

il nuovo Anestesista Rianimatore

MAGGIO - GIUGNO
2023
3
Anno XLIV

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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



LA MOBILITAZIONE CONTINUA NELLE REGIONI

La Convenzione
AAROIEMAC

Fondo Pensione Aperto
"Azimut Previdenza"

SAQURE 2023:
le immagini
del Meeting

Centro SimuLearn®
Il calendario
dell'Autunno

Sommario

3 **Editoriale**
La politica delle isorisorse porta al fallimento del SSN

4 **Intersindacale**
La mobilitazione si sposta nelle Regioni

8 **SAQUIRE**
Un altro successo del Meeting AAROI-EMAC
La Lectio Magistralis del Dr Giuseppe Marraro

24 **Novità**
Convenzione AAROI-EMAC Fondo Pensione Aperto "Azimut Previdenza"

27 **SimuLearn®**
Il calendario dei Corsi Ottobre – Dicembre 2023

AAROI-EMAC risponde

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

30 - **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 09-06-2023



La politica delle isorisorse porta al fallimento del SSN

"Le risorse finora rese disponibili per salvare il SSN Pubblico, ormai a rischio di fallimento, non bastano. L'Area Critica Ospedaliera e Pre-Ospedaliera, quella più in sofferenza, ha bisogno in particolare degli interventi più urgenti e consistenti, non solo sotto il profilo economico, ma anche sotto quello progettuale". È questo il messaggio che abbiamo voluto lanciare dal Meeting SAQURE e che ho ribadito anche in altre occasioni.

Dopo la pandemia – ho tenuto a sottolineare – ci saremmo aspettati che fosse mantenuto l'impegno ad un vero progetto di rilancio della Sanità Pubblica, lungamente falcidiata da una politica, adottata indifferentemente dai vari Governi di ogni colore succedutisi nel tempo, ispirata unicamente al risparmio economico. E invece, ad emergenza covid finita, quest'impegno, declamato da tutti i partiti dell'arco parlamentare fino alle ultime elezioni, non ci pare più così prioritario per nessuno di essi. Ne prendiamo atto, ma continuiamo a chiedere a gran voce, anche che il Governo in carica metta la sanità pubblica davvero al primo posto della sua agenda. Nel corso del meeting di Roma ci siamo confrontati su importanti tematiche che riguardano il nostro lavoro, analizzando e discutendo le criticità che i Colleghi devono affrontare ogni giorno, esacerbate dalla carenza di personale, in primis nell'Emergenza-Urgenza e in Anestesia e Rianimazione. Soprattutto in questi due settori, turni di lavoro sempre più insostenibili e stipendi sempre più appiattiti hanno reso nel tempo il lavoro dipendente così poco attrattivo da dover essere sostituito dal lavoro a cottimo, attraverso il quale si sta realizzando una progressiva privatizzazione di un sistema sanitario pubblico reso tale ormai solo di nome, dato che di pubblico mantiene intatto soltanto il fronte di spesa. Questo fenomeno, causato da decenni di miope ostinazione dei vari Governi Nazionali e Regionali nel voler mantenere "isorisorse" la spesa sanitaria pubblica, investe un numero ogni giorno maggiore di Aziende Sanitarie pubbliche, con evidenti e devastanti effetti collaterali dannosi non solo a carico dei loro bilanci economici, che al contrario per tale motivo registrano una crescente sofferenza, ma anche e soprattutto per quel che riguarda l'organizzazione del lavoro, del benessere lavorativo dei Colleghi che restano nel pubblico impiego e della centralità del malato.

Ho inoltre sottolineato sia in una recente intervista all'Agenzia di stampa Dire, sia nel corso della Conferenza per la sanità pubblica che si è svolta a Roma il 16 maggio che "le criticità hanno tutte un fattore comune che è la comunanza di trattamento, anche economico-stipendiale, che non fa alcuna differenza tra le varie unità operative. Stiamo parlando evidentemente dell'ambito ospedaliero, quindi sia dei medici dei diversi reparti sia di quelli che l'AAROI-EMAC rappresenta, cioè gli Anestesisti Rianimatori e i Medici di Pronto Soccorso e di emergenza: tutti, sostanzialmente, sono remunerati nella stessa maniera. C'è un ultimo sforzo da parte della politica di incentivare anche economicamente i colleghi del pronto soccorso, giustamente, ma temiamo che questo non sia sufficiente e soprattutto trascuri gli Anestesisti Rianimatori".

Sono tutti temi che stiamo in primo piano anche portando avanti in sede contrattuale dove – incontro dopo incontro – stiamo portando avanti le nostre istanze nel tentativo di riuscire ad ottenere il massimo possibile, pur consapevoli che anche il massimo non sarà mai sufficiente al riconoscimento che le categorie rappresentate dall'AAROI-EMAC meritano.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC*



Manifesto per la salvezza del Servizio Sanitario Nazionale Pubblico



Il manifesto sottoscritto dall'Intersindacale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria insieme alle Associazioni dei pazienti e dei cittadini e lanciato in occasione della "Conferenza nazionale per la sanità pubblica – Mobilitazione in difesa del SSN" del 16 Maggio 2023" che si è svolta a Roma il 16 Maggio.

Il diritto alla salute, principio fondante della Costituzione Italiana, è seriamente a rischio.

È in atto, da tempo, un processo di destrutturazione del Servizio Sanitario Nazionale pubblico che, di fatto, ha minato la sostenibilità, l'equità e l'accesso alle cure, rendendo marginale rispetto alle politiche nazionali un bene inalienabile come la salute degli italiani.

Ecco perché le Organizzazioni sindacali, che rappresentano oltre 120.000 dirigenti medici, veterinari e sanitari dipendenti del SSN e le Associazioni di cittadini e pazienti, chiedono a tutte le forze politiche un chiaro impegno in difesa del Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale.

Appare superfluo ricordare come la tempesta della pandemia Covid-19 abbia accentuato le fragilità del SSN, funzionando da acceleratore di fenomeni esistenti e cambiando definitivamente lo scenario in cui ci muoviamo.

L'Italia è fanalino di coda per quanto riguarda la spesa sanitaria in Europa, sia per valori pro-capite a parità di potere d'acquisto, sia come percentuale di Pil, con un gap vertiginoso rispetto a Paesi di riferimento come Francia e Germania. Il defianziamento pluridecennale riservato al sistema sanitario pubblico e ai suoi dipendenti ha prodotto non solo un continuo restringimento del perimetro pubblico del servizio sanitario, con la progressiva privatizzazione dei servizi sanitari, ma addirittura una crescita esponenziale dell'appalto al privato dei professionisti, sempre più raramente disposti a iniziare o a continuare a lavorare nelle strutture pubbliche, a fronte di stipendi dal potere d'acquisto sempre più basso e di condizioni di lavoro in continuo peggioramento. Ma oltre a finanziamenti adeguati, non possiamo

immaginare una sanità senza una seria riforma che affronti sia l'emergenza ospedaliera che territoriale. La crisi degli ospedali non si esaurisce nei Pronto soccorso, unica alternativa alle infinite liste di attesa, sovrappollati di pazienti ma sostenuti da pochi medici e professionisti sanitari allo stremo delle forze. E quella del territorio si manifesta con aree geografiche estese prive di medici di riferimento e di sostegno sociale per pazienti con malattie croniche, spesso non autosufficienti, invalidanti. Queste emergenze, tuttavia, non compaiono tra gli interventi prioritari dell'agenda politica.

Il diritto alla salute, che la Costituzione vuole uno e indivisibile, è oggi declinato in 21 modi diversi, causa di quelle diseguaglianze nell'accesso alle cure che costringono i pazienti ai viaggi della speranza lungo il gradiente Sud-Nord, mentre i processi di autonomia differenziata avviati dai Governi Nazionali e dalle Regioni accentueranno drammaticamente le differenze tra gruppi sociali e aree geografiche, trasformando il diritto alle cure in un bene di lusso che costringerà i cittadini a pagare le cure di tasca propria o a rinunciare all'accesso alle cure quando non potranno permetterselo.

Oggi il diritto alla salute dei cittadini è strettamente intrecciato al destino professionale di tutti gli operatori sanitari del SSN. Perciò la battaglia in difesa della sanità pubblica è la battaglia di tutti. Solo se saremo uniti potremo vincerla.

Con questo obiettivo le organizzazioni sindacali, le associazioni di cittadini e pazienti, le rappresentanze professionali avviano una mobilitazione che a partire dalle fiaccolate del 3 maggio, in onore e memoria di Barbara Capovani, attraverso questa iniziativa del 16 maggio e le prossime del 15 giugno, porterà ad una Manifestazione Nazionale a settembre a Roma.

Affinchè il volo del calabrone, la metafora utilizzata per definire il SSN alla nascita, possa continuare, ad apparente dispetto delle leggi della fisica, per tornare a considerare le risorse stanziare per la salute dei cit-

tadini come un investimento e non come una spesa sacrificabile, che decenni di tagli hanno dimostrato essere una scelta controproducente anche sotto il profilo economico.

Le sigle promotrici

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

Le Associazioni dei cittadini e pazienti che hanno aderito

ADMO Associazione Nazionale Donatori Midollo Osseo

AISLA Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica

AISTOM Associazione Italiana Stomizzati

AMICI ETS Associazione Nazionale per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino

ANED Associazione Nazionale Emodializzati

ANLAIDS Associazione Nazionale per la Lotta contro l'Aids

APSILEF Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali E Forensi

APMARR Associazione Nazionale Persone Con Malattie Reumatologiche e Rare Aps

ASSOCIAZIONE PAZIENTI BPCO

CITTADINANZATTIVA

EUROPA DONNA ITALIA

FAMIGLIE SMA Associazione che raduna affetti e genitori di affetti da Atrofia Muscolare Spinale, familiari e simpatizzanti.

FAVO Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia

FEDERASMA E ALLERGIE Federazione Italiana Paziente Odv

FINCOPP ODV Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico

FORUM TRAPIANTI

NADIR ETS

UILDM Unione italiana lotta alla Distrofia Muscolare

Guarda online il video della

“Conferenza nazionale per la sanità pubblica – Mobilitazione in difesa del SSN”, organizzata dall'Intersindacale della Dirigenza Medica, Veterinaria, Sanitaria, che è stato trasmesso anche in diretta streaming il 16 maggio e il video dell'intervento del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo.

Clicca su:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=32505>





La mobilitazione continua nelle Regioni

Salviamo la sanità pubblica: il 15 Giugno mobilitazione nelle Regioni

Il 15 Giugno la mobilitazione per la difesa del SSN sarà in tutte le Regioni con manifestazioni, sit in, assemblee in molte città italiane. Il calendario dettagliato e sempre aggiornato delle iniziative è al seguente link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=32632>

SALVIAMO LA SANITA PUBBLICA

MANIFESTAZIONI, SIT-IN, ASSEMBLEE IN TUTTE LE REGIONI GIOVEDI 15 GIUGNO

CERCA LA TUA CITTÀ E PARTECIPA AGLI EVENTI!

AOSTA

MILANO

ASTI

GENOVA

FIRENZE

ROMA

CAGLIARI

**BOLZANO
BRESSANONE
BRUNICO
MERANO**

TRENTO

UDINE

BOLOGNA

ANCONA

PERUGIA

PESCARA

ROMA

NAPOLI

CATANIA

**PADOVA
PORTOGRUARO
CONEGLIANO
LEGNAGO
JESOLO
MALCESINE
MARZANA
SAN BONIFACIO
SAN DONÀ DI PIAVE**

**CAMPOBASSO
ISERNIA
TERMOLI**

BARI

POTENZA

COSENZA

MEDICI, VETERINARI, DIRIGENTI SANITARI, ASSOCIAZIONI DI CITTADINI E PAZIENTI SI MOBILITANO IN DIFESA DEL SSN

INTERSINDACALE UNITI PER LA SANITÀ

ANAAO ASSOMED / FEDERAZIONE CIMO-FESMED (ANPO-ASCOTI-CIMO-CIMOP-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 / CISL MEDICI

SA QU RE

2023



SAQURE 2023, un altro successo del Meeting AAROI-EMAC

Per due giorni oltre 200 Medici Anestesiisti Rianimatori e dell’Emergenza-Urgenza hanno partecipato a Roma a SAQURE, il Meeting AAROI-EMAC che si è svolto il 12 e il 13 Maggio. Un confronto che ha coinvolto anche altre figure professionali su temi sindacali e di organizzazione del lavoro, sulla Responsabilità professionale correlata anche agli aspetti assicurativi, alla sicurezza dei professionisti, degli ambienti di lavoro e dei pazienti senza tralasciare gli aspetti

clinici e i temi legati alla bioetica e le linee guida. Il maggior coinvolgimento di diverse figure professionali, forse anche più che nelle precedenti edizioni, ha contribuito a rendere stimolante il Meeting. Tutti i Partecipanti hanno manifestato un gratificante apprezzamento, testimoniato anche attraverso i dibattiti interattivi che si sono sviluppati nelle diverse sessioni su tutti gli argomenti proposti.

Il Meeting è stato anche quest'anno un'occasione per affrontare argomenti che in vario grado interessano tutti i Medici dell'Area Critica nel perimetro delle Discipline ARTID e MEU. La fondamentale collaborazione di illustri esponenti delle Società Scientifiche di rispettivo riferimento specialistico è stata peculiare per un confronto costruttivo e aperto sulle importanti criticità che riguardano il Servizio Sanitario Nazionale. L'AAROI-EMAC, sempre partendo dalla formazione e dall'aggiornamento professionale – caratteristica peculiare del format SaQuRe – con il fine di individuare le migliori strategie di sostegno e di sviluppo di questi

settori, punta a diventare interprete sindacale sul piano dell'organizzazione del lavoro con i decisori politici ai vari livelli di governo della Sanità Italiana, ai quali di volta in volta va ricordato di mantenerla nelle priorità delle loro agende.

Come ogni edizione, anche questa volta dagli interventi saranno ricavati Eventi FAD, che saranno messi a disposizione non solo di chi non ha potuto partecipare in presenza, ma anche dei molti Colleghi che hanno chiesto di poter rivedere le sessioni in modalità differita.



Guarda online i video, le foto e le interviste di SAQURE 2023:
Il video e le immagini - <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=32511>
Le interviste - <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=32487>



PREMIAZIONE ABSTRACT

Nel corso del Meeting AAROI-EMAC si è svolta la premiazione del miglior Abstract. Una delle novità di SAQURE 2023 prevedeva la possibilità di inviare contributi scientifici riguardanti: "La qualità, la sicurezza e l'organizzazione dei servizi in Anestesia, Rianimazione, Terapia del Dolore ed Emergenza". È risultato vincitore l'Abstract **"Sviluppo di un'applicazione per smartphone a supporto della gestione ed attivazione di una struttura emergenziale intraospedaliera"** presentato a SAQURE dal primo autore Dr Mattia Bixio (nella foto), Medico Anestesista Rianimatore del Policlinico San Martino di Genova.







La storia dell'Anestesiologia italiana: cosa è cambiato dalle origini ad oggi

Il testo della Lectio Magistralis tenuta dal Dr Giuseppe A. Marraro a SAQURE 2023



Per descrivere e analizzare la storia dell'Anestesiologia italiana in modo oggettivo e quanto più possibile vicina alla realtà è necessario considerare a priori:

1. Come siamo nati;
2. Cosa siamo diventati a seguito delle acquisizioni che sono avvenute nel tempo;
3. Quali sono le prospettive per il prossimo futuro.

È importante valutare con attenzione come sono cambiati nel tempo:

- Centralità del paziente e migliore rapporto con i chirurghi e con gli altri specialisti con i quali l'anestesista entra a contatto nella pratica clinica giornaliera;
- Sicurezza del paziente intra e post anestesia;
- Disponibilità di farmaci e tecniche d'intubazione, possibilità di ventilare con respiratori ad alta performance e monitoraggio continuo del paziente;
- Sicurezza degli operatori. Troppi anestesisti hanno contratto gravi patologie alcune delle quali anche mortali;
- Battaglia sui sistemi di sicurezza da garantire nell'ambito lavorativo, sull'orario di servizio e sui turni di guardia.

La nostra origine

In era moderna, l'anestesia nasce non come branca medica a se stante come la medicina e la chirurgia ma come supporto alla chirurgia e al trattamento del dolore in genere.

L'anestesista quale "specialista" nasce quando si caratterizza come professionista autonomo rispetto al chirurgo, che inizialmente delegava la somministrazione degli anestetici alla suora o a un giovane medico.

La chirurgia e il suo sviluppo hanno, d'altro canto, un grande debito verso l'anestesia.

I progressi raggiunti dall'anestesia – grazie anche alle conoscenze/competenze dell'anestesista, allo sviluppo dei ventilatori meccanici, alla monitoraggio, al trattamento intensivo postoperatorio e alla possibilità d'impiego di anestetici più sicuri – hanno permesso trattamenti chirurgici complessi una volta ritenuti impossibili, quali la chirurgia a cuore aperto, lo sviluppo dei trapianti d'organo, la correzione delle patologie congenite neonatali.

L'Anestesia Italiana nasce a Torino grazie alla lungimiranza di alcuni componenti della Scuola Chirurgica Torinese, tra cui i professori Ottorino Uffreduzzi e Achille Mario Dogliotti, che si batterono affinché gli anestesisti dessero vita a una Società indipendente e non continuassero ad essere una sotto branca della Chirurgia.

Il **24 settembre 1934** presso la Biblioteca della Regina Clinica Chirurgica del Policlinico Umberto I di Roma fu fondata dal Comitato promotore composto dai professori Alessandri, Dogliotti, Tusini ed Uffreduzzi, la "**Società Italiana di Anestesia ed Analgesia**" (SIA), della quale venne nell'occasione redatto il primo **Statuto e Regolamento**.

Nel 1966 la S.I.A., a riconoscimento dell'attività intrapresa da molti soci nel campo della rianimazio-

ne e della terapia intensiva e ad affermazione del ruolo sempre più complesso svolto dall'anestesista negli ospedali italiani, assunse il nome di "**Società Italiana di Anestesia e Rianimazione**" (**SIAR**) che manterrà fino al 1979, quando al XXXI Congresso Nazionale di Pesaro mutò la denominazione sociale in "**Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva**" (**SIAARTI**).

L'ulteriore sviluppo della SIAARTI mirò alla formazione di Gruppi di Studi in ambiti specialistici quali la Terapia del dolore, le Vie aeree difficili, la Neonatologia e Pediatria, l'Ostetricia, ecc..

Nel 1976 nacque l'"Associazione Italiana per lo Studio del dolore" (**AISD**) con indirizzo verso il trattamento del dolore in genere.

Nel 1995 la "Società di Anestesia e Rianimazione Neonatale e Pediatrica Italiana" (**SARNePI**) voluta dall'AAROI per coinvolgere ed aggregare gli anestesisti rianimatori ospedalieri operanti in campo neonatale e pediatrico.

La **prima Scuola di Specializzazione** in Anestesiologia fu istituita a Torino nel 1948. Nel 1949 seguirono le scuole di Napoli e Milano, e nel 1951 le scuole di Firenze e Roma. Il 5 giugno 1965 la Scuola di Specializzazione in Anestesiologia fu trasformata in **Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione**.

Nel 1963 fu istituita a Torino la **prima Cattedra di Anestesiologia**. La stessa Università bandirà nello stesso anno il **primo Concorso Nazionale per la Cattedra di Anestesiologia** e risulteranno vincitori i Professori Ciocatto, Mazzoni e Cocchia, rispettivamente delle Università di Torino, Roma, Napoli.

Nascita dell'AAOI

Il 22 Novembre 1952, a Torino, fu firmato l'Atto Costitutivo della "**Associazione Anestesisti Ospedalieri Italiani**" (**AAOI**). Fu eletto Presidente Consuelo Tonso di Bergamo, riconfermato nella carica fino all'inizio del 1964 data della sua prematura scomparsa. Il milanese Gianni Arosio vi subentrò fino all'ottobre dello stesso anno allorché fu eletto

Presidente il palermitano Giuseppe Sangiorgi.

Dobbiamo ricordare che negli anni '50, all'epoca della fondazione della AAOI non erano ancora stati istituiti i Servizi di Anestesia.

Il periodo tra la fine degli anni '50 e gli inizi degli anni '60 fu caratterizzato da una forte sindacalizzazione dei Medici. In quegli anni nacquero l'A.N.P.O. in rappresentanza dei Primari e l'A.N.A.A.O. degli Aiuti e degli Assistenti Ospedalieri.

Nell'aprile del 1964 in un'assemblea dei soci svolta a Roma, avvenne lo storico cambio di denominazione della **AAOI** in **Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (AAROI)**, con il preciso scopo di congiungere Anestesiologia e Rianimazione in un'unica disciplina specialistica.

Nel 1976 all'Aquila fu eletto Presidente Girolamo Gagliardi di Napoli, che rimase in carica fino al 1992.

Il 16 Ottobre 2003, a Sorrento, fu costituita la **Società Italiana di Anestesia, Rianimazione, Emergenza e Dolore (SIARED)**. Presidente eletto della SIARED fu Giuseppe A. Marraro, fondatore e guida della Società per dieci anni, seguito da Adriana Palicchi nel 2013.

In occasione del 9° Congresso Nazionale AAROI, svoltosi a Ferrara nel Maggio 2009, fu deciso, da parte del Presidente Vincenzo Carpino e di tutto il consiglio direttivo, di aprire l'AAROI ai Medici dell'Emergenza e dell'Area Critica. Nacque l'**AAROI-EMAC** con l'obiettivo di raggiungere una più forte rappresentatività nell'ambito del sindacalismo medico attraverso l'inclusione di medici di altre aree specialistiche.

Negli ultimi 20 anni devono essere ricordati, tra tanti altri, due importanti realizzazioni, lo sviluppo dei programmi di Educazione Continua in Medicina (ECM) e di Simulazione, che il Sindacato ha fatto propri e implementato per la formazione culturale e scientifica dei Soci, ritenendo insufficiente la formazione e l'aggiornamento che essi ricevevano nei vari congressi, corsi e seminari.

Sin dal 2000 l'AAROI fu promotrice dei Corsi Itineranti di Educazione Continua in Medicina, accreditati dal Ministero della Salute con l'assegnazione dei crediti ECM, con lo scopo di "portare a domicilio" nelle varie Regioni Italiane l'aggiornamento specialistico per gli anestesisti. Questa modalità di aggiornamento professionale, che ha ridotto i costi economici e umani evitando lo spostamento dei partecipanti verso sedi congressuali distanti dal luogo di residenza e lavoro facendo viaggiare solo i docenti, è stata molto valorizzata e apprezzata dai colleghi.

Nel 2000 si amplia anche l'interesse per la SIMULAZIONE Avanzata in ambito medico, già sviluppata all'estero sin dalla fine degli '90. Nel 2011 iniziano i Corsi di Simulazione Avanzata per gli Anestesisti Rianimatori presso il Centro SimuLearn di Bologna, acquistato dall'AAROI-EMAC e messo a disposizione degli Iscritti.

Durante il 10° Congresso Nazionale, svoltosi a Sorrento il 20-22 Giugno 2013, dal titolo "AAROI-EMAC: Sindacato di Specialità o Sindacato Generalista?", fu eletto Presidente Alessandro Vergallo, a tutt'oggi rieletto in carica, con un chiaro programma di scelta precisa a favore della prima tesi.

Conoscenze scientifiche esistenti al tempo della fondazione della S.I.A.

All'inizio del XX° secolo, chi praticava l'anestesia faceva affidamento sull'uso di agenti anestetici e sistemi di somministrazione acquisiti in modo artigianale ed empirico durante l'era pionieristica.

L'**Etere** era infiammabile e produceva laringospasmo, nausea, vomito, e "ether pneumonia". All'epoca della sua scoperta era usato dai giovani statunitensi per "ralleggerare i loro parties" in quanto conferiva loro una "gaia ebbrezza".

In Europa l'etere fu usato per la prima volta in un intervento chirurgico nel 1846, mentre fu utilizzato in Italia per la prima volta in Italia il 2 Febbraio 1847 all'Ospedale Maggiore di Milano.

A seguito del successo ottenuto con l'etere nel 1847, l'anestesia prese successivamente quota con la scoperta ed utilizzo del **Cloroformio** che fu usato per effettuare il primo parto indolore della Regina Vittoria d'Inghilterra nel 1853.

Il Cloroformio purtroppo induceva la fibrillazione ventricolare e lentamente cadde in disuso e fu eliminato dalla pratica clinica¹.

Era in uso anche il **Protossido di Azoto**, gas non esplosivo e con un basso profilo di tossicità, la cui potenza anestetica era però poco rilevante. Noto anche come gas esilarante per gli effetti euforizzanti e dissociativi che provocava la sua inalazione, è stato in modo controverso sconsigliato nella pratica clinica perché ritenuto importante produttore di gas serra e tossico per quanti lo respiravano con notevole frequenza.

Nel 1923 fu introdotto l'**Etilene** come alternativa all'etere e al cloroformio, utilizzato principalmente negli Stati Uniti per via nasale nelle procedure dentali e orofacciali.

L'anestesia con Etilene-Ossigeno forniva un'induzione rapida e piacevole, un adeguato rilassamento muscolare e un ridotto vomito postoperatorio ma la miscela era infiammabile ed esplosiva².

La tecnica di somministrazione più utilizzata delle tre predette sostanze era il sistema aperto. L'anestesia era ottenuta gocciolando sulla maschera metallica rivestita di garze, Maschera di Ombredanne, la sostanza. Questa semplice tecnica non necessitava di una maschera facciale perfettamente aderente, era facile da controllare ed era adeguata per un'ampia gamma di procedure chirurgiche³.

Nel 1933 Waters introdusse il **Ciclopropano** che generava un'induzione rapida e regolare, non era irritante, consentiva l'uso di un'elevata concentrazione di ossigeno e forniva un buon rilassamento. La sostanza però era esplosiva e costosa⁴.

¹ Levy AG. Sudden Death under Light Chloroform Anæsthesia. Proc R Soc Med. 1914;7:57-84

² Guthrie D, Woodhouse KW. Safety Factors in Ethylene Anesthesia. JAMA. 1940;114:1846-50

³ Murphy OJ. Ether-open or closed? Br J Anaesth 1930;8:11-14

⁴ Waters RM, Schmidt ER. Anesthesia and Surgery. Ann Surg. 1937;106:788-94

L'impiego del **Ciclopropano** nella pratica clinica condizionò l'introduzione dei circuiti chiusi e delle valve unidirezionali per la ventilazione. La capacità di assistere e controllare la ventilazione divenne una necessità, perché il farmaco provocava depressione respiratoria.

Tappa successiva fu lo **sviluppo degli inalatori**. Erano dispositivi che combinavano la maschera facciale e la fonte dell'agente anestesiológico in un'unità portatile compatta con possibilità di regolare la concentrazione del vapore anestetico. Gli inalatori erano imprecisi e ingombranti e la maggior parte di essi furono abbandonati dopo la Prima Guerra Mondiale.

In epoca storica, un'importante testimonianza di **intubazione endo-tracheale** e respirazione artificiale sugli animali risale al 1543 quando Vesalio fece notare che la sua esecuzione poteva in alcuni casi salvare la vita. La sua dimostrazione rimase quale "voce nel deserto".

Fino alla Seconda Guerra Mondiale, pochi medici che praticavano l'anestesia tentarono di inserire un tubo in trachea anche se nel 1869 il chirurgo tedesco Friedrich Trendelenburg aveva compiuto la prima intubazione di un uomo sotto anestesia.

Durante gli anni della Seconda Guerra Mondiale, Magill e Macintosh implementarono l'applicazione dell'intubazione. Nel 1943 Macintosh RR introdusse la lama laringoscopica curva intercambiabile invece delle usate lame lunghe e rette per favorire una migliore visione delle corde vocali e dell'accesso laringeo. Nel 1951 Magill IW introdusse nella pratica anestesiológica il tubo endotracheale ricurvo e la pinza che prende il suo nome, usata per posizionare adeguatamente il tubo tra le corde vocali durante l'intubazione.

Sviluppo delle conoscenze scientifiche dopo la fondazione della S.I.A.

La rapida evoluzione dell'anestesia è avvenuta progressivamente con lo sviluppo degli anestetici

endovenosi, degli analgesici, dei curari e dei ventilatori meccanici.

Il **Tiopentone Sodico**, introdotto nella pratica clinica nel 1936, ha fornito un'induzione dose-dipendente, rapida e piacevole, anche se esponeva al rischio di depressione e arresto respiratorio in caso di sovradosaggio⁵.

Nel 1942 l'introduzione del curaro (**d-tubocurarina**) da parte di Griffith HR rivoluzionò la pratica dell'anestesia in quanto consentiva il rilassamento muscolare senza avere la necessità di un livello di anestesia profondo e pericoloso⁶.

Il Tiopentone e il curaro furono somministrati a dosaggio utile per mantenere la ventilazione spontanea. Sfortunatamente la d-tubocurarina aveva un piccolo margine di sicurezza tra la dose efficace (risparmio del diaframma) e il sovradosaggio per cui l'operatore doveva essere pronto ad assistere manualmente la respirazione spontanea qualora fosse diventata insufficiente.

Nel 1937, **Thomas Philip Ayre** (1901-1979) del Dept. Anaesthetics Royal Victoria Infirmary, Newcastle upon Tyne, UK, introduce il "Ayre's T piece" per ventilare durante la chirurgia per il labbro leporino. Questo modello di ventilazione permetteva in modo molto semplice la ventilazione intermittente a pressione positiva, metodo che ha rivoluzionato l'assistenza respiratoria in anestesia e rianimazione.

Nella seconda e terza decade del XX secolo, fu sviluppato l'apparecchio per anestesia in una struttura autoportante con bombole montate per il protossido di azoto e per l'ossigeno, agente anestetico (etere) e flusso continuo di gas controllato con flussometri e vaporizzatori.

Fino agli anni '50 l'interesse principale dell'anestesia era rivolta a quella inalatoria perché permetteva la conservazione della ventilazione spontanea del paziente. L'anestesia veniva modulata rispetto alla

⁵ Levy AG. Sudden Death under Light Chloroform Anæsthesia. Proc R Soc Med. 1914;7:57-84

⁶ Guthrie D, Woodhouse KW. Safety Factors in Ethylene Anesthesia. JAMA. 1940;114:1846-50

frequenza respiratoria, evitando la depressione respiratoria. Quando la ventilazione spontanea diventava insufficiente, veniva assistita ma raramente controllata.

La situazione è cambiata negli anni '50, dopo la sintesi (Dorkins HR, 1949) e l'impiego clinico della **succinilcolina**. La sostanza forniva un rilassamento muscolare rapido e profondo con condizioni ottimali per l'intubazione endotracheale. Il metabolismo era rapido e in qualche minuto si otteneva il rapido ritorno al respiro spontaneo⁷.

Nel 1950, **Jackson Rees**, del Liverpool Children's Hospital, UK, modificò l' "Ayre's T piece" creando un sistema in grado di controllare meglio la ventilazione. Da questo sistema si sono evoluti successivamente i due sistemi di ventilazione manuale: "autoinflating bag" (AMBU) e "flow inflating bag" ("va e vieni"). Mentre l'AMBU è diventato indispensabile per le emergenze respiratorie, il "va e vieni" si è reso indispensabile per la corretta protezione del polmone durante la ventilazione manuale permettendo di applicare una PEEP per favorire il reclutamento delle aree polmonari a picchi respiratori ridotti.

Nel 1951 venne effettuato a Torino il primo intervento a cuore aperto.

L'**Alotano** venne sintetizzato nel 1951 da Charles Suckling. Agente non combustibile, relativamente non tossico e a rapida azione, fu introdotto nella pratica clinica nel 1956. Il suo rischio maggiore era dovuto alla depressione respiratoria che provocava e per questo motivo fu suggerito il uso iniziale soltanto negli Istituti Universitari⁸.

Dall'**Alotano** sono derivati in successione l'Enflurane, l'Isoflurane, il Desflurane e gli odierni Sevoflurane e Metossiflurane.

Negli anni successivi, "l'anestesia bilanciata" divenne la tecnica predominante⁹.

Nel 1959 Norlander OP e Engstrom CG costruirono l'**Engstrom Ventilator 150** che fu utilizzato per

lungo tempo per il controllo della ventilazione sia in anestesia sia in rianimazione.

Bisogna attendere la fine degli anni '60 per l'arrivo del Servo Ventilator A Siemens dotato di un "Electronic Flow Interrupter System" che superava il sistema a concertina utilizzato sino ad allora. Il rischio connesso al blocco della concertina era presente continuamente ma si presentò nella sua gravità (sviluppo di pneumotorace) quando si iniziarono a usare gas umidificati e riscaldati per ventilare a lungo i pazienti.

Ad oggi (2023) disponiamo di varie tecniche anestetiche: anestesia generale, anestesia loco-regionali, anestesia subaracnoidea, anestesia peridurale, anestesia dei nervi ed anestesia locale. Queste tecniche sono praticate con un ampio margine di sicurezza grazie ai progressi tecnico-farmacologici del secolo scorso. Le principali tecniche attuali di somministrazione degli anestetici in anestesia generale sono quella endovenosa e quella inalatoria, e con più frequenza quella che prevede la combinazione delle due. Tra i farmaci più utilizzati vi sono il sevoflurano, l'isoflurano ed il desflurano per le anestesi generali gassose; il tiopentone sodico (in via di eliminazione), le benzodiazepine, il midazolam, il diprivan e la ketamina, per le anestesi endovenose e miste; la procaina, la clorprocaina, la lidocaina, la bupivacaina per le anestesi loco regionali. Per il trattamento del dolore lieve sono usati i FANS riservando l'uso degli oppioidi per il trattamento del dolore grave.

Nascita della Rianimazione e sviluppo della terapia intensiva

Per la Rianimazione e più appropriatamente per la Terapia Intensiva si può fissare la data di nascita al 1952 durante l'epidemia di Poliomielite nei paesi del Nord Europa.

Protagonista di una esperienza eccezionale fu l'anestesista danese **Bjørn Aage Ibsen** considerato ideatore del concetto di 'terapia intensiva'.

⁷ Murphy OJ. Ether-open or closed? Br J Anaesth 1930;8:11-14

⁸ Waters RM, Schmidt ER. Anesthesia and Surgery. Ann Surg. 1937;106:788-94

⁹ Bendixen HH. Respirators and respiratory care. Acta Anaesthesiol Scand. 1982;26:279-86

Insieme al norvegese Tone Dahl Kvittingen, pubblicò il 18 settembre 1958 il primo articolo sui principi della gestione di un reparto di terapia intensiva¹⁰. Durante l'epidemia si sperimentò tutto ciò che era possibile utilizzare per ventilare il paziente: tracheotomia, ventilazione manuale prolungata, respiratore a corazza esterna "polmone d'acciaio".

La soluzione eroica trovata per far fronte alla richiesta di ventilare un grande numero di pazienti all'Ospedale *Blegdam di Copenaghen*, stante il piccolo numero di respiratori a corazza esterna disponibili, fu quella di invitare 200 studenti di Medicina a fornire una ventilazione manuale 24 ore su 24 utilizzando un sacchetto di gomma collegato a una cannula tracheostomica. Alcuni pazienti furono ventilati in questo modo per diverse settimane. I sacchetti erano collegati ad un serbatoio di ossigeno al 50% in azoto insieme a un assorbitore di calce sodata per rimuovere l'anidride carbonica.

Il "polmone d'acciaio", inventato nel 1927 da Philip Drinker e Louis A. Shaw, consisteva in una grande scatola di metallo con una serie di soffietti attaccati a un'estremità per pompare aria dentro e fuori. Tutto il corpo del paziente era racchiuso in una camera ermetica, a parte la testa. Una guarnizione ermetica di gomma sosteneva il collo e assicurava che l'aria non fuoriuscisse. Nel 1931, John H. Emerson migliorò il modello di "Drinker" facilitando l'accesso al paziente, facendo scorrere il letto dentro e fuori dalla "scatola" e aggiungendo degli oblò ai lati che consentivano l'accesso al paziente senza perdita di pressione all'interno del sistema.

Negli anni '70, questo modello di respiratore fu impiegato per ventilare i neonati, in particolare i prematuri, con insufficienza respiratoria modificando una termoculla alla quale era stato aggiunto un sistema capace di creare alternativamente una pressione positiva e negativa su tutto il corpo del neonato. La difficoltà di controllo della tenuta a livello del collo e la difficoltà di mantenere stabili pressioni all'interno della termoculla ne ha fatto completamente eliminare l'impiego clinico.

Dall'idea di pressione negativa/positiva applicata al solo torace invece che a tutto il corpo, nasce la corazza toracica esterna utilizzata nei moderni "External Negative Pressure Ventilation" (ENPV). L'ENPV trova largo impiego nei pazienti cronici specialmente se con patologia neuromuscolare (esperienza personale positiva in ambito pediatrico mediante Hayek RTX Ventilator) e in alcuni pazienti acuti che presentano insufficienza respiratoria moderata.

Il primo sistema di ventilazione a pressione positiva - Positive Pressure Ventilation PPVS - anche detto Intermittent Positive Pressure Ventilation - IPPV, nel quale i gas erano spinti direttamente nei polmoni dei pazienti tramite l'intubazione o la maschera facciale fu sviluppato nel 1952 a Copenaghen, Danimarca, durante l'epidemia di poliomielite come detto in precedenza.

Una svolta importante nella possibilità di ventilare a lungo i pazienti a pressione positiva avvenne nel 1959 quando Olof P. Norlander e Carl G. Engström costruiscono l'Engstrom Ventilator 150, respiratore impiegato per lunghi anni in anestesia e rianimazione.

Lo sviluppo iniziale della Terapia intensiva in Italia fu motivato dalla necessità di supportare il paziente chirurgico nel postoperatorio per ritardo nel risveglio e nella decurarizzazione ("coda anestesiológica") e/o per la necessità di supportare artificialmente la ventilazione dopo interventi prolungati di chirurgia maggiore. Questi pazienti venivano trattati ed assistiti nei reparti chirurgici dove l'anestesista aveva principalmente il ruolo di consulente (mia esperienza personale fine anni '69).

La nascita e lo sviluppo delle Rianimazioni/Terapie Intensive in Italia avvennero con sequenza temporale poco definibile e "a macchia di leopardo" per le esistenti differenze nelle situazioni locali. La mancanza di risorse adeguate e la difficoltà della diffusione di una cultura avanzata hanno caratterizzato per lungo tempo la mancata realizzazione di strutture alle quali si poteva dare con certezza questo nome.

¹⁰ Berthelsen PG, Cronqvist M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003;47:1190-5

Nel 1966, come precedentemente accennato, la **Scuola di Anestesiologia** fu mutata in **Scuola di Anestesia e Rianimazione** istituendo Corsi Complementari per acquisire il nuovo titolo di Anestesista-Rianimatore da parte degli specialisti in Anestesiologia.

A metà degli anni '70 (mia esperienza personale) si ventilavano ancora in sala operatoria durante la chirurgia i pazienti collegandoli al respiratore mediante maschera facciale per evitare l'intubazione (incapacità e/o difficoltà nell'esecuzione) in provincia di Milano.

Progressivamente sono stati sperimentati e introdotti nella pratica clinica respiratori con differenti caratteristiche e ad alta performance che hanno permesso di ventilare a lungo i pazienti con un ridotto numero di incidenti tecnici. I nuovi modelli di respiratore permettono di applicare differenti modelli di ventilazione in accordo alle conoscenze scientifiche che vanno sviluppandosi nel tempo.

La **BiPAP** si sviluppò negli anni '90 come modello ventilatorio che non prevedeva l'intubazione tracheale e permetteva di compensare le perdite di gas determinate dalla non perfetta aderenza della maschera facciale sul viso.

Nella BiPAP l'aria pressurizzata veniva erogata su due livelli alternati e per questo venne definita bilevel: Pressione positiva inspiratoria (IPAP, inspiratory positive airway pressure) e Pressione positiva espiratoria (EPAP, expiratory positive airway pressure)¹¹.

Alla fine degli anni '60 e per tutti gli anni '70 c'è stata un'esplosione di interesse da parte di altri specialisti nel trattamento intensivo dei pazienti perciò sono nate nuove terapie intensive quali UCC, NICU, PICU, Neurochirurgia, Cardiochirurgia, ecc. a carattere specialistico. Le vecchie "Rianimazioni" multifunzionali, in accordo con l'evoluzione della medicina, hanno ceduto il posto a nuove unità intensive in grado di far fronte alla maggiore

specializzazione richiesta nei trattamenti applicati ed applicabili.

Resta a tutt'oggi la gestione anestesiologica delle Terapie Intensive Cardiochirurgiche e Neurochirurgiche. Sono inoltre ancora funzionanti gli Ospedali Pediatrici in cui l'anestesia e la rianimazione sono gestite dall'anestesista/rianimatore, anche se con la collaborazione dei neonatologi e dei pediatri, i.e. "Salesi" di Ancona, "Santobono" di Napoli, "Gaslini" di Genova, "Buzzi" di Milano, "Burlo Garofalo" di Trieste, ecc.

Negli ultimi anni c'è stato il malaugurato tentativo, per fortuna rimasto tale, di separare l'anestesiologia dalla rianimazione/terapia intensiva non considerando che l'anestesia si integra con la rianimazione così come questa è parte integrante dell'anestesia.

Tappe e acquisizioni importanti scientifico culturali

- Nel 1952, durante l'epidemia di poliomielite, come precedentemente detto, nasce la necessità della ventilazione artificiale per gestire l'insufficienza respiratoria dei bambini affetti da questa drammatica patologia e quindi la necessità di gestire tutti questi pazienti in un ambiente creato per loro.
- Nel 1953, Ashton mette il primo allarme sulla **tossicità dell'ossigeno** nel prematuro, nel quale utilizzando una FiO₂ 1 nelle termoculle si favorì lo sviluppo della cecità, chiamata successivamente Retinopatia da Ossigeno del Prematuro (ROP)¹².

Gli studi recenti sui rischi dell'impiego di elevate FiO₂ in anestesia sono stati fatti in gran parte in Svezia da G. Hedenstierna e dai suoi collaboratori, che hanno dimostrato la formazione rapida dell'atelettasia all'induzione dell'anestesia, durante l'anestesia e all'estubazione impiegando FiO₂^{13,14,15,16}.

¹¹ Hörmann C, Baum M, Putensen C, Mutz NJ, Benzer H. Biphasic positive airway pressure (BiPAP)--a new mode of ventilatory support. Eur J Anaesthesiol. 1994;11:37-42

¹² Ashton N, Ward B, Serpell G. Role of oxygen in the genesis of retrolental fibroplasia; a preliminary report. Br J Ophthalmol. 1953;37:513-20

¹³ Rothen HU, Sporre B, Engberg G, Wegenius G, Reber A, Hedenstierna G. Prevention of atelectasis during general anaesthesia. Lancet. 1995;345:1387-91

¹⁴ Benoît Z, Wicky S, Fischer JF, Frascarolo P, Chapuis C, Spahn DR, Magnusson L. The effect of increased FIO(2) before tracheal extubation on postoperative atelectasis. Anesth Analg. 2002;95:1777-81

¹⁵ Edmark L, Kostova-Aherdan K, Enlund M, Hedenstierna G. Optimal oxygen concentration during induction of general anaesthesia. Anesthesiology. 2003;98:28-33

¹⁶ Magnusson L, Spahn DR. New concepts of atelectasis during general anaesthesia. Br J Anaesth. 2003;91:61-72

- Nel 1970 GA Gregory e la sua scuola di Seattle (in Italia, A. Fantoni e la sua scuola a Milano) presentarono la CPAP e la PEEP determinando una svolta decisiva nel trattamento dell'insufficienza respiratoria del neonato prematuro e in seguito dei pazienti di tutte le età. La nuova metodica non prevedeva più lo svuotamento del polmone alla fine dell'espiazione ma il suo mantenimento continuamente aperto durante tutto il ciclo respiratorio. La PEEP progressivamente è entrata nella modalità di ventilazione con il preciso scopo di prevenire e trattare le atelettasie e per ridurre la FiO₂ al fine di ridurre gli effetti indesiderati (tossicità diretta sulle cellule alveolari e formazione delle atelettasie)^{17,18}.

A. Fantoni e la sua scuola, nei Corsi di Aggiornamento tenutosi per oltre un decennio a partire dai primi anni '70 all'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano, presentò:

- L'impiego del Gregory Box nel trattamento dell'insufficienza respiratoria del bambino. L'Helmet in epoca successiva è derivato direttamente da questo sistema.
- I vantaggi del posizionamento del paziente in decubito laterale e prono nella risoluzione delle atelettasie. Questa metodica molti anni dopo è stata ripresa nel trattamento della ARDS.

Il posizionamento prono nella ARDS ha avuto e continua ad avere notevole difficoltà nelle modalità temporali di applicazione (durata limitata a due o tre ore al massimo descritta dal Fantoni rispetto alle attuali 12 o più ore proposte attualmente) e nella tempestività dell'applicazione (meglio applicazione precoce e non a patologia conclamata come viene proposto).

- La ventilazione del neonato con piccoli volumi correnti e alte frequenze respiratorie con l'aggiunta della PEEP¹⁹

Questa acquisizione attese, prima di essere ampiamente diffusa, il 1998 quando M. Amato e il suo gruppo e successivamente nel 2000 l'ARDS NET dimostrarono quanto questo modello ventilatorio fosse protettivo nel trattamento anche della ARDS dell'adulto.

- Nel 1980 venne sviluppato il **surfattante** naturale e sintetico per il trattamento della RDS del prematuro imprimendo una svolta decisiva nella sopravvivenza del neonato prematuro e aprendo la possibilità di trattare prematuri con età gestazionale sino a 24 settimane di età gestazionale^{20,21}.

La sostanza è stata usata con successo nel trattamento della bronchiolite del bambino²².

Nell'adulto per il trattamento del trauma toracico, i risultati del suo impiego sono stati contrastanti²³.

Il surfattante è stato proposto nel trattamento della patologia polmonare grave da COVID-19 da parte di quelli che gli avevano negato valore a suo tempo.

- Alla fine degli anni '70, con sviluppo successivo per tutti gli anni '80 fu introdotta nella pratica clinica la Ventilazione a Polmoni Separati (ILV)^{24,25}. La metodica proponeva di ventilare i due polmoni separatamente utilizzando un tubo a doppio lume e due ventilatori, Servo B Siemens, collegati da un sincronizzatore. La finalità della metodica è stata quella di proteggere il polmone meno compromesso e di ventilare più aggressivamente il polmone più patologico.

La metodica venne applicata anche nelle prime età pediatriche (dal neonato a 3-4 anni) mediante il "Marraro Paediatric Bilumen Tube", rimasto quale tubo prototipo per la mancanza di interesse delle aziende produttrici (costi di produzione elevata e scarso guadagno)²⁶.

¹⁷ Gregory GA, Kitterman JA, Phibbs RH, Tooley WH, Hamilton WK. Treatment of the idiopathic respiratory-distress syndrome with continuous positive airway pressure. *N Engl J Med.* 1971;284:1333-40

¹⁸ Dunn PM, Thearle MJ, Parsons AC, Watts JL. Use of the 'Gregory box' (CPAP) in treatment of RDS of the newborn: preliminary report. *Arch Dis Child.* 1972;47:674-5

¹⁹ Fantoni A, Marraro G., Vegni M. Il trattamento dell'insufficienza respiratoria neonatale: nuovi concetti di terapia. *Riv. Ostet. Ginec. Pratica e Med. Perin.* 1970/71, 52:3-36

²⁰ Fujiwara T, Maeta H, Chida S, Morita T, Watabe Y, Abe T. Artificial surfactant therapy in hyaline-membrane disease. *Lancet.* 1980;1:55-9

²¹ Robertson B, van Golde LMG, Batenburg JJ (eds) *Pulmonary Surfactant.* Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 1984

²² Luchetti M, Casiraghi G, Valsecchi R, Galassini E, Marraro G. Porcine-derived surfactant treatment of severe bronchiolitis. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1998;42:805-10

²³ Marraro GA. Nuove possibilità d'impiego del surfattante nella patologia polmonare acuta. *Acta Anaesth Italica* 2004;55:169-176

²⁴ Carlon GC, Kahn R, Howland WS, Baron R, Ramaker J. Acute life-threatening ventilation-perfusion inequality: an indication for independent lung ventilation. *Crit Care Med.* 1978;6:380-3

²⁵ Baehrendtz S, Hedenstierna G. Differential ventilation and selective positive end-expiratory pressure: effects on patients with acute bilateral lung disease. *Anesthesiology.* 1984;61:511-7

²⁶ Marraro GA. Selective endobronchial intubation in paediatrics: the Marraro Paediatric Bilumen Tube. *Pediatric Anesthesia* 1994;4:255-58

Dalla ILV si sviluppano due filoni di ricerca. Il primo riguardante la necessità di proteggere il polmone meglio ventilante dal volutrauma e dal barotrauma. Il secondo, la necessità del reclutamento polmonare per facilitare la riapertura delle aree non ventilanti e la risoluzione della patologia polmonare.

- Alla fine degli anni '80 venne messa in evidenza la rapida formazione delle atelettasie nella parte del polmone dipendente dopo breve tempo dalla narcosi grazie anche agli studi nel bambino di P. Serafini a Pavia²⁷. Successivamente la formazione delle atelettasie al semplice passaggio dalla ventilazione spontanea a quella controllata venne segnalata anche dagli studi di P. Pelosi.
- Bartlett, nel 1976 presentò uno studio con 45 neonati trattati con ECMO segnalando una sopravvivenza del 56%. Inoltre segnalò che nell'80% dei sopravvissuti non si erano manifestati importanti esiti negativi²⁸.

L'**ECMO** e la **Extra Corporeal CO2 - ECCO2** removal sono stati ampiamente studiati ed impiegati da L. Gattinoni e il suo gruppo di collaboratori presso l'Ospedale S. Gerardo di Monza, seguendo l'indirizzo di T. Kolobow^{29,30}.

- Negli anni '90 si sviluppò il tentativo di introdurre nella pratica la **Liquid Ventilation** da parte di T. Shaffer e coll. La metodica era già sotto studio dal 1962 da parte di JA. Kylstra. La nuova metodica rivoluzionò lo scambio gassoso dimostrando che questo poteva avvenire mediante un liquido - Perfluoro Carburo -PFC - invece dell'aria. Il metodo suscitò grande entusiasmo per le prospettive che apriva a seguito degli studi sull'animale e dopo le prime applicazioni nel neonato con RDS^{31,32,33}.

-Grandissima delusione fece seguito all'applicazione clinica sia della Total sia della Partial Liquid ventilation, sviluppata in alternativa alla Total Liquid Ventilation. Risultati poco incoraggianti furono segnalati da B. Fuhrman nel 1991 utilizzando la forma ibrida di ventilazione liquida (Partial Liquid Ventilation) dove il polmone era ventilato convenzionalmente una volta riempito di perfluorocarburo (Perfluorocarbon Associated Gas Exchange - PAGE). Lo studio clinico della PAGE avviato nell'adulto fu interrotto per l'elevata mortalità dei pazienti trattati. La metodica continua ad essere oggetto di studio anche se l'azienda produttrice del PFC ha sospeso la distribuzione della sostanza. Potrebbe tornare utile nei viaggi interplanetari³⁴.

- A fine anni '80, a seguito dell'intuizione dell'anestesista-pilota americano David Gaba, la **Simulazione** impiegata nell'istruzione dei piloti dell'aeronautica venne adattata alle emergenze mediche e quindi fu introdotta in ambito sanitario³⁵.

In Italia la diffusione dei sistemi di simulazione avanzata in ambito medico-sanitario è avvenuta all'inizio degli anni 2000 in diversi Centri italiani e culminata successivamente con lo sviluppo del Centro SimuLearn di Bologna acquisito dall'AAROI-EMAC.

La Simulazione Avanzata differisce completamente dal training mediante manichino. Il training insegna le manualità tecniche (BLS, ACLS, intubazione, ecc.).

La simulazione avanzata invece fornisce:

- Condizioni di completa sicurezza in ambiente completamente protetto;

²⁷ Serafini G, Cornara G, Cavalloro F, Mori A, Dore R, Marraro G, Braschi A. Pulmonary atelectasis during paediatric anaesthesia: CT scan evaluation and effect of positive endexpiratory pressure (PEEP). *Paediatr Anaesth.* 1999;9:225-8

²⁸ Bartlett RH, Gazzaniga AB, Jefferies MR, Huxtable RF, Haiduc NJ, Fong SW. Extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) cardiopulmonary support in infancy. *Trans Am Soc Artif Intern Organs.* 1976;22:80-93

²⁹ Kolobow T, Gattinoni L, Tomlinson T, White D, Pierce J, Iapichino G. The carbon dioxide membrane lung (CDML): a new concept. *Trans Am Soc Artif Intern Organs.* 1977;23:17-21

³⁰ Gattinoni L, Agostoni A, Pesenti A, Pelizzola A, Rossi GP, Langer M, Vesconi S, Uziel L, Fox U, Longoni F, Kolobow T, Damia G. Treatment of acute respiratory failure with low-frequency positive-pressure ventilation and extracorporeal removal of CO2. *Lancet.* 1980;2:292-4

³¹ Kylstra JA, Tissing MO, van der Maen. Of mice as fish. *Trans Am Soc Artif Intern Organs.* 1962;8:378-83

³² Clark LC Jr, Gollan F. Survival of mammals breathing organic liquids equilibrated with oxygen at atmospheric pressure. *Science.* 1966;152:1755-6

³³ Shaffer TH, Wolfson MR, Clark LC Jr. Liquid ventilation. *Pediatr Pulmonol.* 1992;14:102-9

³⁴ Fuhrman BP, Paczan PR, DeFrancis M. Perfluorocarbon-associated gas exchange. *Crit Care Med.* 1991;19:712-22

³⁵ Howard SK, Gaba DM, Fish KJ, Yang G, Sarnquist FH. Anesthesia crisis resource management training: teaching anesthesiologists to handle critical incidents. *Aviat Space Environ Med.* 1992;63:763-70

- Possibilità di simulare eventi comuni ma che presentano un'elevato indice di pericolosità ed eventi rari;
- Possibilità di ripetere l'evento tutte le volte che si ritiene necessario;
- Tempo sufficiente per discutere quanto è successo nello scenario, quali le alternative diagnostiche, e quali i trattamenti corretti da applicare.
- 2000: è l'anno della **Low Tidal Volume Strategy**. Amato M. in Brasile aveva segnalato nel 1998 quanto successivamente fu messo in evidenza dallo studio ARDS NET. La nuova evidenza ha cambiato completamente il modello ventilatorio da usare in terapia intensiva e in anestesia^{36,37}.

Il vecchio modello prevedeva grandi volumi correnti (10-12 ml/kg) e basse frequenze respiratorie senza l'impiego della PEEP. Questo modello ventilatorio era richiesto per far fronte al fabbisogno del chirurgico di avere il paziente il più immobile possibile. Il nuovo modello ventilatorio, invece, prevede piccoli volumi correnti (5-6 ml/kg), elevate frequenze respiratorie ed elevati livelli di PEEP. Accetta l'ipercapnia permissiva se si determina quale modello protettivo polmonare.

- La drammatica esperienza della pandemia COVID-19 che ha caratterizzato la fine del 2019 e gli anni successivi ha trovato gli anestesisti/rianimatori in prima linea per far fronte alle enormi richieste operative, esponendoli ad alta morbilità e mortalità.

La diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 ha trovato la sanità italiana, politicamente voluta negli ultimi decenni e mirante essenzialmente alla riduzione dei costi di gestione e al passaggio dal pubblico al privato, completamente impreparata dimostrando come le estrazioni su base economica si siano dimostrate insufficienti e spesso devastanti per l'adeguato trattamento dei pazienti. La politica di contenimento dei costi e le gestioni manageriali delle strutture sanitarie è stata completamente fallimentare specialmente nelle Regioni che

se ne facevano un vanto come la Lombardia. L'immagine dei camion militari che trasportavano le salme dei morti, per le quali non si trovava più un degno luogo per la tumulazione, ha fatto il giro del mondo mettendo in pessima luce il sistema sanitario italiano e mostrando le nostre incapacità di far fronte ad eventi drammatici e di vasta scala. Nella fase iniziale della pandemia l'Italia è stata considerata tra le prime nazioni per l'elevatissima mortalità e per l'incompetenza gestionale da parte delle autorità sanitarie.

Tappe dell'anestesiologia

- *Empirismo*: L'anestesia generale è stata per anni un procedimento empirico, realizzato con differenti farmaci che si sono succeduti l'un l'altro nell'intento di raggiungere la miglior flessibilità e sicurezza.

Ancor oggi alcuni problemi, correlati all'anestesia generale, restano non risolti. Il problema più importante è certamente la trasformazione di una pratica empirica in una quanto più scientifica possibile. Il metodo scientifico in medicina si basa non solo sulla descrizione soggettiva di un fenomeno, ma sulla possibilità di tradurlo in termini numerici, come avviene in fisica e chimica.

- *Tecnologica*: ha permesso di assicurare con maggiore competenza e sicurezza il controllo delle funzioni vitali del paziente riducendo i rischi del paziente durante l'anestesia.
- *Operatività basata sull'evidenza*: esistono notevoli difficoltà degli studi clinici, prospettici e controllati in anestesia. Larga parte degli studi esistenti sono retrospettivi e presentano i limiti legati all'incompleta registrazione dei dati, alla stessa raccolta dei dati, alla scarsa specificità dei dati rilevati, ecc.

Considerazioni sul futuro

Negli ultimi decenni i rischi associati alla pratica anestesiologica si sono drasticamente ridotti. Il progresso tecnologico e l'automazione hanno

³⁶ Amato MB, Barbas CS, Medeiros DM, Magaldi RB, Schettino GP, Lorenzi-Filho G, Kairalla RA, Deheinzelin D, Munoz C, Oliveira R, Takagaki TY, Carvalho CR. Effect of a protective-ventilation strategy on mortality in the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 1998;338:347-54

³⁷ Acute Respiratory Distress Syndrome Network; Brower RG, Matthay MA, Morris A, Schoenfeld D, Thompson BT, Wheeler A. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2000;342:1301-8

svolto un ruolo importante nel migliorare sia la sicurezza del paziente sia l'ambiente di lavoro degli anestesisti. L'Anesthesia Information and Management System (AIMS) ha fornito un supporto decisionale integrato, sistemi di infusione controllati, migliore progettazione degli apparecchi per anestesia, erogazione a ciclo chiuso dell'anestesia e procedure ecoguidate.

La tendenza alle innovazioni tecnologiche continua. Sono stati sviluppati **robot** per stabilire accessi venosi periferici e centrali, per eseguire l'intubazione endotracheale e per assistere la somministrazione dell'anestesia regionale.

La **tele-anestesia** sta permettendo la valutazione pre-operatoria dell'idoneità del paziente a distanza, il controllo dell'anestesia e la somministrazione degli anestetici mediante sistemi automatizzati di somministrazione degli anestetici a distanza, ecc.

Il nuovo millennio ha presentato progressi esponenziali e sviluppi tecnologici senza precedenti. Questo ha contribuito a migliorare l'assistenza sanitaria ma sta cambiando il volto stesso della medicina. C'è un cambio di paradigma nella medicina che rischia di rendere la nostra specialità irrilevante a meno che non sia allineata con le esigenze del futuro.

Ci sono due "driver" principali per questo cambiamento dati dalla futura demografia (la popolazione diventa sempre più anziana) e dalla mancanza di un disegno di legge globale sulla sanità. Entro il 2050, secondo le stime delle Nazioni Unite, un quinto della popolazione mondiale sarà composto da ultra 65enni, con un aumento dei problemi cronici di salute strettamente correlati all'età. Per questo motivo la spesa sanitaria globale potrebbe aumentare e si stanno esplorando le possibilità per rendere la spesa sanitaria a livelli più convenienti.

I progressi tecnologici stanno aiutando a rimodellare la medicina con l'apporto delle innovazioni generate da *intelligenza artificiale, robotica, nanomedicina, medicina genetica e medicina funzionale*.

L'*Intelligenza Artificiale (AI)* presenta la superiorità dei computer nell'esecuzione di compiti ripetitivi rispetto agli esseri umani che sono inclini a soffrire di stanchezza, perdita di attenzione e noia. L'AI potrebbe nel prossimo futuro ridurre o direttamente eliminare la necessità di avere *medici umani* perché il software potrebbe ottenere risultati migliori.

Internet sta implementando l'interazione tra paziente e operatore sanitario a un livello completamente nuovo. Il paziente, per esempio, mentre si trova al proprio domicilio, fuori casa e in movimento (i.e. in macchina) potrebbe essere continuamente monitorato a distanza da una centrale operativa attiva tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24. Lo sviluppo di una condizione a rischio come le aritmie cardiache, la richiesta di un'ambulanza di pronto soccorso, il defibrillatore elettrico potrebbero essere inviati direttamente nel luogo nel quale necessitano. Il trasporto tramite ambulanza potrebbe essere notificato e il letto che dovrà accogliere il malato in ospedale essere preparato prima del suo arrivo in ospedale. Il tutto potrebbe essere realizzato usando il proprio smartphone e la smart card.

La *Nanomedicina* si sta sviluppando principalmente nella direzione della somministrazione dei farmaci, dell'imaging in vivo e dello sviluppo di nuove terapie.

La *Medicina Genomica* sta aiutando a definire le differenze inter-etniche e inter-individuali nella farmacocinetica e nella farmacodinamica di un dato farmaco.

La *Medicina Funzionale* sta promuovendo la salute nella fase pre-morbosa riducendo il rischio di ammalarsi. Il progresso tecnologico ha ridotto la totalità delle procedure chirurgiche nonché l'effettivo input umano nell'esecuzione di tali procedure.

Tutti gli sviluppi di cui sopra implicano una riduzione del carico globale di malattia e quindi ci si deve aspettare che queste tecnologie sostituiscano la forza lavoro chirurgica e anestetica o assumano un ruolo significativo nell'aiutarle a ridurre il loro numero richiesto.

In conclusione, i progressi tecnologici hanno contribuito a migliorare la sicurezza e la qualità dell'anestesia e stanno aprendo la strada alla chirurgia e all'erogazione dell'anestesia in modalità semi-autonoma o forse completamente autonoma. I progressi ottenuti hanno migliorato lo stato di salute e ridotto il numero e il tipo di procedure chirurgiche

richieste, riducendo così il numero del personale necessario, compresi gli anestesisti. È importante sostenere questi cambiamenti e trasformare l'evoluzione della specialità dell'anestesia in un ruolo più generale della medicina perioperatoria per rimanere rilevanti.





Pianificare
per tempo
la propria pensione

Convenzione AAROI-EMAC per adesioni collettive Fondo Pensione Aperto “Azimut Previdenza”

Care Colleghe e Cari Colleghi,

sono lieto di annunciarvi una novità che avevo anticipato in apertura del Meeting SAQURE 2023 svoltosi a Roma il 12 e il 13 Maggio. L'AAROI-EMAC, come sempre attenta ai nuovi scenari e alle potenziali esigenze che riguardano la professione delle Iscritte e degli Iscritti, ha ritenuto opportuno stipulare una CONVENZIONE DI ADESIONE COLLETTIVA AL FONDO PENSIONE APERTO “AZIMUT PREVIDENZA” attraverso l'Accordo sottoscritto – ça va sans dire con la consueta meticolosa cura dei dettagli – tra la nostra Associazione e la AZIMUT CAPITAL MANAGEMENT SGR SPA, Società italiana indipendente e presente nei cinque continenti, quotata in borsa e leader nella gestione del risparmio e della consulenza finanziaria e previdenziale.

Alla base di tale scelta c'è la consapevolezza che la situazione previdenziale attuale e soprattutto futura

non appare rosea, considerando che – solo per fare un esempio – il tasso di sostituzione, ossia il rapporto prevedibile tra la pensione e l'ultimo reddito presumibile prima della quiescenza, difficilmente potrà essere per i più giovani superiore al 55%. Tale consapevolezza, unitamente all'interesse al tema mostrato dai Colleghi, ci ha indotto a vagliare la possibilità di stipulare una Convenzione Collettiva che consenta, a costi ridotti rispetto a quelli standard, a ciascun singolo Associato alla AAROI-EMAC di potersi costruire una posizione previdenziale personale integrativa con l'adesione facoltativa ad un Fondo Pensione cosiddetto “Aperto”, vale a dire svincolato dalle regole a cui sono soggetti i Fondo Pensione Negoziati, cosiddetti “Chiusi”, i quali non sempre possono essere convenienti, e l'adesione ai quali va p. es. attentamente valutata per quanto concerne i Dipendenti soggetti all'obbligo in tal caso di convertire la cosiddetta “liquidazione” da TFS

(spettante solo ai dipendenti pubblici assunti a tempo indeterminato prima del 2001) in TFR.

Ciò premesso, cercando di spiegare con parole il più semplice possibile un argomento così complesso, il primo presupposto da cui partire per valutare la convenienza di aderire ad un Fondo Pensione, è di tipo fiscale. La Previdenza Integrativa, in generale, sotto questo primo profilo ha vantaggi oggettivi e concreti quali, ad esempio, la deduzione dei contributi volontari del lavoratore dal reddito IRPEF fino a 5.164 € annui, e ciò è particolarmente rilevante per coloro ai quali (come ai Medici) il Fisco applica sul reddito lordo la "aliquota marginale" più alta, che ad oggi in Italia è pari al 43% aumentata, secondo la Regione ed il Comune di residenza, delle cosiddette "addizionali", arrivando di fatto in media intorno al 45%; per confronto, il montante finanziario maturato nella Previdenza Integrativa fino al momento in cui si raggiungono i requisiti di pensione, e che quindi dà diritto alla prestazione sotto forma di rendita e/o di liquidazione del capitale secondo le opzioni di libera scelta a quel momento, ha un trattamento fiscale estremamente più favorevole, in quanto, se riscattato al momento dell'età pensionabile viene tassato con un'aliquota max del 15% (ma può scendere fino al 9% in ragione dell'anzianità di permanenza nel Fondo prescelto), consentendo un recupero IRPEF (a brevissimo, cioè l'anno fiscale successivo all'ammontare annuo dei versamenti effettuati) che per i Medici è del 45%; a tale risparmio a brevissimo termine si aggiungerà poi al momento della prestazione previdenziale integrativa quello, sempre fiscale, sopra accennato (aliquota IRPEF applicata sulla rendita che parte del 15% per poter scendere, riducendosi dello 0,30% per ogni anno di permanenza nel fondo dopo il 16°, fino al 9%, contro invece una tassazione IRPEF della pensione obbligatoria – p. es. quella INPS – che ordinariamente è gravata delle medesime aliquote applicate ai redditi da lavoro). Inoltre, sotto il profilo della tassazione dei rendimenti, ai Fondi Pensione si applica una disciplina fiscale di particolare favore, per agevolare e incentivare i lavoratori nella costruzione della loro pensione complementare: sempre per esempio, i Fondi di Previdenza Integrativa godono da un lato dell'esenzione dell'imposta del Bollo Monti (0,20%) sui rendimenti, da un altro lato godono di una tassazione dei rendimenti maturati con applicazione di un'imposta del 20%, più favorevole rispetto al 26% che si applica alla maggior parte delle forme di risparmio finanziario, con la sola eccezione dei Titoli di Stato e dei titoli similari, l'imposta sui quali è fissata al 12,5% (imposta che comunque

vale anche per i Fondi Pensione per la componente di investimento in tali Titoli Pubblici), ma l'investimento nei quali Titoli, se effettuato al di fuori di un Fondo Pensione, comunque non gode dei recuperi fiscali del Fondo di cui al paragrafo precedente.

I Fondi Pensionistici Integrativi sono inoltre esonerati dalla dichiarazione ai fini ISEE, e nella fase di accumulo sono impignorabili e inesquestrabili, oltre che esenti da tasse di successione.

Infine, in qualsiasi momento dopo soli 2 anni di adesione ad un Fondo di Previdenza Integrativa di tipo "aperto" è garantita dalla normativa in materia la possibilità di trasferire una posizione già in essere con una SGR (Società di Gestione del Risparmio) in un Fondo (sempre di tipo "Aperto") di un'altra SGR di propria libera scelta, mantenendo anzianità di iscrizione e controvalore accumulato, possibilità non offerta dai "Fondi Chiusi".

Naturalmente l'opportunità di fruire della nostra Convenzione concerne sia i Colleghi con rapporto di lavoro dipendente sia quelli con rapporto di lavoro libero-professionale, e – a differenza di quel che accade per i 2 Fondi Negoziali attualmente di riferimento per i dipendenti – non risente dell'eventuale passaggio dall'una all'altra situazione lavorativa.

Termino qui solo per esigenze di estrema sintesi l'elencazione dei vantaggi fiscali sia a breve sia a medio-lungo termine di cui è possibile cogliere l'opportunità, riducendo l'elevata pressione fiscale a cui sono soggetti i redditi da lavoro dei Medici attraverso i meccanismi di recupero IRPEF sopra accennati, ma occorre non trascurare, oltre agli altri aspetti sopra spiegati, anche i molti altri vantaggi che derivano dalla vigente normativa in materia durante la fase di accumulo, p. es. la possibilità di poter ottenere un riscatto anticipato di una quota parte del montante maturato (montante maturato = capitale versato + rendimenti netti) variabile secondo le esigenze personali di ciascun aderente in situazioni particolari ma che si possono verificare concretamente in tale fase; infatti, se richieste prima del pensionamento, tali prestazioni dei Fondi Pensione sono tassate come segue:

- per anticipazioni per spese sanitarie, riscatti per inoccupazione e inabilità aliquota che varia dal 15% al 9% in base al numero di anni di iscrizione a forme di previdenza complementare, come per le prestazioni erogate al maturare dei requisiti di pensionamento;

- per anticipazioni per acquisto di prima casa e ulteriori esigenze e riscatti per perdita dei requisiti di partecipazione, aliquota fissa del 23%.

Non va trascurato che in entrambe le suddette tipologie di anticipazione non viene tassata la parte della prestazione derivante dai rendimenti del Fondo pensione e da eventuali contributi non dedotti nel corso della permanenza nel Fondo, in quanto già tassati in precedenza.

Tutto ciò spiegato come doverosa conoscenza minima di ciò di cui è opportuno aver contezza per valutare l'opportunità di costruirsi un pilastro previdenziale integrativo, l'AAROI-EMAC ha alla fine deciso di sottoscrivere la CONVENZIONE DI ADESIONE COLLETTIVA AL FONDO PENSIONE APERTO "AZIMUT PREVIDENZA", che prevede alcuni vantaggi riservati agli Iscritti AAROI-EMAC, tra i quali non vi sono soltanto l'esenzione delle spese di adesione e di spese amministrative del Fondo, oltre alla riduzione delle spese di gestione a seconda delle linee prescelte, ma – non meno importanti – diverse peculiarità aggiuntive, tutte consultabili al link <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=32700>, cui per trasparenza ed in maggior dettaglio si rimanda:

- La CONVENZIONE DI ADESIONE COLLETTIVA AL FONDO PENSIONE APERTO "AZIMUT PREVIDENZA"
- La NOTA INFORMATIVA.

Sarà inoltre possibile (caratteristica ancor più rilevante in una materia così peculiare!) avere un rapporto diretto e costante con la Consulente Azimut che ha curato la nostra Convenzione e che ne seguirà ogni singola pratica, garantendo un supporto personalizzato a ciascun Iscritto AAROI-EMAC.

A partire da questo momento è quindi possibile – per tutti i Colleghi in costanza d'iscrizione all'AAROI-EMAC – richiedere informazioni generali sulla Convenzione all'indirizzo email: aaroiemac@aaroiemac.it

Per richiesta di informazioni specifiche sul Fondo Pensione Aperto "Azimut Previdenza", occorrerà invece contattare la Dott.ssa Francesca Claps, CONSULENTE FINANZIARIO E PREVIDENZIALE AZIMUT PUGLIA all'indirizzo email: Francesca.Claps@azimut.it ed in casi di necessità qualora occorran chiarimenti per le vie brevi, al n. Cel: 3385056382.

NOTA BENE: per l'adesione al Fondo Pensione in argomento è assolutamente indispensabile essere in regola con l'iscrizione all'AAROI-EMAC, a cui va inderogabilmente fatta richiesta, per poterlo sottoscrivere alle condizioni della Convenzione, di apposita certificazione attestante tale regolare iscrizione a termini di Statuto Associativo.

Tale richiesta va sempre indirizzata esclusivamente alla Segreteria Nazionale, all'indirizzo email: aaroiemac@aaroiemac.it

Nella speranza di aver reso agli Iscritti un ulteriore servizio di valore, che sin d'ora ci ripromettiamo di seguire nelle sue fasi applicative di prosieguo, vi invio un caro saluto.

*Dr Alessandro Vergallo
Presidente AAROI-EMAC*



Calendario Corsi Ottobre – Dicembre 2023

Il calendario Ottobre-Dicembre 2023 dei corsi di Simulazione Medica Avanzata del Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna.

Dal **13 Giugno 2023** i Corsi saranno visualizzabili nella propria AREA PERSONALE e da quel momento sarà possibile iscriversi attraverso il 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).

Iscrizioni e informazioni al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=32682>

CORSI BASE DI SIMULAZIONE ACCREDITATI ECM

E1_Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione – Crediti Formativi: 16,1

Lunedì 23 / Martedì 24 Ottobre 2023

E3_Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione – Crediti Formativi: 16,1

Lunedì 16 / Martedì 17 Ottobre 2023

Lunedì 13 / Martedì 14 Novembre 2023

S3_L'Uso Globale dell'Ecografo negli Accessi Vascolari con Sistemi di Simulazione – Crediti Formativi: 14,8

Lunedì 6 / Martedì 7 Novembre 2023

O1_Corso Base di Simulazione per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia – Crediti Formativi: 17,4

Mercoledì 25 / Giovedì 26 Ottobre 2023

R1_L'ARDS: dalla Teoria alla Pratica Clinica – Crediti Formativi: 15,8

Mercoledì 15 / Giovedì 16 Novembre 2023

P1_Anestesia pediatrica: dalla simulazione alla realtà – Crediti Formativi: 15,2

Mercoledì 8 / Giovedì 9 Novembre 2023

R2_Dalla Sala Operatoria alla Terapia Intensiva: ecografia e ventilazione meccanica – Crediti Formativi: 15,8

Mercoledì 29 / Giovedì 30 Novembre 2023

N1_Nutrizione in Terapia Intensiva: dalla teoria alla pratica

Lunedì 20 / Martedì 21 Novembre 2023

CALENDARIO CORSI AVANZATI DI SIMULAZIONE ACCREDITATI ECM

A1_Corso ACLS – aperto anche alla Professione di Infermiere e Ostetrico/a – Crediti Formativi: 18,3

Lunedì 2 / Martedì 3 Ottobre 2023

A3_ACLS Refresh

Venerdì 17 Novembre 2023

A4_ACLS Experienced Provider

Mercoledì 13 / Giovedì 14 Dicembre 2023

A2_PALS – Crediti Formativi: 18

Lunedì 9 / Martedì 10 Ottobre 2023

E2_Corso Avanzato di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione – Crediti Formativi: 17,7

Lunedì 27 / Martedì 28 Novembre 2023

E4_Corso Avanzato di Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione – Crediti Formativi: 15,5

Mercoledì 18 / Giovedì 19 Ottobre 2023

S4_L'uso Globale dell'ecografo negli accessi vascolari. Corso avanzato con sistemi di simulazione – Crediti Formativi: 16,4

Lunedì 11 / Martedì 12 Dicembre 2023

O2_Corso Avanzato di Simulazione per l'Emergenza in Ostetricia e Rianimazione Neonatale – Crediti Formativi: 16,1

Mercoledì 22 / Giovedì 23 Novembre 2023

P2_Corso Avanzato di simulazione ad alta fedeltà: Anestesia e Urgenze Pediatriche

Lunedì 4 / Martedì 5 Dicembre 2023

(Per alcuni Corsi Avanzati è indispensabile aver frequentato con successo un nostro Corso Base

Anticipo erogazione TFS/TFR

Il **TFR (trattamento di fine rapporto)** e il **TFS (trattamento di fine servizio)** costituiscono l'insieme di compensi corrisposti all'amministrato, a titolo di indennità di liquidazione o di buonuscita, all'atto di cessazione del rapporto con l'ente/amministrazione di appartenenza.

Gli amministrati, in ragione all'anno di assunzione e alla tipologia di contratto, sono assoggettati al regime del TFR o del TFS. In particolare:

- TFR: per i lavoratori assunti a tempo determinato successivamente al 30 maggio 2000, oppure assunti con contratto a tempo indeterminato successivamente al 1 gennaio 2001.
- TFS: per il personale assunto a tempo indeterminato prima del 1 gennaio 2001.

Il TFS dei medici dipendenti è chiamato IPS (Indennità Premio di Servizio).

Il TFS ha un calcolo migliore rispetto al TFR, in quanto rientra nel sistema retributivo, cioè si calcola con l'ultimo stipendio, mentre il TFR è calcolato con il sistema contributivo meno favorevole.

In passato la procedura per ottenere quanto accumulato era semplice: si smetteva di lavorare e nel giro di qualche settimana si portava a casa la liquidazione. Adesso non è più così ed i tempi sono variabili secondo la motivazione della cessazione del rapporto di lavoro. Si va dai 105 giorni di tempo per pensioni di inabilità o per decesso del dipendente, ai 12 mesi per la pensione di vecchiaia o dal recesso unilaterale da parte dell'azienda del rapporto di lavoro per raggiunta anzianità contributiva, ai 24 mesi per dimissioni volontarie. La situazione si aggrava di più per i pensionamenti previsti dalle quote 100, 102 e 103, in questi casi si ha diritto al TFS/TFR solo alla maturazione dell'età del pensionamento di vecchiaia (67 anni). A questo si aggiunge anche il dilazionamento nel tempo dello stesso TFS/TFR, che viene pagato in due rate annuali se l'importo è compreso tra 50mila e 100mila euro ed in tre rate annuali se l'importo supera i 100mila euro. Ciò vuol dire che per avere l'intero importo devono passare minimo quattro anni dal pensionamento.

A questa forzata limitazione il nostro sindacato ha dato risposta attivando una convenzione (Convenzione anticipazione TFS/TFR COSMED) con la Banca Popolare di Milano (BPM) permettendo di avere ai propri iscritti l'anticipo dell'intero TFS/TFR e non aspettare i tempi biblici previsti. Naturalmente è previsto il pagamento di interesse fisso al 3%.

Da febbraio 2023 i medici pensionati possono anche rivolgersi direttamente all'INPS per avere immediatamente la piena disponibilità della loro liquidazione.

Per questa operazione l'INPS ha previsto un tasso nominale fisso annuo dell'1% di interesse, più uno 0,5% di rimborso spese forfettario per ottenere l'intero ammontare del TFS/TFR maturato.

Inoltre questo anticipo all'INPS può essere richiesto dagli aderenti alla Gestione unitaria delle Prestazioni Creditizie e Sociali. Gli iscritti a questa gestione sono tutti i lavoratori ex INPDAP e quindi la maggior parte dei medici ospedalieri, ma non automaticamente i medici pensionati. Per cui possono accedere a questa prestazione i medici che al momento della domanda di pensione hanno optato per mantenere la trattenuta dello 0,35% sulla pensione. Per i pensionati, che al momento della domanda di pensione non hanno optato per il mantenimento della trattenuta, questa possibilità non esiste.

Quindi i medici che desiderano avere l'anticipo del TFS/TFR hanno due opzioni:

- La Convenzione Cosmed al tasso fisso del 3% per tutta la durata del prestito, naturalmente riservata agli iscritti AAROI-EMAC.
- L'INPS con il tasso fisso all'1% più lo 0,5% di rimborso spese forfettario e più una trattenuta dello 0,35% sull'importo della pensione per tutta la vita. Inoltre l'anticipazione da parte dell'INPS vale fino alla disponibilità del fondo. Quindi si può rischiare di pagare la trattenuta dello 0,35% sulla pensione e non riuscire ad avere l'anticipazione del TFS/TFR.

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

Quota 103 e l'incentivo a rimanere a lavoro

L'Inps con la circolare n. 27 del 10 marzo aveva puntualizzato le condizioni del pensionamento anticipato previsto, in via sperimentale, dalla 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. Ricordiamo che i lavoratori che, pur avendo maturato il requisito per la Quota 103, decidano 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.

Il 12 maggio è stato pubblicato, nella Gazzetta Ufficiale, il decreto 21 marzo 2023 del ministero del Lavoro, di concerto con il MEF, relativo all'incentivo alla prosecuzione dell'attività lavorativa e al conseguente posticipo del pensionamento. Il provvedimento, in attuazione di quanto previsto dalla legge di bilancio 2023 (art. 1, comma 286 l. n. 197/2022), stabilisce le modalità operative dell'incentivo per i lavoratori che, pur avendo conseguito entro il 31 dicembre 2023 il diritto alla pensione anticipata flessibile (quota 103), decidono di rimanere in servizio. In conseguenza dell'esercizio di tale facoltà viene meno, quindi, ogni obbligo di versamento contributivo da parte del datore di lavoro a tali forme assicurative della quota

a carico del lavoratore, a decorrere dalla prima scadenza utile per il pensionamento prevista dalla normativa vigente e successiva alla data dell'esercizio della predetta facoltà. In cambio la somma corrispondente alla quota di contribuzione a carico del lavoratore che il datore di lavoro avrebbe dovuto versare all'ente previdenziale, qualora non fosse stata esercitata facoltà del pensionamento, è corrisposta interamente al lavoratore. Tale corresponsione cessa in caso di conseguimento di una pensione diretta ovvero al conseguimento del requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia.

La facoltà ha effetto, specifica il decreto, nei confronti di tutti i rapporti di lavoro, in essere o successivi, e può essere esercitata una sola volta in qualunque momento successivo alla maturazione dei requisiti per l'accesso al trattamento di pensione anticipata flessibile ed è comunque revocabile. Ricordiamo, infine, che il trattamento previdenziale 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, che per il 2023 è pari a 2.818,65 euro mensili. Quindi, chi dovesse aver diritto ad un assegno più consistente se lo vedrà decurtato fino al raggiungimento del requisito anagrafico richiesto per il pensionamento di vecchiaia pari a 67 anni.

19 Maggio 2023

Claudio Testuzza

Esperto in tematiche previdenziali



Quesiti dal web

L'AARO-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Domenico Minniti

(Coordinatore della Commissione Nazionale
Contratto dell'AARO-EMAC)

e **Arturo Citino**

(Coordinatore Formazione Sindacale)



Mi occupo di Terapia del Dolore con interesse particolare in Neurostimolazione, un campo con forte presenza (congressi e formazione) delle aziende produttrici di dispositivi.

Ove dovesse essere disposta dalla mia Azienda la mia presenza in una commissione giudicatrice per l'acquisto di dispositivi medici quale esito di una manifestazione pubblica, si configurerebbe un conflitto di interesse qualora successivamente accettassi di essere "sponsorizzato" per la partecipazione ad un evento formativo o congressuale?

Il conflitto d'interesse non nasce dall'essere stato designato quale componente di una commissione giudicatrice in una gara o manifestazione d'interesse per l'acquisizione di beni e servizi, attese trasparenza e rispetto del Codice degli Appalti richiesti alla funzione, ma dall'aver instaurato un rapporto di collaborazione, anche a titolo gratuito, con Aziende o Ditte del settore.

Per ulteriori e più approfondite informazioni rimandiamo alla lettura del D. Lgs. 50/2016 (cd. Codice degli Appalti) s.m.i. ed al Codice Deontologico di Farmindustria, documenti entrambi agevolmente reperibili in rete.

Volevo chiedere delucidazioni riguardo la clausola di garanzia

La clausola di garanzia di cui all'art. 92 del vigente CCNL è stata un'innovazione dell'ultima tornata contrattuale.

Lo scopo è quello di garantire un valore economico minimo al Dirigente, in funzione dell'anzianità di servizio maturata e, naturalmente, nel caso di valutazione positiva da parte del Collegio Tecnico.

L'articolo 1 della legge 197/2022, al comma 359, ha integrato la disciplina del trattamento economico del

congedo parentale ex articolo 34 del Dlgs 151/2001 (Testo unico della maternità), prevedendo che una delle mensilità fruite entro il sesto anno di vita del figlio sia indennizzata all'80% in luogo del classico 30%. Tale normativa ha valenza anche per i medici ospedalieri?

L'art. 1 del D. Lgs 151/2001 che disciplina il campo di applicazione dello stesso, non discrimina tra lavoratore pubblico e privato.

Lavoro in rapporto esclusivo in ospedale e svolgimento in diverse case di cura convenzionate con la struttura.

Il mio quesito è il seguente: esiste un tetto massimo di percentuale di trattenute della clinica sull'onorario del professionista oltre alla percentuale che il medico deve dare all'ospedale per la singola prestazione in regime di esclusività?

Il rapporto di lavoro esclusivo del Dirigente Medico con un'Azienda Sanitaria/Ospedaliera non consente l'esercizio della professione all'esterno della stessa, salvi i casi di residuale attività libero professionale intramoenia "allargata". Certamente non consente l'esercizio di prestazioni in case di cura private, salvi i casi di apposita convenzione tra queste e l'Azienda di appartenenza, ma non tra queste ed il singolo Dirigente.

Nel caso di convenzione tra Azienda Pubblica e struttura privata, è all'interno della convenzione stessa che si trova il disciplinare tra le parti, inclusi eventuali richiami alle norme di legge.

Di massima, la casa di cura privata versa all'Azienda quanto pattuito e dovrebbe essere quest'ultima ad effettuare le trattenute al Dirigente.

Ho un rapporto di lavoro pubblico a tempo indeterminato. Il mio Direttore di Struttura Complessa assume, nei miei confronti, atteggiamenti aggressivi, intimidatori e denigratori, noncurante peraltro della presenza, in queste circostanze, di altro personale sanitario.

A ciò si aggiunga anche che la valutazione espressa nei confronti del mio risultato, relativamente all'anno passato, è stata pari a 0%. Ovviamente tale valutazione è stata espressa univocamente senza il mio coinvolgimento in alcun contraddittorio in merito al giudizio. E ciò, nonostante abbia tenuto sempre una condotta professionale mai contestata da nessun collega, anestesista o chirurgo, e nemmeno dal primario stesso. e Peraltro con un buon riscontro anche da parte dei pazienti. La mia domanda è: come devo fare per impugnare tale giudizio? A chi devo rivolgermi? Posto che il primario è determinato nel volermi osteggiare, per motivi che esulano dalla mia dalle mie capacità e professionalità, devo rivolgermi ad un avvocato del lavoro?

Sarebbe opportuno avessimo contezza della tua scheda di valutazione, con gli obiettivi da raggiungere e gli indicatori necessari per la valutazione, per poter esprimere così un parere fondato.

Il contraddittorio è necessario, in particolare in caso di valutazione negativa.

Questo è previsto dall'art. 56 del CCNL vigente che, al comma 4 lettera c, a proposito della valutazione, recita: "c) informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza"

Lo stesso articolo, stesso comma, lettera "b", inoltre specifica che, della valutazione, è obbligatorio sia fornita motivazione. Questa dovrà quindi essere desunta dalla scheda di valutazione e, controfirmata dal valutato.

Se tutto questo non è avvenuto, qualche minimo problema di forma c'è.

Relativamente all'assistenza di persona di tua fiducia, a questo punto risulta essere fondamentale: il rappresentante aziendale, se bravo e preparato sull'argomento, o nei casi dubbi, un buon avvocato esperto nella contrattualistica sanitaria ed in particolare quella della Dirigenza Medica.

Nel computo dei 15 giorni consecutivi di ferie contrattuali vanno conteggiate le domeniche e/o eventuali festivi e devono essere compresi gli 8 giorni di rischio anestesiológico?

No. Non vanno conteggiate né le domeniche né eventuali festivi e, se si lavora su 5 giorni, non vanno conteggiati neanche i sabati; inoltre è opportuno ricordare che, nel loro contesto, non sono da comprendere gli 8 giorni di rischio anestesiológico

Nonostante entro la sesta ora di lavoro si abbia diritto ad una pausa, a tutt'oggi non ho mai avuto un cambio. Chi deve provvedere?

L'Art. 26 del CCNL vigente recita:

Rectius: dopo la sesta ora il lavoratore ha diritto ad una pausa, non prima.

Il Direttore di SC è il responsabile che deve organizzare l'orario di lavoro rispettando la pausa entro dopo la sesta ora (Dlgs 66/2003 art.8) e non consentendo che una seduta operatoria duri più di 6 ore (documento AAROI SIARTI 1995) per ragioni di sicurezza (affidabilità del personale), ove non sia in grado di prevedere il cambio.

Vorrei un aiuto nell'interpretazione degli articoli del contratto che riguardano le ferie.

Art 33 comma 9 bis: la presenza della faticosa parola "di norma" cosa determina? Vuol dire che in casi eccezionali le ferie possono essere meno di 15 giorni?

La prassi invalsa tende ad interpretare la locuzione "di norma", nel senso che la disposizione in cui è contenuta indica la regola cui attenersi nella maggior parte dei casi, implicitamente ammettendo deroghe solo in casi gravi (che resistano alle obiezioni) ed eccezionali. La disposizione, dunque, rimane ancorata alla sua natura di regola cogente e imperativa, salvo casi residuali in cui le circostanze rendono necessaria un'applicazione non rigida della norma, secondo i principi di ragionevolezza e rispetto del vincolo del fine, tipici della discrezionalità amministrativa. *da trec-cani.it*

I 15 giorni di ferie estive continuativi si intendono lavorativi (quindi 3 settimane) oppure 15 giorni comprensivi di sabati e domeniche (2 settimane)? La posizione di questi 15 giorni di ferie può essere spostata anche contro la volontà del dirigente (all'interno del periodo citato dal contratto) per esigenze di servizio (ad esempio presenza di più dirigenti che hanno chiesto lo stesso periodo)?

Si tratta di 15 giorni "di ferie" quindi 3 settimane non dovendo conteggiare sabati (se si lavora su 5 giorni) e domeniche

L'art.33 CCNL comma 7 recita: le ferie sono fruita, anche frazionatamente, previa autorizzazione, nel corso di ciascun anno solare, in periodi compatibili con le esigenze di servizio, tenuto conto delle richieste del dirigente.

Chi ha l'obbligo di predisporre il piano ferie? Il direttore della Struttura o l'Azienda?

L'Art.34 del CCNL comma 15 recita: l'Azienda o Ente o il direttore della Struttura predispone sistemi di pianificazione delle ferie dei dirigenti, al fine di garantire la fruizione delle stesse nei termini previsti dalle disposizioni contrattuali vigenti. A tale scopo viene predisposto il piano ferie entro il primo quadrimestre dell'anno di riferimento.

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

SCARICA LA APP AAROI-EMAC!



**È disponibile su App Store e Google Play
la APP AAROI-EMAC che consente
di visualizzare e gestire tutte
le informazioni relative alla propria
iscrizione attraverso smartphone o tablet.**