interno delle terapie intensive.

Nessuno si può riconoscere in queste foto ma molti operatori sanitari vi si potranno identificare. Dietro le visiere ci sono storie di uomini e donne spaventati nell'affrontare una nuova malattia senza cura, ci sono i volti di chi aveva paura di portare il virus a casa, di chi si isolò tra le proprie mura domestiche e di chi lasciò la propria famiglia trasferendosi altrove.

Molti figli di medici ed infermieri furono affidati ai loro nonni per un tempo che allora pareva solo triste ed indefinito.

I parenti degli operatori sanitari con le loro apprensioni e paure divennero i protagonisti nascosti degli anni pandemici. INTENSIVE CARE SHOTS è dedicato anche a loro.

Nelle rianimazioni di tutta Italia l'afflusso di pazienti critici era continuo, la richiesta di nuovi posti letto di Terapia Intensiva era costante. In molti ospedali le sale operatorie vennero trasformate in Rianimazioni e le Terapie Intensive specialistiche vennero convertite per la cura dei pazienti Covid.

Negli ospedali servivano sempre più ventilatori, sempre più caschi da ventilazione non invasiva, serviva sempre più ossigeno.

La figura dell'Anestesista Rianimatore fu centrale e preziosa, le conoscenze specialistiche nella gestione del paziente critico permisero di salvare innumerevoli vite e divennero la colonna portante di ogni struttura ospedaliera.

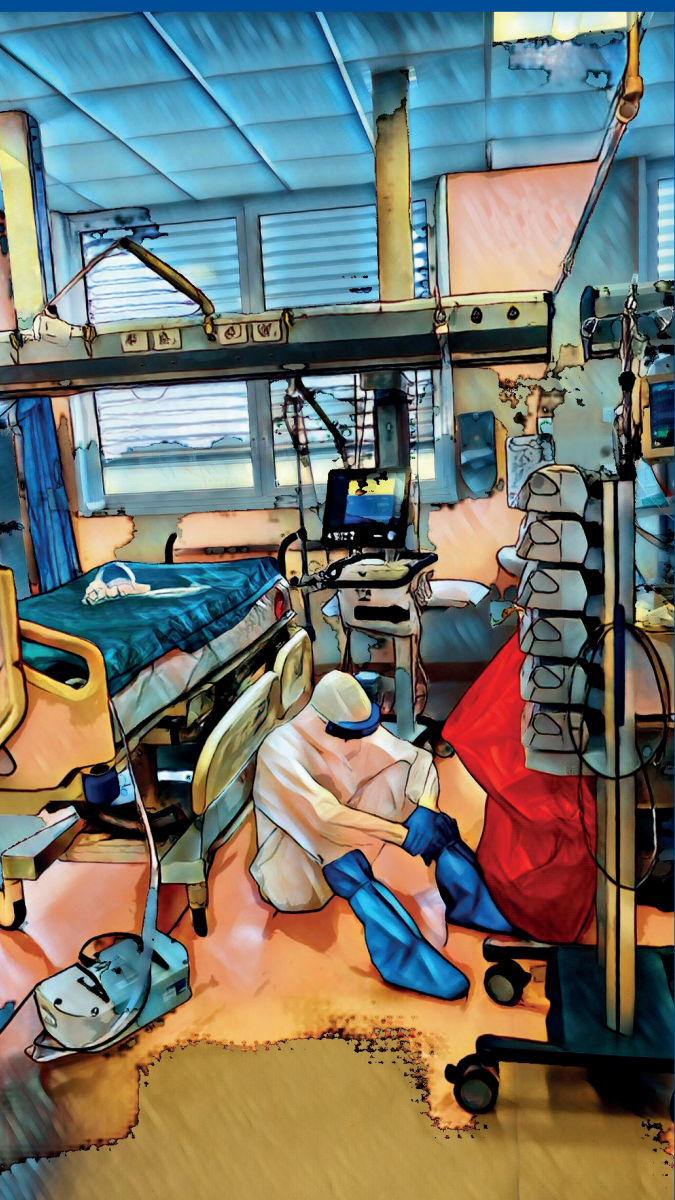
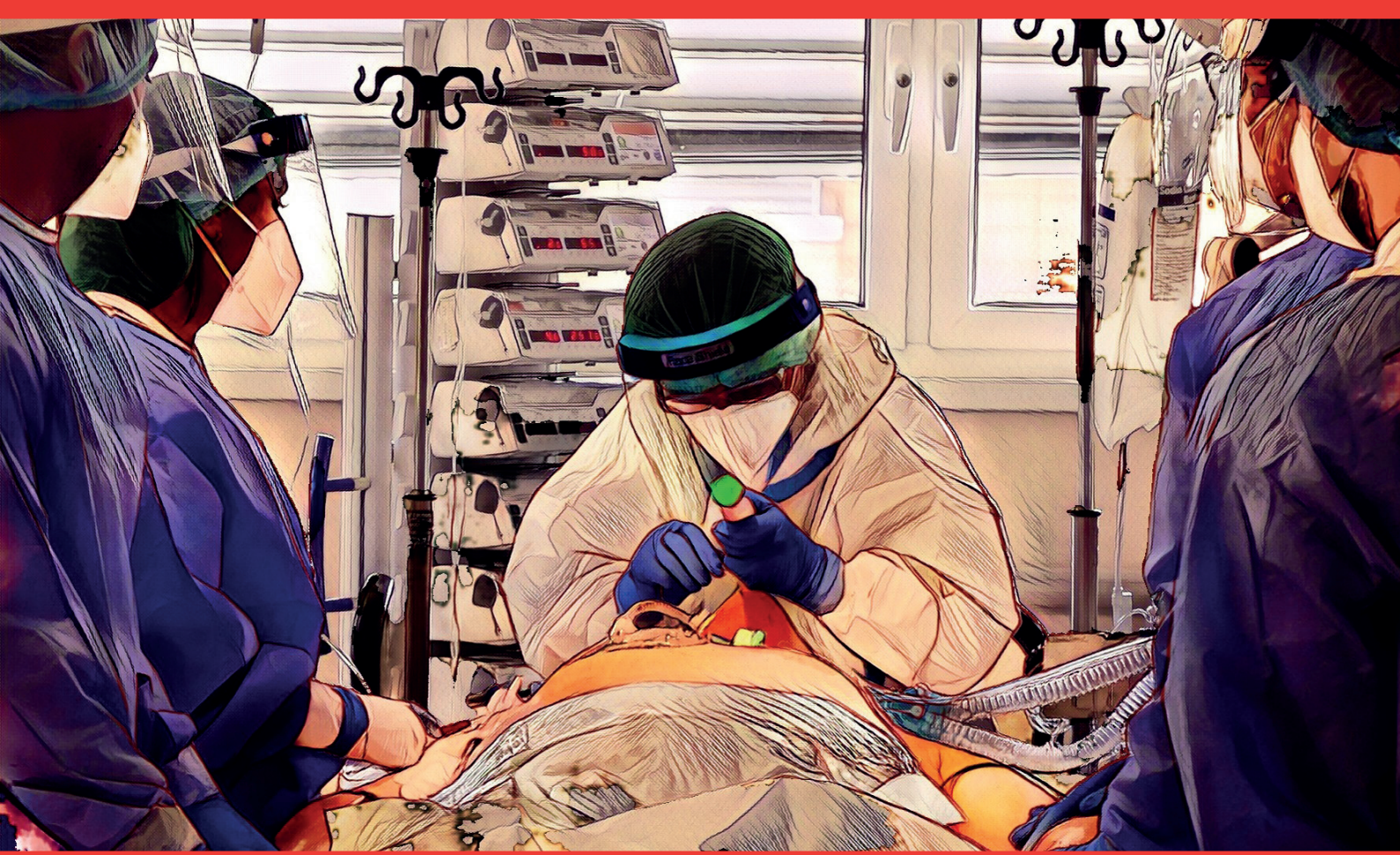
Durante le ondate pandemiche lo stress fisico, emotivo e psicologico di tutti gli operatori sanitari non era mai stato così alto e tra le cause principali c'erano senz'altro i decessi pressoché quotidiani dei malati ricoverati. Per quanto ci si impegnasse e si investissero tempo e risorse sul paziente, spesso la malattia non lasciava scampo. Inoltre l'empatia con i malati, cardine di chi cura il prossimo, era difficilissima se non impossibile, vestiti come astronauti, tra gli allarmi ed il rumore dell'ossigeno erogato, non ci si riusciva a sentire tra i colleghi ed ancor meno con chi di voce ne aveva appena un filo.

In Terapia Intensiva, così come in tutti i reparti ospedalieri i turni furono stravolti, vennero annullati ferie e riposi, richiamati in prima linea medici in pensione, assunti gli specializzandi. I dispositivi di protezione individuale erano preziosi, l'attenzione alla vestizione ed alla svestizione dalle tute protettive era maniacale, i lavaggi delle mani continui, l'obiettivo era non contagiarsi per poter continuare a curare.

Il vaccino sembrava solo una speranza lontana.

INTENSIVE CARE SHOTS racconta questo dietro le immagini, parla di abnegazione e di resilienza, di successi e di fallimenti, onora la memoria di chi non ce l'ha fatta e rende omaggio a chi il Virus l'ha combattuto in prima linea, persone normali che hanno fatto cose straordinarie.

Dr Silvio Zerbi



Delegati Scientifici AAROI-EMAC a confronto

L'11 Marzo si è svolto a Bologna, nel Centro AAROI-EMAC SimuLearn®, il primo incontro dei Delegati Scientifici Regionali con il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Segretario Nazionale Dr Antonino Franzesi e il Coordinatore dei Delegati Scientifici, Dr Emanuele Iacobone. In collegamento è intervenuto il Prof Franco Marinangeli, Responsabile Scientifico del Centro AAROI-EMAC SimuLearn®.

In apertura il Presidente Nazionale AAROI-EMAC ha spiegato le motivazioni alla base della decisione di nominare un Delegato Scientifico AAROI-EMAC per ogni regione. La volontà dell'Associazione è di implementare a livello regionale la formazione da proporre ad Iscritti e non Iscritti. Compito dei Delegati Scientifici sarà di offrire un servizio in più, in particolare organizzando eventi formativi per la crescita culturale dei Medici di Area Critica rivolgendosi anche a Colleghi non ancora Iscritti ma iscrivibili ad AAROI-EMAC.

Proprio per essere particolarmente attrattiva la proposta formativa dovrà essere di alta qualità e – come sottolineato dal Dr Iacobone – sarà rivolta a Medici Anestesiisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza e ai Medici in Formazione nelle due discipline. Potrà essere, inoltre, articolata in eventi in presenza o organizzati da remoto come Webinar o come corsi FAD.

I temi individuati come di interesse per la proposta formativa da mettere in atto sono:

- Sicurezza sul Lavoro (dotazione di organico, gestione del budget, responsabilità amministrative dei lavoratori, etc);

- Qualità delle cure (Buone Pratiche, Raccomandazioni, Linee Guida, etc.);
- Organizzazione dei percorsi lavorativi (gestione del blocco operatorio, gestione servizio di terapia del dolore, servizio di partoanalgesia, etc.);
- Medicina Legale (Consenso informato, casi giurisprudenziali particolari, approfondimento di norme di legge che regolano il lavoro, etc.);
- Temi Bioetici (tema del fine vita, donazione organi, cure palliative, etc.);
- Altro.

Naturalmente i Delegati Scientifici potranno proporre altri temi considerati di interesse per i Medici Anestesiisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza.

Oltre all'ambito formativo, la rete dei Delegati Scientifici AAROI-EMAC avrà un altro importante obiettivo, ossia di portare avanti un'attività di ricerca attraverso indagini conoscitive e studi sugli stessi temi degli eventi formativi o su altri richiesti dal Consiglio Nazionale AAROI-EMAC o proposti dai singoli Delegati. Lo scopo è di valutare e monitorare la qualità e la sicurezza delle cure nel paziente critico ma anche il lavoro e le attività gestionali/organizzative dei medici di Area Critica. Quando possibile tale ricerca potrà avere finalità di pubblicazione scientifica.

L'incontro si è concluso con l'intervento da remoto del Prof. Franco Marinangeli che ha presentato il progetto per la costituzione di un "Osservatorio AAROI-EMAC per la Sicurezza, la Qualità e l'Etica in Anestesia, Area Critica, Dolore e Fine vita".

I Delegati Scientifici Regionali AAROI-EMAC

Abruzzo – Dr Salvatore Antonucci
Basilicata – Dr.ssa Anna Maria Monaco
Bolzano – Dr Giuseppe Capozzoli
Calabria – Dr Fiore Torchia
Campania – Dr.ssa Daniela Viscardi
Emilia Romagna – Dr.ssa Adriana Addis
Lazio – Dr Quirino Piacevoli
Liguria – Dr.ssa Iole Brunetti
Lombardia – Dr Gianluca Russo

Marche – Dr Andrea Carsetti
Molise – Dr Giuseppe Aloisi
Piemonte – Valle D'Aosta – Dr Edoardo Moriondo
Puglia – Dr Marcello Difonzo
Sardegna – Dr.ssa Elisabetta Pusceddu
Sicilia – Dr Giorgio Scrofani
Toscana – Dr.ssa Chiara Gasperini
Umbria – Dr.ssa Paola Favetta
Veneto – Dr Marco Meggiolaro
Friuli Venezia Giulia – Dr.ssa Maria Cristina Melia

Tutte le attività organizzate saranno comunicate attraverso i canali ufficiali dell'Associazione:

www.aaroiemac.it

www.facebook.com/AaroiEmac1

<https://twitter.com/AaroiEmac>

Newsletter mensile e/o Comunicazioni specifiche nazionali e regionali



AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia

La pagella a 5 anni di gestione della sanità in Friuli Venezia Giulia

È tempo di analisi e valutazioni sui cinque anni di operato regionale sulla salute pubblica e AAROI-EMAC Fvg, per quanto riguarda il proprio ambito di competenza, dà i voti a chi ha gestito la sanità in Fvg in questo lungo periodo. Non è un report GIMBE, ma a differenza di GIMBE, questa analisi proviene direttamente dagli operatori della prima linea di intervento ed è assolutamente gratuita.

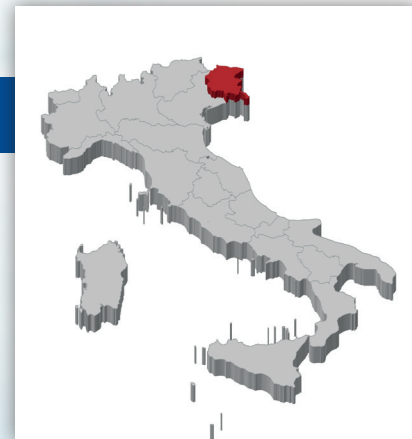
- Abilità nell'attribuire la colpa di ritardi, inefficienze, insufficienze e carenze del nostro Sistema Sanitario Regionale a gestioni precedenti e ad eventi naturali, climatici e geopolitici (tempesta Vaja, incendi, alluvioni, terremoti e guerre): voto 8
- Mobilitazione di risorse economiche a favore generico del SSR: **voto 8** (avremo tanti muri, ospedali nuovi, case della salute, robot in ogni dove, ma sempre meno medici).
- Mobilitazione di risorse economiche a favore specifico del personale del SSR: **voto 4** (retribuzioni e voci accessorie tra le più basse d'Italia, incentivi minimi, premialità assenti, incarichi non attribuiti e straordinari non pagati)
- Misure e disposizioni legislative specifiche finalizzate al reperimento di medici ed infermieri dell'ambito emergenza-urgenza: **voto 10** per la Legge Regionale n.8 del 9 giugno 2022 (ma **voto 5** per la non avvenuta applicazione degli aspetti retributivi ed organizzativi)
- Ruolo della Direzione Centrale Salute sul sistema salute: **N.V. non valutabile**. Ruolo ombra nella pandemia COVID-19 per il resto chiedere a Rai 3, trasmissione "Chi l'ha visto?"
- Capacità di scelta e selezione dei migliori manager per gestire le aziende sanitarie: **voto 4** (elevato tasso di rinuncia, fuga, censura e spostamento coatto da un'azienda ad un'altra)
- Ruolo di ARCS, "azienda zero" del Fvg: **voto 0** (voto zero per un'Azienda Zero che in altre Regioni ha ge-

stato tutto). Un'Azienda Regionale di Coordinamento che non ha coordinato nulla, nemmeno l'unica strut-

tura sanitaria interna che aveva, vale a dire la SORES.

Voto 2 per la sospensione di un concorso pubblico e per la nomina di un Direttore di Struttura Complessa con "lo spadone medievale" (con tutto il rispetto per la tradizionale messa di Cividale). **Voto 1** per aver bocciato e scartato centinaia di infermieri all'ultimo concorso e per "regalare" anche questi al privato.

- Progressi nell'informatizzazione del SSR: **voto 3**. Ancora ad oggi gli operatori di un'azienda non possono vedere i dati sanitari di indagini ed esami fatti in un'altra azienda. Ad oggi non esiste una informatizzazione aziendale o regionale delle cartelle cliniche; la telemedicina è una chimera nonostante fosse stata indicata come uno degli obiettivi primari della riforma sanitaria.
- Capacità di ascolto, condivisione, coinvolgimento degli operatori sanitari, dei tecnici e delle organizzazioni di categoria e rispetto della libertà di espressione e di libero dissenso: **voto 2**. Sono stati cinque anni di "controllo" degli operatori sanitari e di ripercussioni su progressioni lavorative aziendali e nomine di responsabili di struttura per i medici "non allineati".
- Presenza e "fumo" sui social media: **voto 10** per una attentissima e studiata campagna di immagine con presenzialismo spinto su ogni premio e pubblicazione dei sanitari, su ogni donazione e segnalazione dei cittadini, su ogni inaugurazione o festa locale.

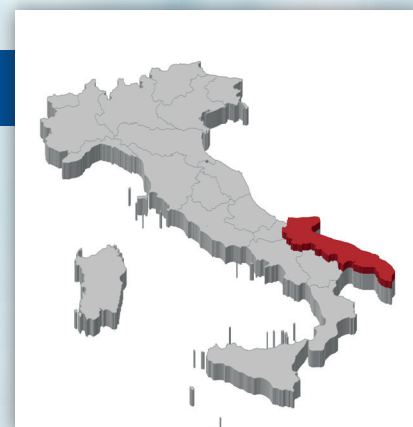


- Gestione pandemia CoViD 19:
 - **voto 3** per aver taroccato i numeri dei posti letto di Terapia Intensiva trasmettendo al Ministero dati non reali (e voto 10 agli Ispettori del Ministero che hanno evidenziato un tanto)
 - **voto 2** per il parametro "eccesso di mortalità", secondo dato peggiore nazionale e sette volte superiore a quello della Liguria che presenta età media e percentuale di popolazione over 60 anni superiore al Fvg. Tale dato tiene in considerazione la mortalità per qualsiasi causa, non solo CoViD 19.
 - **voto 8** per la campagna vaccinale (ma voto 2 per aver sottaciuto e lasciato sfuggire alle maglie dei controlli regionali un noto direttore no vax)
- Fidelizzazione ed attrazione del personale sanitario SSR: **voto 3**. Elevatissimo e peggiore tasso di sempre di sfiducia, demotivazione, frustrazione, fuga, trasferimento e licenziamento degli operatori. Peggior regione d'Italia per tasso di non iscrizione e abbandono dalle Scuole di Specialità.
- Utilizzo di grandi somme di denaro pubblico per acquistare prestazioni e professionisti dall'ambito privato invece che investirli sui dipendenti, sulle incentivazioni e sulle premialità che ne evitassero la fuga con totale svendita al Privato di interi rami d'azienda pubblica (Pronto Soccorso, PPI, postazioni di ambulanza): **voto 8** per cooperative ed imprenditori bravi ad accaparrarsi un tanto, voto 2 per cittadini ed operatori.
- PEU Piano dell'Emergenza Urgenza: **voto 3,5**. Una riforma codificata, programmata, promessa e sbandierata per 5 anni fino all'ultimo giorno di mandato, ma mai attuata. Professionisti presi in giro e mai ascoltati. Sistema emergenza urgenza alla totale deriva, senza una strategia, senza progetti seri, senza una direzione unica, senza automediche, senza professionisti, con una centrale operativa che lentamente affonda con i marinai allo stremo e in fuga e con previsioni future nefaste.

AAROI-EMAC Puglia

Il Presidente AAROI-EMAC Puglia su Antenna Sud

Il Presidente AAROI-EMAC Puglia, Dr Antonio Amendola, negli studi di Antenna Sud ha descritto le criticità della sanità pugliese rispondendo alle domande della giornalista Ilaria Delvino.



Il video al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=31812>

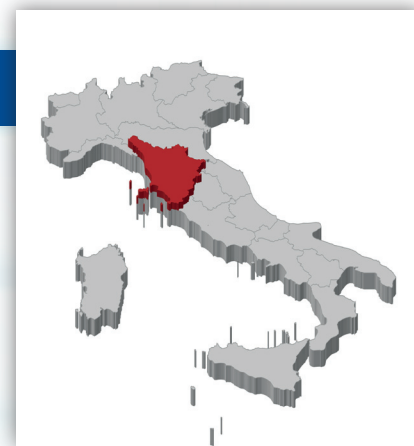


AAROI-EMAC Toscana

AAROI-EMAC Toscana a Linea Diretta su TVR – TELEITALIA

Il Dr Luigi De Simone, Presidente AAROI-EMAC Toscana e Vice Presidente Nazionale Area Centro, e la Dr.ssa Chiara Gasperini, Delegata Scientifica AAROI-EMAC Toscana, hanno partecipato ad un focus dedicato alla sanità, ed in particolare al lavoro degli Anestesisti Rianimatori e dei Medici di Emergenza Urgenza, su TVR – TELEITALIA.

Un'occasione per approfondire la situazione sanitaria regionale e per descrivere il lavoro in prima linea ma anche per parlare delle attività svolte dall'AAROI-EMAC e del ruolo che l'Associazione svolge per i propri iscritti.



Il video al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=31925>



Emergenza-Urgenza. Siglato il Manifesto di Firenze

Dopo la Carta di Riva siglata nel Settembre 2021, nella giornata conclusiva del terzo Congresso Nazionale di Emergenza Urgenza – sabato 1 Aprile – è stato firmato il Manifesto di Firenze: un documento in 20 punti per tracciare “il futuro di un sistema di emergenza-urgenza sanitaria nazionale equo e sostenibile e al fine di rispondere ai bisogni della cittadinanza in termini di eccellenza, equità del servizio e sua standardizzazione”.

L'impegno è a “lavorare insieme alla riforma del sistema, ognuno nelle rispettive aree di competenza, per

giungere a un disegno di legge adeguato che superi le frammentazioni e le differenze e accolga e declini nel modo più opportuno ed efficace le istanze tecnico-professionali, fornendo alle Regioni un'organizzazione attuabile e sostenibile e ai Cittadini utenti un servizio sanitario che garantisca standard di elevato livello aggiornati alle linee guida e al progresso tecnologico”.

Tra i firmatari del documento c'è anche l'AAROI-EMAC.

Di seguito il Manifesto siglato:

Manifesto di Firenze Per l'area dell'Emergenza Urgenza Sanitaria

Per il futuro di un sistema di emergenza-urgenza sanitaria nazionale equo e sostenibile e al fine di rispondere ai bisogni della cittadinanza in termini di eccellenza, equità del servizio e sua standardizzazione,

Per garantire le opportune implementazioni delle competenze nelle professioni, il riconoscimento di tutte le figure, lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi e di monitoraggio, l'implementazione dei sistemi tecnologici, ma soprattutto, a garanzia della qualità e della sicurezza del servizio e della sua sostenibilità e integrazione con il sistema ospedaliero,

A due anni dalla Carta di Riva, documento condiviso ai massimi livelli tra tutti gli attori principali del sistema di emergenza urgenza sanitaria, si intendono riaffermare i principi in essa contenuti e tracciare le condizioni necessarie alla riforma del sistema.

I firmatari del presente MANIFESTO convengono nell'individuare come fattori necessari all'evoluzione del sistema:

- 1- Implementare** una rete di soccorso gestita per livelli di complessità della risposta sanitaria, creando una reale integrazione tra la rete ospedaliera e la rete territoriale (D.M. 70 e 77);
- 2- Implementare** su tutto il territorio nazionale il Numero Unico di Emergenza 1.1.2., come già stabilito dalla Legge 124/2015;
- 3- Istituire** un coordinamento di livello regionale, con funzione di governo clinico e gestione organizzativa, delle centrali operative sanitarie (PSAP2), con relativo superamento dell'attuale frammentazione a livello nazionale e regionale;

- 4- Inserire** nell'ambito del sistema di coordinamento e governo regionale sopra menzionato la risorsa Elisoccorso, prevedendo standard aeronautici, tecnico-logistici, operativi e formativi condivisi, anche in ambito di operatività extraregionale;
- 5- Procedere verso una capillare ottimizzazione** dei sistemi tecnologici, oggi estremamente diffusi, al fine di consentire la trasmissione e la condivisione di dati e immagini nonché una agevole attività di valutazione e monitoraggio dei sistemi e delle relative prestazioni;
- 6- Standardizzare**, a livello nazionale, le indicazioni relative alla tipologia di mezzi di soccorso impiegati in emergenza urgenza, le relative dotazioni (apparati tecnologici, dispositivi medici e farmaci) e la composizione degli equipaggi;
- 7- Individuare e attuare percorsi per ovviare alla grave carenza di personale medico** con strategie mirate al reclutamento di specialisti (MEU e ARTID), valorizzando l'identità e la formazione del medico specialista in Medicina di Emergenza Urgenza, attraverso un curriculum omogeneo sul territorio nazionale che si rifaccia alle competenze certificate dalle Società Scientifiche nazionali ed internazionali, anche per l'emergenza urgenza pediatrica;
- 8- Garantire in fase transitoria la presenza su tutto il territorio nazionale delle competenze** di cui sopra, anche attraverso interventi formativi mirati su figure professionali di differente derivazione;
- 9- Colmare l'attuale carenza di personale infermieristico** attraverso un'attività di programmazione puntuale nell'ambito della Laurea infermieristica e una valorizzazione **delle competenze infermieristiche avanzate**, istituendo la Laurea Magistrale ad indirizzo clinico in Emergenza Urgenza;
- 10- Contrattualizzare** tutto il personale medico e infermieristico nell'alveo del SSN, prevedendo per questi professionisti un sistema specifico incentivante;
- 11- Applicare** nelle realtà operative quanto già previsto dalle normative su Triage, Osservazione Breve (OBI) e piani di sovraffollamento;
- 12- Organizzare** il lavoro di Pronto Soccorso per percorsi, attivando strategie per velocizzare la gestione intra ed extraospedaliera dei codici minori (Fast Track e See and Treat), valorizzando la funzione e le strutture della Medicina del Territorio;
- 13- Rendere operativo e omogeneo** quanto previsto dal D.M. 77/2022 (rispetto PNRR M6) in materia di implementazione del NEA 116117 su tutto il territorio nazionale, al fine di prendere correttamente in carico i bisogni di assistenza non urgente della cittadinanza;
- 14- Riconoscere** a livello legislativo le figure del soccorritore e dell'autista soccorritore e stabilirne gli opportuni percorsi formativi, valorizzando ed integrando il ruolo delle reti nazionali del volontariato. **Standardizzare** l'iter formativo e l'operatività della figura del soccorritore e dell'autista soccorritore e integrare in maniera operativa e omogenea il volontariato nel sistema di emergenza pre ospedaliera;
- 15- Definire** a livello legislativo la figura dell'operatore tecnico della centrale operativa, attingendo in via esclusiva a personale dipendente del S.S.R.;
- 16- Implementare** servizi di psicologia dedicati al personale operante nell'area di emergenza urgenza, al fine di prevenire burn out e disturbi da stress lavoro correlati;
- 17- Individuare** metodiche standardizzate di risposta a eventi di maxiemergenza, pre ospedaliera, intra ospedaliera e relativa ai grandi eventi;
- 18- Adottare** un sistema di finanziamento coerente derivante da criteri uniformi sul territorio nazionale, applicati alla programmazione regionale e delle province autonome;

19- Istituire un organismo di verifica e indirizzo, con l'obiettivo di realizzare la riforma del Sistema, in seno al Ministero della Salute, con il concorso di Società Scientifiche di settore e Regioni;

20- Individuare per tutto il territorio nazionale, indicatori standardizzati di monitoraggio, sia di esito che di processo.

I firmatari di questo Manifesto, professionisti, società scientifiche e associazioni, SI IMPEGNANO

a lavorare insieme alla riforma del sistema, ognuno nelle rispettive aree di competenza, per giungere a un disegno di legge adeguato che superi le frammentazioni e le differenze e accolga e declini nel modo più opportuno ed efficace le istanze tecnico-professionali, fornendo alle Regioni un'organizzazione attuabile e sostenibile e ai Cittadini utenti un servizio sanitario che garantisca standard di elevato livello aggiornati alle linee guida e al progresso tecnologico.

Aaroi Emac, AcEMC, Aniarti, Anpas, Cives, Coes, Cosmeu, Cnsas, Gft, Hems, Siems, Irc, Siiet, Società italiana medicina di montagna, Simeu, Simeup, Simmed, Sismax

L'INTERVENTO DEL PRESIDENTE NAZIONALE AL CEU2023

Il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, ha partecipato al Talk Show "Il medico in emergenza fra tentazioni e sacrifici" nell'ambito del Congresso Nazionale Emergenza Urgenza in corso a Firenze.



Guarda il video al link:
<https://bit.ly/40SI6ID>



Le priorità della Confederazione Presentate al Ministro della PA

Nel corso dell'incontro tra i vertici COSMED e il Ministro della Pubblica Amministrazione, Paolo Zangrillo, che si è svolto il 3 marzo, è stato consegnato un documento contenente le priorità della Confederazione di cui anche l'AAROI-EMAC fa parte.

Di seguito il testo del Documento COSMED:

RESTITUIRE CENTRALITÀ E DIGNITÀ AL LAVORO PUBBLICO

È ormai a tutti evidente la difficoltà per il SSN e per le Istituzioni pubbliche di reperire professionalità e competenze qualificate. I giovani, in particolare, vedono con favore il settore privato e le attività libero professionali. La difficoltà di reperire figure specialistiche alimenta il ricorso ad un mercato di prestatori d'opera estranei al sistema che precarizzano l'organizzazione del lavoro. È noto che l'Italia è agli ultimi posti nell'unione europea per numero di dipendenti pubblici e per l'entità della loro remunerazione. Inoltre l'età media dei pubblici dipendenti è molto elevata e si prospetta una gravissima e imminente ulteriore carenza di personale. La drammatica situazione del SSN ormai chiaramente inadempiente con liste d'attesa inaccettabili, le evidenti difficoltà nell'attuazione del PNRR, il ritardo nell'erogazione dei servizi pubblici richiedono una politica di investimenti con particolare riguardo alla valorizzazione professionale ed economica dei dipendenti e della dirigenza pubblica. È una strada obbligata per la difesa dei servizi e dei diritti fondamentali dei cittadini.

1) LA NECESSITÀ DI UN PERCORSO DI RIFORME

una riforma della P.A. che valorizzi le diverse e specifiche funzioni (in particolare un testo unico per la dirigenza sanitaria) La pubblica amministrazione non è più soltanto un apparato burocratico-amministrativo, la stragrande maggioranza dei dipendenti pubblici sono impegnati nell'erogazione diretta di servizi ai cittadini (scuola, sanità,

sicurezza). Occorre superare l'impianto normativo ancora legato in qualche modo al testo unico degli impiegati civili dello Stato. La necessità di rendere le norme coerenti con funzioni diversificate e ormai altamente specialistiche comporta un processo riformatore. In particolare la Dirigenza sanitaria non può essere ingabbiata in uno schema rigido di pubblico impiego. Si parte dalla Dirigenza sanitaria perché è quella che risente maggiormente di un problema di reclutamento e di attrattività, ma anche le altre macro-categorie del pubblico impiego devono potersi sviluppare in un contesto normativo coerente con le caratteristiche del servizio reso ai cittadini.

superare l'amministrazione difensiva Il processo decisionale decisivo per l'efficacia e l'efficienza dei provvedimenti attuativi risulta rallentato non solo dalla complessità dell'iter ma anche dalla cosiddetta "paura della firma". In particolare vanno attenuate le responsabilità civili e di rivalsa sul Dirigente da parte della Corte dei conti anche in caso di generica colpa. L'estensione a tutta la Dirigenza pubblica delle previsioni già operative da anni per la Dirigenza sanitaria (Legge Gelli Bianco) e per la Magistratura con un limite al risarcimento in sede di rivalsa contribuirebbe in maniera decisiva a rendere più agile e sereno tutti i procedimenti della Pubblica Amministrazione.

recuperare una carriera dirigenziale in condizioni di indipendenza e autonomia rispetto ai vertici politici delle Amministrazioni. Occorre far leva sull'unico elemento che distingue il lavoro pubblico da quello privato: la possibilità di una carriera. Tuttavia deve essere valorizzata l'indipendenza e l'autonomia della pubblica Amministrazione a cui va ricondotta la gestione dei provvedimenti nel rispetto della separazione tra prerogative della politica e ruolo della Dirigenza. Tale indipendenza comporta autonomia anche nelle progressioni e nella determinazione delle carriere. L'indipendenza e l'autonomia della Pubblica Amministrazione sono un obiettivo di civiltà e di garanzia per i diritti fondamentali dei cittadini.

2) PROVVEDIMENTI NEGOZIALI E DI INCENTIVAZIONE ECONOMICA

Finanziare e negoziare i contratti senza ritardi Insoportabile il continuo rinvio della contrattazione in particolare la Dirigenza con contratti scaduti il 31.12.2018, a distanza di oltre 4 anni ha appena aperto la contrattazione in 2 aree mentre mancano ancora perfino gli atti di indirizzo di altre 2 aree. In realtà dovrebbe essere concluso anche il contratto successivo già scaduto il 31.12.2021, come avviene nel privato. La legge di bilancio ha riproposto la consuetudine di finanziare i contratti solo nell'ultimo anno di vigenza. La busta paga dei dipendenti pubblici con due indennità di vacanze contrattuali è emblematica. Non è tollerabile viaggiare con due contratti di ritardo a maggior ragione con la ripresa dell'inflazione. Occorre accelerare l'intero iter anche ricorrendo ad acconti (un segnale anche se troppo timido è giunto con l'una tantum del 2023) ponendo fine ad una speculazione sui ritardi da parte di Amministrazioni centrali e del sistema delle autonomie.

Definire una contrattazione decentrata con tempi certi Il completamento della contrattazione integrativa viaggia senza scadenze certe, diluisce ulteriormente l'erogazione delle risorse con un ulteriore allungamento dei tempi di liquidazione delle risorse contrattuali. In tal senso devono agire i contratti nazionali di lavoro anche per la credibilità del sistema incentivante che non può essere differito o addirittura retroattivo rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

Aumentare i salari per rilanciare la produttività L'Italia è l'unico Paese OCSE in cui i salari sono calati nel 2020 rispetto al 1990 mentre in Francia e Germania aumentavano di quasi un terzo. Esiste un nesso inevitabile tra bassi salari e produttività. Superare il precariato, incentivare la produttività e valorizzare le risorse umane.

Detassare aumenti contrattuali e salari legati alla produttività Estendere al settore pubblico la detassazione legata alla produttività già operante nel settore privato, anche per evitare una concorrenza sleale tra sanità pubblica penalizzata e sanità privata. Rinnovare i contratti scaduti da 4 anni al 4 % lordo ovvero per la Dirigenza circa il 2% netto con

un'inflazione che ha raggiunto il 10% è irrealistico, punitivo e disincentivante, indispensabile agire con la leva fiscale in analogia con il trattamento dei dipendenti privati.

Estendere ai dipendenti pubblici i benefici del welfare aziendale I benefici del welfare aziendale con esclusione dal reddito imponibile di servizi ai dipendenti largamente applicato nel settore privato vanno estesi con urgenza ai dipendenti pubblici

Valorizzare la fidelizzazione al servizio pubblico, l'esempio dell'indennità di esclusività di rapporto. L'indennità di esclusività di rapporto nella Dirigenza sanitaria è un esempio di valorizzazione di un elemento di fidelizzazione al sistema pubblico. Essa va difesa, valorizzata e estesa a tutte le figure professionali operanti nel sistema in particolare per i dirigenti delle funzioni centrali la cui applicazione è incompleta e disomogenea e i dirigenti delle professioni sanitarie del SSN che ne sono sprovvisti. Occorre omogeneità in questo elemento a fronte di un investimento davvero minimo come entità economica.

Superare le ingerenze politiche sulla contrattazione, l'emblematica questione del comma 687 legge di bilancio 2017 L'ingerenza politica sulle prerogative contrattuali si è manifestata con una disposizione nella legge di bilancio del 2017 che imponeva il passaggio della Dirigenza PTA del SSN all'area sanitaria. Tale norma già due volte rinviata dal Parlamento ma non ancora abrogata si ripropone ad ogni rinnovo del contratto quadro preliminarmente all'avvio della contrattazione determinando potenziali ritardi nell'avvio della contrattazione.

Migliorare le condizioni di lavoro e favorire un'effettiva staffetta generazionale Ipotizzare una reale staffetta generazionale, tenendo conto dell'età elevata della dirigenza e della necessità di formazione dei neo assunti con articolazioni di lavoro che incentivino la permanenza in servizio. Si tratta di recuperare un "buco" generazionale dovuto al prolungato blocco delle assunzioni. Infine il futuro del servizio pubblico dipenderà sempre più dalla sua capacità di riformarsi prestando la massima attenzione alle condizioni di lavoro sia in termini di carichi di lavoro che di conciliabilità dei tempi di vita e di lavoro.

APPUNTAMENTO

Il 21 Aprile 2023 si svolgerà a Roma, Palazzo Altieri, il Congresso Nazionale COSMED - la Confederazione Nazionale Medici e Dirigenti di cui l'AAROI-EMAC fa parte - dal titolo "Quale dirigenza per il Ssn e la PA? Convegno Cosmed. Nuovi ruoli e nuovi percorsi per un servizio pubblico adeguato ai nuovi bisogni".

Informazioni al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=32033>



Previdenza

Il fenomeno dei “migranti previdenziali”

Andare in pensione dove si pagano meno tasse. Una moda che i nostri connazionali seguono da tempo, compreso un numero sempre più considerevole di Medici.

I “migranti previdenziali” cercano condizioni di vita rilassate e agiate, climi miti, ma anche realizzazione personale. Il coraggio di fare una scelta comunque dirompente, come quella di espatriare dopo una vita trascorsa in Italia, restituisce soddisfazione e adrenalina.

Naturalmente c'è anche una motivazione economica. La tassazione italiana sulle pensioni va dal 23 al 43% in base al reddito, mentre in Spagna, Francia e Germania la prima aliquota non supera il 9,5% e in Ungheria, Slovacchia, Bulgaria e Lituania le pensioni sono addirittura esenti da tasse.

Un pensionato italiano può quindi decidere di trasferirsi all'estero e sottoporsi alla tassazione del nuovo paese di residenza. Questo perché l'Italia ha stipula-

to accordi bilaterali con Paesi Europei e Extraeuropei per evitare la doppia imposizione fiscale, che imporrebbe di pagare sia le tasse italiane sia quelle del paese di nuova residenza.

Per essere considerati residenti all'estero ai fini fiscali è necessario: “non essere stati iscritti nell'anagrafe delle persone residenti in Italia”, “non avere avuto il domicilio in Italia” e “non aver avuto dimora abituale in Italia” per più della metà dell'anno (183 giorni).

I cosiddetti migranti previdenziali hanno mete per loro particolarmente attrattive, come Portogallo, Tunisia, Isole Canarie, Bulgaria, Albania, Cipro in cui si stanno formando piccole comunità di italiani che trascorrono la loro vecchiaia lontani dal Belpaese.

La possibilità di ottenere un beneficio fiscale dipende, in primis, dalla possibilità di perdere la residenza fiscale italiana. Se il pensionato si trasferisce all'estero ma mantiene la residenza in Italia non ha diritto ad alcuna agevolazione.

Per poter lasciare la residenza fiscale italiana occorre rispettare le seguenti regole (art. 2, co.2 del Dpr 917/86):

1) cancellarsi dall'Anagrafe della popolazione residente e iscriversi all'Aire (anagrafe degli italiani residenti all'estero). La mera dimenticanza comporta una presunzione di residenza in Italia difficile da vincere;

2) Soggiornare in Italia meno di 183 giorni. È opportuno che il pensionato mantenga un "diario" per dimostrare agevolmente la propria residenza estera ed evitare contestazioni;

3) Non mantenere in Italia il proprio "centro di interessi vitali". «Questo è il criterio più importante in quanto viene spesso utilizzato dall'Agenzia delle Entrate per contestare la residenza in Italia. Per esempio non si dovrebbero mantenere in Italia immobili, rapporti con intermediari finanziari e neanche lo stesso conto corrente su cui è accreditata la pensione».

Per decidere quale aereo prendere bisogna anche analizzare molti aspetti e diventa centrale in particolare passare in rassegna le convenzioni tra singoli paesi.

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

I Paesi con il Fisco Light

Tassazione applicata ai vitalizi percepiti all'estero dai lavoratori privati.

Fonte Sole24ore.

RESIDENZA ESTERA	ESENZIONE IRPEF IN ITALIA	REGIME FISCALE PAESE DI RESIDENZA	COSTO DELLA VITA*
BULGARIA	Sì	Esenzione da imposte	-46%
CIPRO	Sì	Aliquota d'imposta max. pari al 5%	-24%
MAROCCO	Sì	Possibilità di esenzione da imposte sul 40% della pensione con aliquota max. del 23%	-60%
PANAMA	Sì	Aliquota d'imposta max. del 25%	-13%
PORTOGALLO	Sì	Possibilità di esenzione da imposte per 10 anni con il Regime Speciale per i cosiddetti "Residenti non abituali"	-26%
ROMANIA	Sì	Aliquota d'imposta del 10%	-43%
SPAGNA (ISOLE CANARIE)	Sì	Aliquote fiscali inferiori a quelle italiane, tuttavia la convenienza si riduce all'aumentare del reddito. È prevista una detrazione di imposta pari a 6.500 euro per i soggetti con più di 65 anni, che arriva a 700 per i soggetti con più di 75 anni	-26%
SUDAFRICA	Sì	Esenzione da imposte	-35%
THAILANDIA	Sì	Aliquote fiscali inferiori a quelle italiane	-36%
TUNISIA	Sì	Possibilità di esenzione da imposte sul 80% della pensione con aliquota max del 7%	-60%

Quota 103 ai nastri di partenza

L'Inps con la circolare n. 27 del 10 marzo ha puntualizzato le condizioni del pensionamento anticipato previsto, in via sperimentale, dalla recente legge finanziaria di fine 2022, con la maturazione della così detta "Quota 103".

La pensione anticipata con Quota 103 si rivolge a tutti i lavoratori dipendenti, anche del pubblico impiego, autonomi e parasubordinati e prevede almeno 41 anni di contributi e 62 anni di età da maturare entro il 31 dicembre 2023.

La decorrenza della pensione non è immediata, ma vengono applicate tre finestre mobili pari a tre mesi per i dipendenti del privato e sei mesi per i lavoratori pubblici. Specificatamente chi ha già maturato i requisiti nel 2022 avrà la pensione con decorrenza dal prossimo 1° aprile se dipendente privato o dal 1° agosto se dipendente pubblico. Chi matura i requisiti quest'anno ha una finestra di tre mesi se del comparto privato e di sei mesi se del pubblico (e comunque non prima di agosto).

Ricordiamo che i lavoratori che, pur avendo maturato il requisito per la Quota 103, decidono di rimanere in servizio, possono chiedere una somma corrisposta direttamente in busta paga pari alla contribuzione normalmente a carico del lavoratore (9,19%). Viene quindi stabilito un esonero relativo al versamento da parte del datore di lavoro con la finalità di incentivare la prosecuzione dell'attività lavorativa sull'esempio del cosiddetto bonus Maroni.

L'Inps ha aperto la procedura per consentire la presentazione delle istanze da parte dei lavoratori interessati. Le domande di pensione anticipata flessibile con quota 103 possono essere presentate attraverso i consueti canali previsti dall'istituto.

Il trattamento previdenziali degli aderenti a questo nuovo limite di pensionamento anticipato prevede una sua particolare riduzione. Infatti, l'importo massimo mensile della pensione anticipata in pagamento non potrà superare cinque volte il trattamento minimo stabilito per ciascun anno (per il 2023 l'importo è pari a 2.818,65 euro).

Quindi, chi dovesse aver diritto ad un assegno più consistente se lo vedrà decurtato fino al raggiungi-

mento del requisito anagrafico richiesto per il pensionamento di vecchiaia **pari a 67 anni**. Anche chi opta per Quota 103, come già previsto per gli aderenti a Quota 100 e a Quota 102 incorre, sino al compimento del 67° anno di età, nel divieto di cumulo con i redditi da lavoro dipendente od autonomo, ad eccezione di quelli di lavoro autonomo occasionale entro il limite di 5.000 € annui, ed è soggetto ai medesimi obblighi dichiarativi.

Per i lavoratori del pubblico impiego rimane, poi, il meccanismo di differimento dei termini di pagamento TFS/TFR. I termini non decorrono dalla cessazione del rapporto di lavoro (come di regola accade) ma dal raggiungimento del primo dei seguenti requisiti: 12 mesi dal raggiungimento dall'età per la pensione di vecchiaia: 67 anni; 24 mesi dal raggiungimento del diritto (teorico perché in realtà il rapporto di lavoro cessa) alla pensione anticipata: 41 anni e 10 mesi di contributi (42 anni e 10 mesi di contributi gli uomini). Infine chi raggiunge i requisiti (62+41) entro il 31 dicembre 2023 mantiene il diritto a poter andare in pensione in un qualsiasi momento successivo (ad esempio nel 2024 o nel 2025). Il diritto a pensione resta, infatti, cristallizzato.

20 Marzo 2023

*Dr Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali*



Attività dei Medici con un'usura finalmente possibile

Il Ministro della Salute è intervenuto recentemente a favore dei medici riconoscendo ad essi una particolare condizione di sofferenza specialmente in sede ospedaliera e per le attività di maggior impegno. Pensando per chi lavora nei reparti in prima linea, come l'emergenza e l'urgenza, ha indicato dei possibili vantaggi economici e previdenziali. Per i primi la proposta ricadrebbe nella defiscalizzazione dell'indennità di specificità medica. Per il secondo obiettivo, di natura previdenziale, l'ipotesi in studio potrebbe essere quella di dare maggior peso ai contributi pensionistici per ogni anno lavorato in questi reparti ed eventualmente favorire la loro attività riconosciuta particolarmente faticosa.

Originariamente la legge, che, per prima, ha introdotto i benefici pensionistici a favore dei lavoratori impegnati nelle attività usuranti, aveva, anche, previsto alcune prestazioni del settore sanitario, in particolare per le attività di pronto soccorso, di chirurgia d'urgenza e di rianimazione, risale a ben ventisette anni addietro il Dlgs. n.374/93 che aveva recepito quanto proposto dalla legge di riforma previdenziale, la cosiddetta "Amato", ma che nel tempo aveva avuto tutta una serie di altre disposizioni ed interventi legislativi, che ne hanno modificato e poi annullato la prospettiva proprio per i medici. Se da un canto sono state confermate alcune attività quali i lavori in galleria, nelle cave, e alla guida di veicoli pesanti, e in particolare infermieri ed ostetriche, la più importante novità è stata data dal riferimento, quale termine dell'usura, al lavoro notturno. È stato ritenuto, infatti, usurante il lavoro notturno prestato per almeno sei ore, comprensive nell'arco di tempo fra la mezzanotte e le cinque del mattino, ovvero così come è usurante l'attività di quanti, tutte le notti lavorative, sono impegnati per almeno tre ore fra la mezzanotte e le cinque.

Tale condizione viene applicata integralmente, con almeno 35 anni di contribuzione e al raggiungimento della quota 97,6 a chi abbia lavorato di notte per un numero di giorni lavorativi superiori o pari a 78 all'anno. Il beneficio si riduce per coloro che abbiano un numero di notti compreso fra 72 e 77 (quota 98,6). E ancora di più diminuisce se le notti sono fra 64 e 71: quota 99,6. Inoltre chi ha svolto lavoro notturno organizzato in turni di dodici ore consegue una maggiorazione del 50% ai fini del raggiungimento del numero di notti annue necessarie per il pensionamento con le quote.

Il riconoscimento di questa attività usurante comporta la possibilità di anticipare, di molti anni, il limite oggi previsto per il pensionamento di vecchiaia (67) ed anche quello di anzianità, con 42 anni e 10 mesi di contributi. Tuttavia non incide sull'importo del trattamento che essendo collegato ai contributi versati in tutta la vita lavorativa con la riduzione dei tempi di contribuzione non avrebbe un significativo incremento. A questo sembrerebbe mostrare interesse lo stesso Ministro che nel suo programma ha indicato di voler dare maggior peso ai contributi previdenziali per ogni anno lavorato in questi reparti.

Qui intervengono alcune facilitazioni previste dalle attuali normative. In prima linea ricordiamo i "contributi figurativi". Si tratta di una quota di contribuzione che è riconosciuta automaticamente o su domanda e in caso di particolari eventi, che non comporta costi per il lavoratore e per il datore di lavoro. Le regole della contribuzione figurativa sono spesso diverse nel lavoro pubblico, privato o nel lavoro autonomo, ma in generale, questo tipo di contributi è utile ad ogni lavoratore per maturare il diritto alla pensione e per accumulare un importo più alto dell'assegno. Ricordiamo, a questo riguardo, i periodi di svolgimento del servizio militare obbligatorio o di richiamo alle armi nelle Forze Armate che sono coperti da contributi figurativi. Ed ancora coloro usufruiscono di un'aspettativa non retribuita in caso di elezioni o nomine sindacali sono coperti da contribuzione figurativa. Esistono poi, per particolari categorie e situazioni sociali, varie possibili integrazioni e maggiorazioni con diverse percentuali di incremento. Le più evidenti sono quelle previste per il personale di volo, della marina, degli affari esteri, per i servizi in scuole all'estero, e tanti altri impegni lavorativi disagiati o pericolosi. Resta, ancora nelle proposte del Ministro, la possibilità, per chi lavora nei reparti in prima linea, di ottenere più punteggio anche ai fini della carriera. Che poi è anche un modo per incentivare i giovani a iscriversi a quelle specialità mediche meno attrattive da un punto di vista economico perché hanno poco mercato privato.

24 Marzo 2023

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)



Quali sono le differenze e le corrette modalità applicative in materia di posizioni di Alta Professionalità" (o Altissima Specializzazione) e di Responsabile di Unità Operativa Semplice UOS?

Sono due incarichi con *mission* evidentemente differenti, il primo (o i primi due) di tipo professionale, il secondo di tipo gestionale.

Un esempio che riguarda la nostra disciplina, potrebbe essere l'incarico di Responsabile di Blocco Operatorio. Il governo di un Blocco Operatorio può essere tanto di tipo clinico, orientato cioè alla gestione anestesiológica peri-operatoria, quanto anche di tipo organizzativo, e, in questo caso si potrebbe pensare a due figure di responsabili che potrebbero anche coesistere e lavorare in parallelo.

Ad esempio una UOS (meglio se Unità Semplice Dipartimentale essendo un Comparto Operatorio sovente un centro di responsabilità dagli elevati costi) con al proprio interno un incarico di Altissima Specializzazione di governo clinico. O anche una UOSD con un unico responsabile, gestionale e clinico al contempo.

È evidente come queste possano derivare da ben precise strategiche scelte aziendali.

Vorrei un parere in merito ai metodi per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali professionali se-

condo il CCNL 2016-18.

La metodologia di conferimento degli incarichi è ben descritta nell'*art. 19 del CCNL vigente*.

La scelta da parte del DG è relativamente condizionata dall'indicazione propostagli dal Responsabile della Struttura nella quale è incardinato il Dirigente cui conferire l'incarico. Quest'ultimo è attribuito in seguito alla valutazione curriculare da parte del Direttore proponente ed è funzione della tipologia nonché anche della disponibilità degli incarichi da conferire. Il metodo, se osservato in maniera trasparente ed orientato alle caratteristiche di merito, è condivisibile.

Non mi è chiaro come venga attribuita la parte variabile dell'incarico, con particolare riferimento, nel mio caso (dirigente con anzianità <5 anni), all'incarico di base.

La modalità di conferimento della variabile aziendale discende, azienda per azienda, dal regolamento del conferimento degli incarichi che è oggetto di confronto (CCNL 2016/2018 - *art. 6 lettera "d": criteri generali di graduazione delle posizioni dirigenziali*) tra *management e parte sindacale*.

Si consiglia, pertanto, di chiedere maggiori informazioni al rappresentante aziendale AAROI-EMAC per conoscere la situazione nella propria Azienda.

È lecito che le eccedenze orarie maturate nel corso dell'anno vengano al 31 Dicembre eliminate dal cartellino? Vi è una normativa che ne stabilisca la possibilità di recupero e/o pagamento?

La cancellazione delle ore al 31 Dicembre, in particolare se queste ultime sono chiaramente riconducibili ad ore realmente lavorate, non è prevista dal CCNL. Peraltro, un'eccedenza importante di ore reca inevitabilmente con sé il mancato rispetto della norma sui riposi (D. Lgs. 66/2003) per la quale, tanto il Direttore di Struttura Complessa, quanto il Direttore Generale, sono passibili di sanzioni amministrative a carattere pecuniario.

La norma contrattuale che consente il recupero delle ore di straordinario è l'art.30 che recita:

*1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 15, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., le prestazioni di lavoro straordinario sono rivolte a fronteggiare situazioni di lavoro eccezionali ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs. n. 66/2003 e, pertanto, non possono essere utilizzate come fattore ordinario di programmazione del tempo di lavoro e di copertura dell'orario di lavoro. Esse sono consentite ai dirigenti, per i servizi di guardia e di pronta disponibilità. **Esse possono 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.***

Quali sono le mansioni alle quali un'Anestesista Rianimatrice può essere adibita durante il periodo di allattamento?

Non esiste un elenco di mansioni consentite ma il medico competente stabilirà le attività possibili.

Presso la mia Azienda è stato istituito l'Organismo paritetico. Come affrontare la problematica in merito alla esonerabilità da guardie e pronta disponibilità per i medici ultra sessantaduenni?

Tale beneficio, infatti, risulta difficilmente applicabile nelle Unità Operative con una dotazione organica esigua, senza sovraccaricare il restante personale, che si troverebbe a dover sostenere un numero di guardie e pronte disponibilità superiore a quelle previste dal contratto (rispettivamente, 5 e 10 al mese). D'altra parte, applicare la norma soltanto nelle Unità Operative con una dotazione organica sufficiente a garantire il beneficio dell'esonero, apparirebbe come discriminatorio nei confronti delle Unità operative ove ciò non è possibile.

L'Organismo paritetico valuta l'esonerabilità del personale che abbia superato la soglia di 62 anni di età

anagrafica, al fine di formulare proposte all'Azienda o Ente o alle parti negoziali della contrattazione integrativa.

Quindi non decide direttamente ma esprime, nel merito, un parere di fattibilità peraltro non vincolante per l'Azienda.

A nostro parere l'esonerabilità è un principio, da perseguire o meno, indipendentemente dalla ridotta dotazione organica che, in ogni caso, dev'essere prioritariamente ed inequivocabilmente risolta.

Vorrei delucidazioni sul lavoro notturno mensile. Dal contratto si evince che il totale delle PD integrative mensili non debba superare i 10 turni, ma non è chiaro il numero di notti di guardia totali da svolgere in un mese.

L'Art. 26 del CCNL vigente recita:

Servizio di guardia

2.....Di regola, sono programmabili non più di 5 servizi di guardia notturni al mese per ciascun dirigente.

È vero che quando ci si sposta per concorso anziché per mobilità si perde l'anzianità di servizio?

La risposta alla domanda è negativa.

Il CCNL vigente affronta il caso con i seguenti articoli:

Art. 18 Tipologie d'incarico

*4. Nel computo degli anni ai fini del conferimento degli incarichi, fermi i requisiti previsti dalle disposizioni legislative in materia, rientrano i periodi di effettiva anzianità di servizio maturata in qualità di dirigente, anche a tempo determinato, **anche presso altre Aziende od Enti di cui all'art. 1 (Campo di applicazione)**, nonché i periodi relativi ad attività sanitarie e professionali effettuate con incarico dirigenziale o equivalente alle funzioni dirigenziali in ospedali o strutture pubbliche dei paesi dell'Unione Europea con o senza soluzione di continuità.*

Art. 89 Indennità di esclusività

*2. L'esperienza professionale/anzianità richiesta in tali disposizioni contrattuali si deve intendere riferita alla effettiva anzianità di servizio maturata in qualità di dirigente, anche a tempo determinato, **anche presso altre Aziende od Enti di cui all'art. 1 (Campo di applicazione)** con o senza soluzione di continuità.*

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.

SA❖QU❖RE

SAfety❖QUality❖REliability

12 - 13 Maggio 2023

ROMA EVENTI
FONTANA DI TREVI

LA MEDICINA DI AREA CRITICA

FULCRO DI UN SSN ANCORA IN BILICO
TRA NECESSITÀ DI RILANCIO
E SCARSITÀ DI RISORSE

ISCRIZIONI SU www.aaroiemac.it

CORSI VALIDI PER L'ACQUISIZIONE DI CREDITI ECM