

# *il nuovo* Anestesista Rianimatore

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

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

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

SETTEMBRE - OTTOBRE  
2023  
5  
Anno XLIV

## CCNL 2019-2021, LA SIGLA DELLA PRE-INTESA



**Riforma  
Emergenza-Urgenza:  
presentato il DDL 224**

**Responsabilità  
professionale,  
le risposte del Presidente  
Nazionale**

**FEMS:  
il Meeting di Marsiglia**

# Sommario

- 3** **Editoriale**  
CCNL 2019-2021, raggiunti i nostri obiettivi
- 
- 4** **CCNL 2019-2021**  
Il 28 Settembre è stata firmata la Pre-Intesa
- 
- 10** **Emergenza-Urgenza**  
Presentato il DDL 224
- 
- 11** **SIAARTI**  
Nuovi documenti, buona notizia per AR e MEU
- 
- 14** **Intervista**  
Responsabilità professionale, risponde il Presidente Nazionale
- 

- 18** **Webinar**  
Responsabilità professionale e sistema di protezione AAROI-EMAC:  
le risposte ai quesiti
- 

- 20** **Dalle Regioni**  
Notizie e Comunicati Stampa dalle Sezioni Regionali
- 

- 26** **FEMS**  
Il Meeting di Marsiglia
- 

## AAROI-EMAC risponde

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

- 30** - **Quesiti Sindacali**
- 

News AAROI-EMAC in tempo reale [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

## INDIRIZZI UTILI

### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

### CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

Dr COSIMO SIBILLA

**Direzione e Amministrazione**

Via del Viminale 43 - 00184 Roma

Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733

email: [ilnuovoar@aaroiemac.it](mailto:ilnuovoar@aaroiemac.it)

**Redazione**

Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

**Progetto grafico:**

Roberto Spiga

**Foto:**

Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

**Chiuso in Redazione il 16-10-2023**



## CCNL 2019-2021, raggiunti i nostri obiettivi

*“Non possiamo che essere soddisfatti dall'accordo raggiunto oggi con la sigla della Pre-Intesa del CCNL 2019-2021 al quale abbiamo lavorato alacremente per diversi mesi. Senza alcuna retorica e senza alcuna necessità di dover giustificare tale firma, siamo effettivamente convinti, mai come oggi, di aver fatto un ottimo lavoro raggiungendo un risultato che, a fronte di condizioni oggettive attualmente immutabili, non poteva essere migliore. Dal nostro punto di vista sono stati centrati i principali obiettivi che ci eravamo posti anche grazie ad un confronto sempre costruttivo con la controparte”.*

Questo è quanto ho dichiarato nel comunicato stampa diffuso immediatamente dopo la firma della Pre-Intesa. Una dichiarazione a nome dell'AAROI-EMAC di cui sono assolutamente convinto alla luce di una trattativa serrata che ci ha visti coinvolti per mesi e nella quale, lo possiamo dire senza remore, siamo stati protagonisti. Sono infatti convinto del fatto che gli AR e i MEU abbiano ottenuto - non solo su nostra richiesta, ma soprattutto per la forza e per la strategia e per la autorevolezza di competenza tecnica delle nostre richieste - più di quanto speravamo inizialmente.

Il nuovo contratto, una volta bollinato, sarà oggetto di un vedemecum curato dalla nostra Associazione attraverso il quale ogni articolo verrà spiegato nella maniera più semplice possibile. Non solo, per approfondire e sciogliere tutti i dubbi verranno organizzate Assemblee ad hoc in ogni Regione. La prima già in calendario è prevista il 24 Ottobre a Pordenone.

Certo è che con questo contratto sono stati fatti passi in avanti concreti su diversi capitoli chiave per il lavoro dei Colleghi, dalle relazioni sindacali rese più chiare, alla sede e orario di lavoro meglio definiti. Altri miglioramenti riguardano gli incarichi, da attribuirsi in ragione delle dotazioni organiche oltre che della complessità, i fondi, il part time, le attività aggiuntive, le guardie e le pronte disponibilità, le indennità di Pronto Soccorso, il patrocinio legale con modifiche sempre in senso positivo. È stato inoltre raggiunto l'accordo sull'ormai noto comma 3 dell'art. 27 relativo all'orario di lavoro, grazie al quale viene di fatto ristretta l'applicabilità del comma 3 dell'art. 15 della Legge 502/92. Un articolato che rendeva possibili da parte delle Amministrazioni Aziendali interpretazioni tali da portare alla cancellazione per i Medici, in quanto Dirigenti, di centinaia di ore lavorate oltre alle 34 + 4 contrattualmente dovute.

Per quel che riguarda gli aspetti economici, sappiamo bene che gli aumenti previsti in questo contratto non risolveranno il pluridecennale problema stipendiale dei Medici, in particolare dei Medici Anestesisti Rianimatori e di Emergenza-Urgenza che lavorano nei settori più critici di tutto il sistema ospedaliero, ma la disponibilità delle risorse era blindato, non era quindi possibile andare oltre il traguardo raggiunto oggi. In questo senso chiudere la trattativa, a fronte di impossibili ulteriori aumenti, era importante anche per rendere esigibili quanto prima gli aumenti stessi oltre agli arretrati previsti. Senza dimenticare che il Contratto avrà comunque ricadute **ECONOMICHE** molto positive per Noi (p. es. re-distribuzione Incarichi, Diritto e non obbligo a riposi per Alpi, etc. etc.)

Ma non ci fermiamo la firma della Pre-Intesa ha aperto la strada per intraprendere quanto prima il percorso per aprire le trattative per il CCNL 2022-24 ponendo fine alla ormai prassi di firmare contratti scaduti da anni. Noi siamo pronti fin da subito.

*Dr Alessandro Vergallo*  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

## Il 28 Settembre è stata firmata la Pre-Intesa

**A**lcune note sintetiche in merito a quanto previsto dalla Pre-Intesa del CCNL 2019-2021, siglata il 28 Settembre 2023. Per l'entrata in vigore sono necessari successivi passaggi al MEF (Ministero Economia e Finanze) e alla Corte dei Conti con successiva firma e pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. Sarà cura dell'Associazione, al termine del percorso, fornire un vademecum che spieghi il contratto in maniera concreta ed esaustiva. Nell'attesa, si indicano di seguito alcuni dei risultati raggiunti:

### LE PRINCIPALI MODIFICHE NORMATIVE

-  = MIGLIORATIVE PER TUTTI I MEDICI E GLI ALTRI DIR. SANITARI
-  = MIGLIORATIVE PER TUTTI I MEDICI E DIR. SANITARI, DI PARTICOLARE RILIEVO PER AR & MEU
-  = DA ATTENZIONARE PER TUTTI I MEDICI E I SANITARI
-  = PEREQUATIVE PER I DIR. SANITARI

 Eliminazione in massima parte dei "di norma" e "di regola", salvo quelli funzionali soprattutto al dipendente (Artt. Vari)

 Rispetto ai precedenti CCNL, recuperate alcune prerogative sindacali relative al confronto regionale e aziendale precedentemente indebolite da interventi legiferativi (TITOLO II RELAZIONI SINDACALI, Capo I Si-stema delle relazioni sindacali, artt. 4-11; Capo II Diritti sindacali artt. 12-14):

➤ Il confronto potrà essere avviato anche su richiesta dalle organizzazioni sindacali e non solo per iniziativa dell'azienda.

➤ Tra i temi di confronto inserite anche guardie, lavoro straordinario, pronte disponibilità, assunzioni e piani occupazionali.

 Più esatta definizione della SEDE DI LAVORO (Capo I Costituzione del rapporto di lavoro, art. 15 Il Contratto Individuale di lavoro c.2 lett.f)

 Rispetto ai precedenti CCNL, Migliorate Garanzie di cui all'art. 16 (Periodo di Prova) e all'art. 18 (Ricostituzione del rapporto di lavoro): Migliorato il testo sul diritto all'esonero dal periodo di prova, garantita la conservazione del posto di lavoro

 Rispetto ai precedenti CCNL, Sblocco delle carriere, con OBBLIGO di attribuzione degli INCARICHI da parte delle Aziende (Capo II Il sistema degli incarichi dirigenziali, artt. 21-25)

 Rispetto ai precedenti CCNL, Incarichi più esigibili entro termini finalmente tassativi (art. 22), ma soprattutto per AR e MEU gli INCARICHI DI ALTO VALORE devono essere distribuiti nelle varie UU. OO. in funzione delle dotazioni organiche (art. 22 c.4 sotto riportato)

***Le percentuali complessive aziendali di cui alle lettere a) e b) sono distribuite tra le varie UO/Servizi proporzionalmente alla dimensione dell'organico necessario all'attività di servizio tenuto conto della loro complessità.***

 Sostituzioni: definiti con più precisione i criteri di selezione dei sostituti, limitati i tempi delle sostituzioni, così come limitato il ricorso all'interim (art. 25)

 FORTE LIMITAZIONE alla L.502/1992 art. 15 c.3; sancito il DIRITTO AL RECUPERO DELL'EXTRA-ORARIO; (Capo III Orario ed organizzazione della prestazione di lavoro, art. 27 Orario di lavoro dei dirigenti c.3)

 Introdotti Piani di Lavoro Mensili (art. 27 c.4)

🕒 Introdotta la FAD per l'Aggiornamento Professionale sia per le 4 ore settimanali riservate all'aggiornamento (art. 27 c.6), sia per gli 8 giorni di cui all'art. 33, con possibilità di autocertificare la formazione facoltativa (meglio previo specifica regolamentazione decentrata)

🔗 SALVAGUARDIA E MAGGIOR VALORIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (art. 27 c.8) con aumento del loro valore economico a 80€ minimi, elevabili in contrattazione aziendale

🕒 Implementata Flessibilità Orario di Lavoro (art. 27 c.10), con maggior possibilità di erogare i servizi

🔗 MANTENUTO IL DIRITTO AL RIPOSO 11 ore nelle 24 per lavoro ordinario e straordinario (art. 27 c.13)

🔗 ELIMINATO OBBLIGO TASSATIVO DI RIPOSO per il lavoro LP e per le prestazioni aggiuntive (art. 27 c.17)

🕒 Riduzione di guardie e reperibilità (artt. 29 e 30 sotto riportati)

🔗 Eliminazione guardie o reperibilità contemporanee in più presidi o sedi

art. 29

**Il servizio di guardia istituito per aree funzionali omogenee è previsto solo per aree che insistono sullo stesso presidio.**

art. 30

**Nei servizi ospedalieri il Dirigente non può essere posto in pronta disponibilità su più sedi della stessa unità operativa.**

🔗 Implementazione e rafforzamento di GUARDIE ARTID (artt. 29 e 30)

🔗 ELIMINAZIONE GUARDIE IN ORARIO STRAORDINARIO (art. 31)

🕒 Migliorato Art. 56 (Patrocinio legale)

🕒 Eliminazione dei residui nei fondi che oggi rallentano carriere (Capo IV Fondi aziendali, artt. 72-75)

🔗 Precisa (per possibile) INDIVIDUAZIONE DESTINATARI DELL'INDENNITÀ di PRONTO SOCCORSO (Art. 79 Indennità di Pronto Soccorso)

🔗 ELIMINATA la precedente e ingiusta DECURTAZIONE DELL'INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ per i dipendenti PART-TIME (art. 87 c.10)

⚠️ Eliminazione del servizio esterno per gli ospedali e presidi ospedalieri che alimentava il fenomeno dei medici globetrotter (eliminati servizio fuori sede e trasferta), ma servizio fuori sede normato per chi lavora sul territorio.

🕒 Riconoscimento delle ferie anche in caso di trasferimento ad altra azienda (Dich. Congiunta N.1)

## UN ARTICOLATO PARTICOLARE DA ATTENZIONARE

⚠️ Incarichi MultiAccesso (art. 26)

## GLI EFFETTI ECONOMICI

🕒 PER TUTTI I DIRIGENTI MEDICI E PER I DIRIGENTI SANITARI

➤ 💰 Aumento: ammonta a 250€ medi/lordi/mese, di cui 190€ direttamente sullo stipendio fondamentale tra tabellare e Indennità di specificità medica e veterinaria

➤ 💰 Arretrati al 31 ottobre 2023: ammontano a 10.000€ medi/lordi

🕒 PER I DIRIGENTI SANITARI E PER I DIRIGENTI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

➤ Riconoscimento dell'indennità di specificità sanitaria (art. 66)

➤ Valorizzata la posizione come parziale perequazione dell'indennità di esclusività

## I PRINCIPALI PUNTI QUALIFICANTI PER I MIF CONTRATTUALIZZATI

◆🔗 Definizione del ruolo dei MIF nel SSN

◆🔗 Definizione delle regole e dei diritti per i medici informazione che con il D.L. Calabria finalmente potranno essere considerati professionisti e avere una formazione migliore

◆🔗 Definizione del ruolo e delle competenze dei medici in formazione, che non saranno tappabuchi.



### QUESITO:

**Gentilissimi, avrei bisogno di un chiarimento sul comma 3 dell'articolo sull'orario di lavoro contenuto nella Pre-Intesa del CCNL firmata il 28 settembre 2023. In particolare gradirei comprendere meglio il meccanismo di calcolo relativo a retribuzione di risultato ed eventuale eccedenza oraria.**

### RISPOSTA (Dr Domenico Minniti - Coordinatore della Commissione Nazionale Contratto dell'AAROI-EMAC)

La *ratio* del meccanismo contenuto nel comma 3 del novellato articolo sull'orario di lavoro (art. 27) del CCNL, è quella di limitare l'eccedenza oraria EVENTUALMENTE necessaria per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al singolo Dirigente.

Il D. Lgs. 502/1992, al c.3 dell'art. 15 infatti recita: *"Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito"*.

Questo dispositivo di legge finora ha fatto sì che le Aziende potessero cassare senza alcuna limitazione quantitativa l'eventuale eccedenza oraria maturata dai Dirigenti rispetto all'orario di lavoro stabilito in 38 ore settimanali.

Per porre un limite al dispositivo di legge, su proposta dell'AAROI EMAC, ritenuta da subito per-

corribile dall'ARAN e inizialmente sostenuta dalla sola CGIL Medici ma, dopo attenta analisi, da molte altre OO.SS., e infine con l'approvazione di tutte, è stato introdotto il meccanismo che proviamo qui a chiarire.

Che cosa succederà, con il nuovo CCNL 2019-2021, se rispetto al mio debito orario di 38 (34+4) ore settimanali risulteranno EVENTUALMENTE timbrate ore in eccesso?

In tal caso possono verificarsi diverse situazioni, tutte regolate dal nuovo articolato contrattuale come segue, rispettivamente per:

**A)** la regolazione dell'eccedenza oraria timbrata inerente la retribuzione di risultato;

**B)** la regolazione dell'eccedenza oraria timbrata e autorizzata, mediante il recupero dell'orario lavorato in eccesso.

### A) REGOLAZIONE DELL'ECCEDEZZA ORARIA TIMBRATA INERENTE LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO

Grazie al novellato articolo sull'orario di lavoro, ferma restando ad obiettivo raggiunto la relativa remunerazione per intero, AL MASSIMO mi vedrò decurtate un numero di ore timbrate secondo il QUOZIENTE che segue: dividendo il valore dello stipendio di risultato corrisposto annualmente (p. es. 1.600€) per 40 (quoziente) otterrò il numero massimo di ore (in questo esempio:  $1.600\text{€}/\text{QUOZ.}40 = 40 \text{ ORE}$ ) la cui timbratura sarà ritenuta per sé giustificata dalla retribuzione di risultato (N.B.: SENZA ALCUNA NECESSITÀ DI AUTORIZZAZIONE EX ANTE O EX POST delle timbrature in eccesso, e qui risiede la sostanziale oltre che formale differenza con le eventuali ore in eccesso che non potranno più essere decurtate!), e che AL MASSIMO mi verranno decurtate dal monte ore complessivamente maturato nell'anno. CONSIDERIAMO AL PROPOSITO 3 SITUAZIONI.

### SITUAZIONE 1

Se, per esempio, la media pro capite della retribuzione di risultato dell'Azienda presso cui lavoro, calcolata sul fondo di risultato al netto di eventuali travasi da altri fondi, è pari a 1.600 €

l'anno ed io raggiungo l'obiettivo ENTRO il mio debito orario di 38 (34+4) ore settimanali, la retribuzione spettante mi sarà corrisposta per intero (oppure parzialmente in caso di raggiungimento parziale), ed ovviamente NON subirò in alcun caso alcuna decurtazione oraria.

In tale eventualità, in caso di raggiungimento parziale dell'obiettivo, naturalmente si abbasserà la remunerazione corrispondente, e di conseguenza anche il numero massimo di ore decurtate dal monte orario maturato.

## SITUAZIONE 2

Invece, sempre nel caso di cui al suddetto esempio di retribuzione di risultato pari a 1.600 € l'anno, se avrò maturato p. es. solo 20 ore in eccesso rispetto al mio debito orario di 38 (34+4) ore settimanali, ad obiettivo pienamente raggiunto solo queste 20 ore mi verranno decurtate, sempre ferma restando la relativa remunerazione per intero. Anche in tale eventualità, in caso di raggiungimento parziale dell'obiettivo, naturalmente si abbasserà la remunerazione corrispondente, e di conseguenza anche il numero massimo di ore decurtate dal monte orario maturato.

## SITUAZIONE 3

Se invece, sempre nel caso di cui al suddetto esempio di retribuzione di risultato pari a 1.600 € l'anno, avrò maturato p. es. 60 ore in eccesso rispetto al mio debito orario di 38 (34+4) ore settimanali, ad obiettivo pienamente raggiunto solo 40 ore mi verranno decurtate, sempre ferma restando la relativa remunerazione per intero. Anche in tale eventualità, in caso di raggiungimento parziale dell'obiettivo, naturalmente si abbasserà la remunerazione corrispondente, e di conseguenza anche il numero massimo di ore decurtate dal monte orario maturato.

Qui termina la storia relativa ad obiettivi e risultato.

Vediamo ora che cosa accade, sempre grazie al novellato articolo sull'orario di lavoro, alle (sempre EVENTUALI) ORE LAVORATE IN ECCESSO

rispetto al mio debito orario di 38 (34+4) ore settimanali (p. es. a causa di sforamenti di sala operatoria) per le quali vi è invece il DIRITTO AL RECUPERO ORARIO (IMPORTANTE: ANCHE A GIORNATE INTERE!) all'imprescindibile condizione che siano AUTORIZZATE EX POST. Attenzione! Per tali ore il recupero "è soggetto alla successiva espressa approvazione da parte del dirigente responsabile previa verifica della sussistenza dei relativi presupposti rimanendo esclusa ogni forma generalizzata di approvazione". Perciò è buona regola conservare sia i piani di lavoro (Fogli Turni che equivalgono ad Ordini di Servizio), sia le riprove di eventuali prolungamenti dei turni di lavoro assegnati, in modo da scongiurare il rischio che essi non vengano tenuti in giusto conto ai fini autorizzativi ex post.

## B) REGOLAZIONE DELL'ECCEDEZZA ORARIA TIMBRATA E AUTORIZZATA MEDIANTE IL RECUPERO DELL'ORARIO LAVORATO IN ECCESSO

A PRESCINDERE DA OGNI EVENTUALE ORARIO TIMBRATO IN ECCESSO RISPETTO AL MIO DEBITO ORARIO DI 38 (34+4) ORE SETTIMANALI RIFERIBILE ALLA RETRIBUZIONE DI RISULTATO (anche questo è molto importante!), potrà verificarsi il caso di ORE COMUNQUE TIMBRATE IN ECCESSO (le quali dovranno comunque risultare dai sistemi di rilevazione oraria) soggette a recupero. Il DIRITTO AL RECUPERO ORARIO (ANCHE A GIORNATE INTERE!) di tale eccedenza oraria deve essere AUTORIZZATO ex post dal Dirigente responsabile della struttura (nella NECESSARIA AUTORIZZAZIONE di queste ore risiede la sostanziale oltre che formale differenza con le eventuali ore in eccesso decurtabili al massimo con il quoziente descritto nel paragrafo precedente, in ragione della retribuzione di risultato!).

Tali ore dovranno pertanto essere recuperate ai sensi e nei limiti temporali di quanto previsto nello stesso articolo 27 c.3.

A latere rispetto al quesito, si sottolinea che le PRESTAZIONI AGGIUNTIVE sono INVECE regolate dal comma 8 del novellato art. 27, che recita:

*Ove per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti quelli richiesti ai singoli dirigenti ai sensi dei commi 1 e 2, fermo restando il comma 3, sia necessario un impegno aggiuntivo, l'Azienda o Ente, sulla base delle linee di indirizzo regionali ed ove ne ricorrano i requisiti e le condizioni, può concordare con l'equipe interessata l'applicazione dell'istituto delle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 89, comma 2 (Tipologie di attività libero professionale intramuraria) in base al regolamento adottato dalle Aziende o Enti, fermo restando che l'esercizio di tali prestazioni è possibile solo dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati.*

Per completezza, al proposito dell'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE COMUNQUE INQUADRATA CONTRATTUALMENTE, si precisa che, sempre su proposta dell'AAROI EMAC, questa però ritenuta percorribile dall'ARAN solo dopo intensi confronti, ma anch'essa, dopo attenta analisi, con il favore di tutte le altre OO. SS., è stato novellato anche il c.17 dell'art. 27, il quale reca una importantissima modifica sui cosiddetti "RIPOSI EUROPEI GIORNALIERI" di cui al D.Lgs 66/2003, al proposito dei quali riposi il vigente CCNL 2016-2018 imponeva alla libera professione limiti che l'AAROI-EMAC aveva da sempre ritenuto ingiustamente penalizzanti.

Con il CCNL 2019-2021:

- **RESTERÀ FERMO IL RIGOROSO RISPETTO DELLA VIGENTE NORMATIVA SUI RIPOSI PER QUANTO CONCERNE IL DEBITO ORARIO CONTRATTUALMENTE DOVUTO** (orario ordinario e straordinario);
- **MA PER QUANTO CONCERNE LA LIBERA PROFESSIONE COMUNQUE DENOMINATA, i cosiddetti "RIPOSI EUROPEI GIORNALIERI" saranno condotti ad un più ragionevole regola applicativa, la stessa che contrattualmente vige per le riunioni di reparto e per le iniziative di formazione obbligatoria, come segue in base al dettato del predetto novellato c.17, che recita:**

*Al fine di garantire la continuità assistenziale, da parte del personale dirigente addetto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure*

*delle strutture ospedaliere, nonché ai servizi territoriali, l'attività lavorativa dedicata alla partecipazione alle riunioni di reparto e alle iniziative di formazione obbligatoria determina la sospensione del riposo giornaliero. Il recupero del periodo di riposo non fruito, per il completamento delle undici ore di riposo, deve avvenire immediatamente e consecutivamente dopo il servizio reso. Nel caso in cui, per ragioni eccezionali, non sia possibile applicare la disciplina di cui al precedente periodo, quale misura di adeguata protezione, le ore di mancato riposo saranno fruito nei successivi sette giorni fino al completamento delle undici ore di riposo. Le previsioni di cui al presente comma si applicano anche nello svolgimento dell'attività libero professionale.*

**NOTA Dr Alessandro Vergallo – Presidente Nazionale AAROI-EMAC**



Al proposito val la pena far notare che come in tutti gli ambiti della vita "il tempo è denaro"! Va infatti ricordato ai ns Colleghi che nel complessivo combinato disposto dalle previsioni del novellato art. 27 (e non solo\*) risiederà il vero valore economico incrementale del nuovo CCNL 2019-2021! Infatti, sia le prestazioni aggiuntive il cui onere economico è a carico del bilancio aziendale, sia la libera professione con "terzo pagante" il cui onere economico resta a carico del paziente, eventualmente anche per tramite di una sua polizza sanitaria personale, che non sono consentite durante la fruizione di altri istituti contrattuali come p. es. le ferie, sono invece assolutamente consentite durante la fruizione dei recuperi orari di cui al comma 3. Il

che consente (sempre e solo su base volontaria!) di trasformare l'ottenuta garanzia del recupero dell'extra-orario autorizzato in moneta, peraltro con tariffazione oraria, nel caso delle prestazioni aggiuntive, passata con l'art. 89 ad 80 euro lordi elevabili fino a 100 euro sulla base delle linee di indirizzo regionali", il che ci auguriamo – grazie all'enorme lavoro svolto dal livello nazionale dell'AAROI-EMAC per il CCNL – faccia da sprone per rilanciare al massimo l'operatività dei livelli regionali ed aziendali della nostra Associazione in favore dei benefici economici a vantaggio di AR e MEU.

\* un altro importantissimo target che abbiamo raggiunto con il CCNL 2019-2021 soprattutto per AR e MEU rispetto ai precedenti CCNL, oltre agli Incarichi più esigibili entro termini finalmente tassativi (art. 22), è la prescrizione contrattuale nazionale che gli Incarichi di alto valore debbano essere conferiti in funzione delle dotazioni organiche (art. 22 c.4), principio che per le UU.OO. di afferenza ARTID e MEU è sempre stato calpestato con n. incarichi al lumicino rispetto alla sovrabbondanza di cui hanno sempre beneficiato altre UU. OO.

Ma su questo, e su molti altri aspetti, sarà redatto in tempo utile un Commentario (una sorta di Vademecum) ad uso dei ns Rappresentanti di livello regionale e aziendale per esigere in ogni Ospedale a vantaggio di tutti i ns Colleghi

l'applicazione delle novità che abbiamo ottenuto con la trattativa nazionale che ha portato alla firma della PreIntesa. Quasi tutti obiettivi che recano la firma AAROI-EMAC, con il solo 10,39% di rappresentatività. Abbiamo bisogno di tutti gli Iscritti possibili affinché questa percentuale aumenti, per avere ancor più forza nelle prossime trattative per il CCNL 2022-2024 e finalmente valorizzare come meritano i Colleghi che rappresentiamo, AR e MEU!!!



### Assemblee Regionali per spiegare il Contratto

In seguito alla firma della Pre Intesa del CCNL 2019-2021 dello scorso 28 Settembre, l'AAROI-EMAC sta organizzando Assemblee regionali per approfondire i punti principali dell'Accordo che dovrà passare al vaglio del MEF e della Corte di Conti prima della firma definitiva e della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.



Il calendario in continuo aggiornamento è al seguente link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=33936>

## Riforma Emergenza-Urgenza: presentato il DDL 224 “Riordino del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera e integrazione con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza”

Il 21 Settembre si è svolta a Roma la Conferenza Stampa di presentazione del DDL 224 “**Riordino del Sistema di emergenza sanitaria preospedaliera e integrazione con il Sistema ospedaliero di emergenza urgenza**”. Su iniziativa della senatrice Maria Cristina Cantù.

Alla presentazione ha partecipato il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo. Di seguito la sua dichiarazione nel corso della conferenza stampa.

**“Un sistema di Emergenza-Urgenza Territoriale da riformarsi in modo da poter essere realmente appropriato, efficace, efficiente, ed equamente organizzato in tutte le Regioni d’Italia, richiede professionalità, competenze e skills tipiche della Medicina Ospedaliera, ed in particolare provenienti preferibilmente dai due ambiti dove si affrontano quotidianamente le vere emergenze: i Pronto Soccorso e le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, sia per l’ambito medico sia per quello infermieristico. Ecco perché noi lo definiamo un Sistema PreOspedaliero. Non solo: le professionalità mediche da reclutarsi per gli obiettivi di una sua riforma in tal direzione, sempre più necessaria per riportarlo alle finalità per le quali era nato, devono essere inquadrati, prioritariamente nel breve periodo, ma progressivamente e stabilmente a medio e lungo termine, in rapporti di lavoro dipendente del Pubblico Impiego.**

**Invece ad oggi, differentemente dalle professionalità infermieristiche, la cui massima parte proviene dai Pronto Soccorso e dalle UU. OO. di Anestesia e Rianimazione, ed è inquadrato in un rapporto di lavoro dipendente afferente al pubblico impiego,**

**le professionalità mediche a cui è affidata la salute della popolazione nelle situazioni più critiche soffrono di una larga caratterizzazione in qualche modo libero-professionale, ivi incluso il rapporto di lavoro “in convenzione” attraverso l’ACN della Medicina Generale. Il modello che da sempre proponiamo non contempla un medico in ogni ambulanza, ma un’opportuna integrazione tra mezzi infermieri e mezzi medicalizzati in base alle reali esigenze della popolazione e al progresso tecnologico e organizzativo, puntando sulla qualità, quindi anche sulle competenze e sulle skills dei professionisti sanitari sui quali fondarlo.**

**I Medici da reclutare in un Sistema di Emergenza-Urgenza PreOspedaliero che non sia una replica della Medicina del Territorio, a regime con CCNL del Pubblico Impiego, devono essere pertanto, nell’ordine: Specialisti MEU e ARTID, Medici non specialisti MEU che lavorano stabilmente in Pronto Soccorso, Medici in Formazione, preferibilmente degli ultimi due anni, nelle discipline MEU e ARTID, Medici in convenzione, preferibilmente a tempo pieno in tale Sistema, a favore dei quali definire percorsi formativi di specializzazione in MEU e in ARTID, in un’ottica di progressiva loro integrazione in tali settori”.**



Guarda il video dell'intervento del Presidente Nazionale al link:  
<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=33799>

## Nuove Linee Guida per l'Elisoccorso e Buone Pratiche Cliniche per il Trasporto Inter e Intra Ospedaliero SIAARTI, ottima notizia per Medici AR e MEU

La pubblicazione delle Nuove **"Linee guida per la gestione in elisoccorso del paziente critico"** della SIAARTI, che ne ha coordinato lo sviluppo con le altre società scientifiche del settore, dimostrando in tal modo anche una equilibrata vision multidisciplinare e multiprofessionale del lavoro in team che ne è una caratteristica fondamentale, è un'ottima notizia per tutti i Medici Anestesisti Rianimatori e per i Medici dell'Emergenza-Urgenza, che da ieri 28 Settembre, data di pubblicazione del documento, hanno precisi riferimenti clinico-scientifici, realmente "UpToDate", anche in questo settore d'assoluta eccellenza, di sempre maggior rilevanza per i bisogni di salute della popolazione nelle situazioni in assoluto più critiche. L'AAROI-EMAC plaude quindi a quest'importantissimo lavoro svolto dalla SIAARTI, con la quale condivide, tra gli altri, sempre nel pieno rispetto dei rispettivi ruoli, tutti gli obiettivi di necessaria valorizzazione delle competenze professionali necessarie in tutto il Sistema di Emergenza-Urgenza, e più in generale nell'Area Critica. Le Linee Guida sull'Elisoccorso si affiancano infatti alle "Buone Pratiche Cliniche sul trasporto inter e intra ospedaliero", editate sempre a cura della prestigiosa Società Scientifica degli Anestesisti Rianimatori. Con questi documenti, il rigoroso metodo scientifico che ne è alla base ancora una volta si dimostra in assoluta sintonia con quello,

altrettanto scrupoloso, della mission sindacale che l'AAROI-EMAC persegue nelle proprie iniziative, in tutti gli ambiti di organizzazione del lavoro dei Professionisti che rappresenta.

Proprio su questi punti, ed in particolare sull'importanza delle competenze multidisciplinari e multiprofessionali organizzate per livelli di intervento nel soccorso sanitario in emergenza-urgenza, l'AAROI-EMAC ha partecipato nei giorni scorsi con la SIAARTI alla presentazione del DDL 224 sul riordino del Sistema di Emergenza-Urgenza in un Evento all'uopo organizzato presso il Senato della Repubblica, nella "Sala Caduti di Nassirya", definendo chiaramente quali siano le figure professionali necessarie e quali competenze e skills siano indispensabili.

Il 28 Settembre 2023 è, pertanto, una data importantissima per tutti i Medici Anestesisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza perché ha visto, nello stesso giorno, anche la firma della pre-intesa del CCNL 2019-2021, nella quale, oltre a numerosissimi interventi di aggiornamento delle normative contrattuali riguardanti tutti i medici e i dirigenti sanitari ospedalieri, per i due ambiti specialistici ARTID e MEU sono state ottenute previsioni contrattuali da decenni in sospeso, o mai affrontate, sull'organizzazione del lavoro dei Medici per la valorizzazione dei quali l'AAROI-EMAC è il peculiare, di fatto unico, riferimento sindacale.



# SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

## Elezione Presidente SIAARTI: la Comunicazione del Presidente Nazionale

Care Colleghe e Cari Colleghi,

**l'argomento di questa Comunicazione è la prossima ELEZIONE del PRESIDENTE SIAARTI per il TRIENNIO 2025-2027, che per il 2024 rivestirà la Carica di Presidente Designato.**

**Tale elezione avverrà attraverso la piattaforma Eligo, dal 12 ottobre alle ore 16:30 del 27 ottobre 2023.**

Il link a tale appuntamento, importante per tutti i Soci della prestigiosa Società Scientifica di riferimento generale per Tutti gli AR Italiani anche nelle prospettive che interessano la nostra Disciplina ARTID negli asset internazionali:

<https://www.siaarti.it/news/1608242>

Le 2 Candidature pervenute, con rispettivo Curriculum e Programma, al link:

<https://www.siaarti.it/news/1672682>

***Con la consueta schiettezza, e con i soliti modi molto chiari e diretti (direi "da AR"), come semplice Socio SIAARTI (e quindi da Elettore), ma anche come Presidente AAROI-EMAC (e quindi da Interlocutore Istituzionale), metto a conoscenza Tutti i Colleghi e le Colleghe su come la penso al riguardo:***

**1 – da quando ricopro la Presidenza nazionale AAROI-EMAC, Sindacato e Società Scientifica, grazie ad un impegnativo ma entusiasta percorso di sinergie di comune interesse per la valorizzazione della Disciplina ARTID e quindi degli AR (che ci si augura prima o poi, meglio prima, possa replicarsi anche sul versante della Disciplina MEU con la Società Scientifica SIMEU di riferimento per i nostri Colleghi di tale Disciplina) hanno non solo risolto certe dicotomie di un ormai lontanissimo passato, ma del rispettivo e distinto ruolo hanno fatto un efficacissimo strumento utilizzato ad ogni livello e in ogni ambito a favore di tutti gli AR Italiani, iscritti al Sindacato (buona cosa) o alla Società Scientifica (cosa altrettanto buona) o ad entrambi (cosa di**

gran lunga migliore), o non iscritti né all'uno né all'altra (cosa assolutamente da migliorarsi iscrivendosi al più presto ad entrambi!!!

**2 – tale percorso, che ormai tutti conoscono, può e deve essere ancora implementato sin dall'immediato futuro;**

**3 – la strada maestra deve restare tracciata nel solco (tra molti altri solchi) dell'unitarietà della Disciplina ARTID;**

**4 – uno dei punti fondamentali dello Statement del 2017 tra AAROI-EMAC e SIAARTI (a firma Vergallo/Corcione) è – tra altri – quello della **suddivisione degli ambiti di azione**, al fine non di dividerci ma di sinergizzare e render enormemente più efficaci le iniziative di entrambi, Sindacato e Società Scientifica, cosa puntualmente avvenuta già prima di allora ma da allora ad oggi, ma che con ogni volontà e impegno andrà sempre più efficacemente mantenuta anche per il futuro;**

**5 – tra tali ambiti di azione, nello Statement (ma anche e soprattutto in tutte le relazioni che da allora li hanno sempre rispettati e sempre più valorizzati) vi sono precisi e dettagliati impegni reciproci tra Sindacato e Società Scientifica. Inutile ricordarli tutti in questa comunicazione, lo Statement (che proporrò al Presidente SIAARTI Antonino Giarratano di novellare entro quest'anno 2023!) è pubblico al link:**

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=14845>

**Ciò premesso, non mi è mai stato così facile, come in quest'occasione, esprimere un CONVINTO ENDORSEMENT alla PREFERENZA per la CANDIDATA alla Presidenza SIAARTI 2025-2027 Prof.ssa Elena Giovanna Bignami, di cui qui riporto il link ad un suo post sul suo Programma a tali fini elettivi:**

<https://www.facebook.com/eg.bignami/posts/122107020674030764>





## Responsabilità professionale, risponde il Presidente Nazionale

*Le risposte del Dr Alessandro Vergallo in una intervista pubblicata – in parte –  
su Panorama a firma Linda Di Benedetto*

**Cosa comporta ed ha comportato la mancata depenalizzazione della responsabilità medica per gli operatori sanitari?**

In Italia, il tema della depenalizzazione dell'atto sanitario viene periodicamente a galla ogni qualvolta alla politica sia interessato dare segnali (a volte in certi casi di fumo) di attenzione verso i professionisti sanitari italiani, medici in primis, dato che la responsabilità penale (forse ancor più di quella civile per quanto concerne almeno l'impatto psicologico) grava soprattutto su questa categoria professionale. Va subito chiarito che almeno la depenalizzazione vera e propria in quanto tale (eliminazione in toto della responsabilità penale "colposa", dato che la responsabilità per dolo è fuori da ogni discussione) è destinata a restare sostanzialmente irrealizzabile nel nostro Ordinamento senza uno sconvolgimento

complessivo che lo riformi nella sua complessa interezza, a partire dalla Costituzione, e perciò resta con ogni ragionevolezza da escludersi nel mondo reale.

Inoltre, pur senza qui entrare nel merito della responsabilità sanitaria in ambito civile (la quale purtroppo soffre anch'essa di non poche criticità), è tuttavia necessario accennare al fatto che i due ambiti sono in qualche modo interlacciati, come hanno anche dimostrato rispettivamente a loro tempo, ciascuna con le proprie poche luci e con le proprie molte ombre, sia la Legge Balduzzi sia la legge Gelli, entrambe le quali non hanno risolto granché né in un ambito né nell'altro, né avrebbero potuto farlo solo con il loro limitato effetto legiferativo, peraltro non potendo incidere direttamente su una dottrina giurisprudenziale, cioè quella derivante anche dalle sentenze che in vario grado – secondo le varie Magistrature giu-

dicanti – “fanno giurisprudenza”, la cui evoluzione è senz’altro più vivace di quanto siano invece le riforme normative; a tal proposito si pensi p. es. al radicale mutamento della responsabilità civile del medico pubblico dipendente mutata da “extra-contrattuale” a “contrattuale” in forza del cosiddetto “contatto sociale” iniziatosi a configurare oltre vent’anni addietro, e sul delimitare il quale mutamento di fatto poco hanno potuto incidere tanto la L. Balduzzi quanto la L. Gelli.

Ma ritornando strettamente all’ambito penale, anche pensare seriamente ad una riforma parziale, quindi ad una razionalizzazione della responsabilità penale colposa in ambito sanitario, in modo tale da porre un argine al proliferare incontrollato di procedimenti penali la cui stragrande maggioranza finisce in nulla, riducendoli a quelli realmente ineliminabili senza andare a ledere i principi costituzionali di tutela della salute, non è cosa semplice.

Una riforma seria imporrebbe innanzitutto una precisa delimitazione del fondamentale obiettivo che ad oggi appare comunque cogente: liberare almeno per l’ambito penale l’erogazione di prestazioni sanitarie dalla zavorra dagli effetti negativi provocati ai cittadini, oltre che ai professionisti sanitari, da una indiscriminata perseguibilità penale come quella oggi esistente: da un lato (nei cittadini), una poco ragionevole e crescente “cultura della denuncia”, dall’altro (nei medici) una inevitabile (pur eccessiva) “medicina difensiva”, con costi non solo economici altissimi per la società civile.

Si tratta di effetti che contribuiscono in ultima analisi ad un’insana e progressiva corrosione della fiducia reciproca tra sanitario e paziente nella relazione di cura che invece ne costituisce il fondamentale presupposto, considerando che tale fiducia viene ad essere minata da un lato (quello del paziente) dalla facilità con cui si innescano azioni penali già in par-

tenza evidentemente fuori target; si pensi anche solo ai medici coinvolti in procedimenti penali sol perché semplicemente in servizio durante un processo di cura esitato in un evento tale da provocare, d’ufficio o d’iniziativa del paziente o dei familiari, l’attivazione delle Procure, senza alcun altro risultato che l’archiviazione senza luogo a procedere; ma – ciò nonostante – è intuibile come anche i procedimenti penali più o meno rapidamente archiviati non giovino alla serenità di chi vi si trova coinvolto malgrado il suo impegno a curare le persone e non certo a danneggiarle come se fosse un criminale.

Quindi, le uniche possibilità realmente sostenibili restano quelle di inserire nell’ordinamento alcune disposizioni che possano consentire una limitazione della azione penale contro i sanitari ai fatti effettivamente meritevoli e degli effetti realmente funzionali alla tutela del diritto alla salute che il procedimento penale può determinare in concreto. Quali sono questi fatti e questi effetti?

Sotto il primo profilo, per limitare tali fatti, sarebbe fondamentale, in definitiva, prevedere che chi intende presen-

tere una denuncia-querela nei confronti di un medico supportasse le proprie affermazioni con una perizia medico legale “giurata”, per tale intendendo una perizia in cui il medico legale dichiara espressamente che le sue affermazioni ivi contenute sono scientificamente vere e, in caso contrario, ne risponde direttamente anche con il proprio patrimonio personale. In questo modo, si potrebbero limitare i procedimenti penali attivati al solo scopo di scaricare sul Pubblico Ministero (quindi sulla collettività) i costi di accertamento medico legali per creare la documentazione utile ad attivare, successivamente, un’azione civile nei confronti del medico e/o della struttura sanitaria in cui quel medico lavora.

Quanto alla limitazione degli effetti aberranti dell’a-



zione penale, con le regole processuali oggi in vigore, se un paziente dovesse decedere dopo aver passato alcuni giorni in un reparto di Rianimazione, verrebbero (inutilmente) coinvolti in quel procedimento penale tutti gli Anestesisti/Rianimatori di quel reparto che si sono succeduti nei turni di quei giorni: per nostra esperienza nell'ambito associativo AAROI-EMAC, siamo arrivati a 48 anestesisti coinvolti in un'unica vicenda. Questo significa: l'attivazione inutile di decine di polizze assicurative, incarico altrettanto inutile a decine di avvocati, coinvolgimento del pari inutile di una marea di consulenti tecnici, ma – quel che è molto peggio – medici sottoposti ad uno stress psicologico enorme seppur poi nella quasi totalità dei casi usciti innocenti dal giudizio penale o addirittura senza luogo a procedere dopo essere stati colpiti da raffiche di avvisi di garanzia (e spesso dagli "onori," dei media a volte anche con nome e cognome in bella vista), i quali da quel momento avranno perso pezzi della propria serenità professionale oltre che, inevitabilmente, anche personale e familiare.

E – giova ribadirlo – quasi sempre tutto questo senza alcuna utilità rispetto alla tutela della salute affidata alle cure del professionista sanitario.

Sotto questo secondo profilo, per limitare tali effetti, sarebbe quantomai utile, in definitiva, almeno una normativa che consenta al Pubblico Ministero di avere maggiore attenzione su chi viene coinvolto nelle indagini preliminari.

### **Cosa può dirci della medicina difensiva?**

Come prima accennato, la medicina difensiva è un problema che determina un danno sia economico sia – forse peggio – sociale, la cui esacerbazione ormai pluridecennale è stata causata anche da un vorticoso sommarsi di evoluzioni culturali, mediatiche, etc., in una sola parola sociali, a cui non ha fatto da contraltare un' adeguata evoluzione normativa, e alla quale non sono bastati a far da argine i pur numerosi tentativi della stessa comunità medica, a livello sia scientifico, sia ordinistico, sia più in generale professionale, di "auto-regolamentarsi" per contenerla se non per risolverla, nella sostanziale indifferenza istituzionale, almeno fino al primo tentativo del Legislatore di ricondurre a criteri ragionevoli (e come sopra accennato pur con uno strumento legislativo per ciò stesso "debole"), verificatosi per la prima volta con la "Legge Balduzzi", e poi con la "Legge Gelli".

Qui occorre, però, chiarire che quando si parla di "medicina difensiva" occorre evidenziare che il medico non la utilizza solo per proteggersi dalle azioni giudiziarie che il paziente potrebbe attivare nei suoi confronti, ma – soprattutto, e questo è davvero un paradosso – nei confronti della stessa struttura presso cui e per conto della quale opera.

Nel corso degli anni, questo fronte di conflitto si sta facendo sempre più ampio e preoccupante. Il tutto ulteriormente evidenziato dall'inserimento, nella Legge Gelli-Bianco (n.24/2017) che ora disciplina la materia, di una norma che obbliga le Strutture sanitarie (pubbliche o private) ad inviare entro 45 giorni a tutti i professionisti sanitari interessati, una comunicazione con cui li avvisa che sono iniziate delle trattative stragiudiziali con un paziente che si ritiene danneggiato. Da quel momento, la Struttura sanitaria - che non ha braccia o mani se non quelle dei propri professionisti dipendenti – di fatto, di pone come antagonista e, sempre più spesso, cerca di coinvolgere il proprio dipendente in un eventuale risarcimento del danno: anche in ragione che, non assicurandosi più, cerca di imitare al massimo la propria esposizione economica.

### **Tra gli Anestesisti Rianimatori ci sono stati molti casi?**

La AAROI EMAC, in ambito di responsabilità sia civile sia penale, ha un sistema di protezione degli iscritti molto efficace, basato anche su una convenzione assicurativa realizzata su misura per gli Specialisti che per mission statutaria possono associarsi.

Sotto il profilo penalistico, ogni anno vengono aperti fra i 400 e i 500 sinistri per denunce penali; come sopra accennato, nella quasi totalità dei casi inutilmente in quanto i nostri professionisti sono bravi nella loro attività professionale ma, purtroppo restano loro malgrado coinvolti in quasi tutte le vicende processuali che riguardino una équipe chirurgica; in questa prospettiva, l'emanazione della Legge Gelli-Bianco non ha avuto alcuna rilevanza positiva, anzi, proprio per gli Anestesisti Rianimatori (e per i Colleghi dei PS, ai quali l'AAROI-EMAC ha adeguato la sua convenzione per gli specifici ambiti professionali) ha provocato un sensibile incremento dei sinistri aperti anche in ragione delle disposizioni sopra accennate. Ovviamente, proprio per le ragioni sopra esposte – e quindi non v'è alcun motivo di rallegrarsene,

tutt'altro – c'è stato un ulteriore abbassamento del quoziente tra condanne e numero di procedimenti penali intentati, solo a causa dell'aumento di questi ultimi.

### Quali sono stati i passi di Schillaci?

Le dichiarazioni fatte sia dal Ministro Schillaci che dal Ministro Nordio ci paiono apprezzabili per sensibilità e attenzione alla materia. Occorrerà vedere cosa verrà prodotto da loro e/o dalle commissioni di esperti incaricate.

In particolare, sarà importante constatare se ci si orienterà – ancora una volta – a fare solo delle mere dichiarazioni di carattere “elettorale” sulla necessità di depenalizzare l'atto medico o se, invece, ci si concentrerà su quello che ora, qui e adesso, è effettivamente e concretamente realizzabile. Saranno i fatti (in termini di iniziative riformatrici concrete, di cui ci auguriamo di veder presto qualche bozza anche per poter dare – se ritenuto utile – un nostro contributo) a doverlo far almeno intravedere.



## “Responsabilità professionale e sistema di protezione AAROI-EMAC: tutto quello che NON puoi NON sapere”

Il 27 Settembre 2023 si è svolto il Webinar organizzato dall'AAROI-EMAC dal titolo “Responsabilità professionale e sistema di protezione AAROI-EMAC: tutto quello che NON puoi NON sapere”. L'evento online ha suscitato molto interesse e partecipazione. Per allargare ulteriormente “la platea” e per diffondere le informazioni sul tema nella maniera più ampia possibile è stato pubblicato sul sito dell'Associazione il video delle relazioni al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=33974>.

Di seguito sono invece disponibili le risposte alle domande pervenute.

**Vorrei avere un chiarimento sulla copertura assicurativa durante le ore di reperibilità (diurna e notturna) da specializzando.**

La polizza non viene condizionata dal tema “orario”.

**Vorrei sapere come funziona per gli specializzandi assunti con Decreto Calabria che a novembre diventeranno specialisti: devono stipulare una nuova polizza o aggiornare quella in essere?**

Devono aggiornare quella in corso

**Vorrei chiedere come va identificata la figura del tutor? Deve essere definito sui turni?**

**Può lo specializzando essere inserito nelle reperibilità?**

L'articolo 38 del Decreto Legislativo n. 368 del 17 agosto 1999 recita:

“ogni attività formativa e assistenziale dei medici in formazione specialistica si svolge sotto la guida di tutori de-

signati annualmente dal Consiglio di Scuola sulla base di requisiti di elevata qualificazione scientifica, di adeguato curriculum professionale, di documentata capacità didattica-formativa. Il numero di medici in formazione specialistica per tutore non essere superiore a 3 e varia secondo le caratteristiche delle diverse specializzazioni.”

Si consiglia la stesura di una procedura concordata tra il Direttore SC e gli specializzandi vidimata dalla Direzione Sanitaria dove vengano esplicitate di comune accordo le attività alle quali gli specializzandi possano essere adibiti, le metodiche ed il personale coinvolto.

**Dove si possono trovare dei riferimenti scritti per la copertura per gli specializzandi assunti con Decreto Calabria?**

Basta consultare il sito <https://www.aaroiemac.aon.it>

**Se si sfora il limite delle 12 ore e 50 su 24 ore e delle 48 ore settimanali, cosa si rischia dal punto legale-assicurativo?**

La polizza non viene condizionata dal tema “orario”.

**La copertura assicurativa riguarda anche un periodo di formazione all'estero?**

Certamente: opera in tutto il mondo (salvo USA e Canada) ma – come per tutte le polizze di responsabilità civile professionale – richiede che l'azione di risarcimento sia esercitata in Italia.

**La copertura assicurativa è valida anche in caso di attività tutorata (da specializzando) e svolta in ora-**

**Aggiornamento dedicato a Medici in Formazione e Neo Specialisti**

**RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E SISTEMA DI PROTEZIONE AAROI-EMAC:  
TUTTO QUELLO CHE NON PUOI NON SAPERE**

## WEBINAR



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

**rio extracurricolare e in sedi non considerate parte della rete formativa della facoltà di appartenenza (ma in rete di altre facoltà)?**

Essendoci alla base di tali attività uno specifico ordine di servizio, non ci sono problemi di copertura.

**Desidererei chiedere se per i turni sul 118 o di pronto soccorso o continuità assistenziale svolti nel corso degli anni della specialità (come gettonista e senza nessuna supervisione pertanto come se fossi uno strutturato) l'assicurazione coprirebbe?**

Copre ma, in tal caso, occorre sottoscrivere la polizza da specializzando più estesa.

**Il tutor, deve essere sempre una stessa persona, o può variare in funzione dei turni? Vale a dire, il mio tutor è sempre il primario, o può essere anche il collega specialista in rianimazione?**

La norma non lo specifica. Si consiglia la stesura di una procedura concordata tra il Direttore SC e gli specializzandi vidimata dalla Direzione Sanitaria dove vengano

esplicitate di comune accordo le attività alle quali gli specializzandi possano essere adibiti, le metodiche ed il personale coinvolto.

**Se come Medico in Formazione assunta con Decreto Calabria vengo chiamata di notte in reperibilità, il mio tutor dovrebbe essere presente in ospedale?**

La norma non lo specifica. Si consiglia la stesura di una procedura concordata tra il Direttore SC e gli specializzandi vidimata dalla Direzione Sanitaria dove vengano esplicitate di comune accordo le attività alle quali gli specializzandi possano essere adibiti, le metodiche ed il personale coinvolto.

**Al di là della legge Gelli, dove si può trovare della documentazione sulla normativa di cui stiamo parlando, per farsi un po' più di cultura?**

Ormai ci sono molti libri sulla responsabilità sanitaria. Sul punto, ogni anno, le sedi regionali della AAROI-EMAC organizzano degli incontri di studio ed approfondimento ai quali è sempre consigliato partecipare.

## AAROI-EMAC Calabria

**Elisoccorso. «Compenso incongruo e anacronistico, intervenire subito»**

*L'intervista di LaC News24 al Dr Domenico Minniti, Presidente AAROI-EMAC Calabria e Vice Presidente Nazionale Area Sud sull'esodo degli operatori sanitari del 118.*

«È assolutamente fuori discussione che la remunerazione degli operatori dell'elisoccorso sia decisamente incongrua e fortemente anacronistica. Si tratta di compensi fermi all'anno di attivazione e implementazione del servizio di elisoccorso, cosa che è avvenuta 23 anni fa e nel corso di questi 23 anni non c'è mai stato un adeguamento all'incremento dell'inflazione e al costo della vita. Penso che sia decisamente da rivedere» conferma il rappresentante sindacale degli anestesisti.

**L'unico documento che disciplina la corresponsione degli emolumenti risale al 2000 con gli importi ancora in lire e non è stato più aggiornato. Secondo lei questo è indice di disattenzione verso la categoria?**

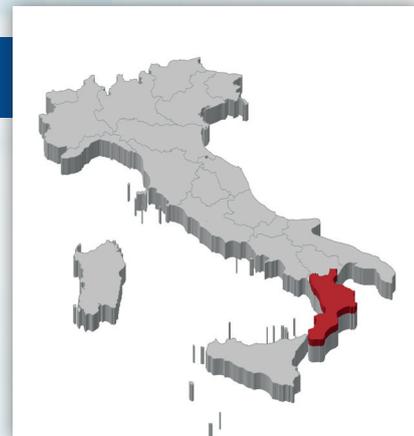
«Non saprei dire se è frutto di una disattenzione da parte della Regione Calabria o frutto di un mancato sollecito da parte degli operatori dell'elisoccorso o da un combinato disposto delle due cose. I medici e gli infermieri rendono questo servizio con grandissima passione, motivo per il quale probabilmente finora non avevano ritenuto dover sollecitare un adeguamento delle remunerazioni. Per la verità a cavallo tra il 2019 e il 2020, come presidente dell'AAROI-EMAC, avevo avuto un incontro con l'allora direzione strategica dell'Asp di Catanzaro che è titolare della responsabilità anche amministrativa dell'elisoccorso e avevamo prodotto con il direttore amministrativo dell'epoca, scrivendola a quattro mani, una bozza di convenzione da proporre alla Regione Calabria che avrebbe dovuto normare il rapporto con le aziende ospedaliere presso le quali i medici e gli infermieri risultano strutturati. La bozza era pronta, poi è intervenuta la catastrofe pandemica e quindi si è fermato tutto. Però ritengo, come giustamente stanno chiedendo gli operatori dell'elisoccorso, che sia giunto il momento per riaprire questo percorso di rinnovamento, anche dal punto di vista amministrativo dell'elisoccorso».

**In questo periodo si parla molto di adeguamenti stipendiali da corrispondere ai medici al fine di incentivarli a lavorare nell'area dell'emergenza-urgenza e l'elisoccorso fa parte della categoria. Cosa si potrebbe fare in termini economici per frenare una fuoriuscita di medici, come già avvenuto per il 118 in Calabria?**

«Che i medici stiano scappando dal servizio sanitario pubblico, e non solo in Calabria, è cosa ormai tristemente nota a tutti. Se vogliamo continuare a garantire un sistema sanitario pubblico che sia universale e che tanti Paesi finora ci hanno invidiato non possiamo più far leva sullo spirito missionario degli operatori. Bisogna lavorare su due fronti: il benessere organizzativo e per fidelizzare la presenza all'interno delle strutture pubbliche bisogna anche adeguare le remunerazioni, soprattutto in quegli ambiti disciplinari - l'emergenza urgenza è una di queste - che non sono più appetibili perché a grandissimo rischio sotto molti punti di vista. Peraltro, gli operatori dell'elisoccorso non hanno un contratto individuale. Quindi questa cosa va assolutamente normata e in tempi brevi, soprattutto per prevenire la possibile fuoriuscita che avrebbe delle ripercussioni catastrofiche. Il personale dell'elisoccorso non esce dall'ospedale e sale sull'elicottero ma deve fare una adeguata formazione anche dal punto di vista aeronautico. Quindi, nel momento in cui dovessero in blocco decidere di abbandonare il servizio sarebbe un grossissimo problema per il nostro sistema».

L'intervista e il video al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=33710>

**31 Agosto 2023**



## AAROI-EMAC Emilia-Romagna

### Un'Agenzia Regionale di Emergenza Urgenza per superare i campanilismi

#### *La proposta dell'AAROI-EMAC Emilia-Romagna alla Regione*

Un'Agenzia Regionale di Emergenza Urgenza per uniformare i livelli di assistenza sul territorio regionale da Piacenza a Rimini e uscire da campanilismi provinciali o ancor peggio di zona. È la proposta lanciata dall'AAROI-EMAC Emilia-Romagna nel corso del Convegno *"Rispondere a un problema emergente: tra cure primarie e sistema di emergenza-urgenza"*, che si è svolto il 10 Ottobre, organizzato dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con Associazioni e Società Scientifiche.

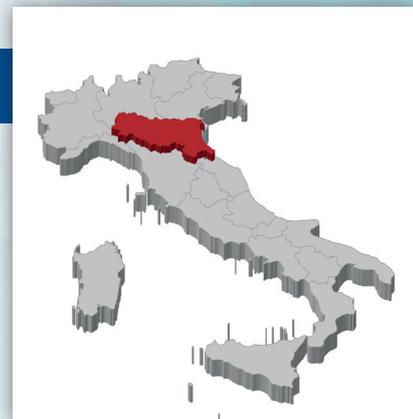
Una richiesta arrivata al termine dell'intervento del Presidente AAROI-EMAC Emilia-Romagna, Matteo Nicolini, che ha rimarcato la volontà dell'Associazione di essere pro attivi rispetto alla riforma dell'emergenza-urgenza che la Regione sta portando avanti, cercando di dare un contributo e di favorirne la comunicazione verso altri stakeholders.

*"Tuttavia – ha affermato Nicolini – per poterlo fare abbiamo bisogno di comprendere e condividere tutti i passaggi, definendo, in primis quali figure professionali devono essere coinvolte. È infatti necessario esplicitare in maniera chiara che la componente medica dell'emergenza pre-ospedaliera è di fatto estensione di quella ospedaliera composta da Medici Anestesisti Rianimatori e di Emergenza-Urgenza, avviando un percorso virtuoso di specializzazione e inserimento nella dipendenza dell'attuale componente convenzionata.*

*Lo stesso discorso vale per la componente infermieristica che deve avere competenze specifiche in emergenza pre-ospedaliera, rappresentando una figura cardine del sistema cui si affiancano i volontari di soccorso da un lato e i medici specialisti dall'altro.*

*I cittadini – ha sottolineato il Presidente AAROI-EMAC Emilia-Romagna – devono sapere che il Mezzo di Soccorso Avanzato (MSA) infermieristico fornisce senza alcun dubbio il primo soccorso qualificato e può sempre avvalersi, se il caso lo richiedesse, di consulenza medica telefonica o nei casi più gravi e selezionati, completare l'equipe con la presenza dell'automedica sul posto".*

12 Ottobre 2023



## AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia

**La denuncia dell'AAROI-EMAC FVG sulla situazione del Pronto Soccorso di Latisana, partita dal Gazzettino e ripresa da La Verità e dalla trasmissione Fuori dal Coro è stata oggetto di due comunicati stampa. Di seguito i testi.**

### *Le cooperative intascano ingenti somme di denaro pubblico*

La trasmissione televisiva "Fuori dal coro" andata in onda su Rete 4 ha evidenziato e confermato in maniera eclatante e fortemente preoccupante quello che AAROI EMAC denuncia pubblicamente da tempo e che recentemente ha portato all'attenzione di cittadini ed amministratori del FVG rispetto alla preoccupante gestione del PS di Latisana.

ASUFC ed il suo Direttore Generale ammettono candidamente di aver delegato completamente a cooperative ed enti privati il reclutamento, l'assunzione, la valutazione, la gestione, la remunerazione e il controllo dei professionisti sanitari cedendo interi rami d'azienda a spregiudicati soggetti il cui unico fine è il lucro.



Queste cooperative vincitrici di appalti ad hoc, intascano ingenti somme di denaro pubblico e solamente una minima parte viene poi data ai sacrificali medici stranieri che vengono ammalati da grandi promesse, sottopagati e lanciati nella difficile prima linea sanitaria senza conoscere la lingua, senza alcuna esperienza di sistema sanitario italiano e con possibili carenze formative e professionali tanto che la normativa italiana non ne riconosce il titolo senza una certificazione parificazione. Da mesi poi le spregiudicate strategie di marketing di questi privati, sponsorizzati da certa politica connivente ed appoggiati da certa stampa regionale allineata, stanno “vendendo” questi medici come i salvatori della patria friulana e del nostro SSR ormai allo sfascio, massacrato da più di 5 anni di inesistente seria programmazione e totale esclusione e disincentivazione dei professionisti dipendenti.

Seramente preoccupati per la salute e sicurezza dei nostri cittadini, per lo scadimento totale e progressivo del sistema sanitario pubblico e per la mancanza di controllo e verifica di standard di qualità e gestione del rischio clinico da parte di ASUFC e Direzione Centrale Salute, facciamo un serio e rinnovato appello al Presidente Fedriga affinché ponga immediati e drastici correttivi a questa gestione.

Ci riserviamo infine di segnalare alle autorità competenti una situazione fuori controllo richiedendo verifiche specifiche sulla qualità offerta da questi servizi appaltati, sugli esiti, sugli incidenti, sulla mala gestione di casi e pazienti e sui flussi di denaro pubblico.

**22 Settembre 2023**

### *Le bugie hanno le gambe corte*

Sfacciata ed arrogante prova muscolare nella giornata di domenica presso il nosocomio di Latisana dove, con tappeti rossi e la grancassa della solita stampa di regime, lo stato maggiore della Sanità Friulana ha sciorinato numeri e percentuali che a loro detta dimostrerebbero una gestione del Pronto Soccorso di Latisana di altissimi livelli ed addirittura ben migliore di quella degli anni passati quando, fior fior di storici primari, e grandi professionisti del settore hanno fatto di Latisana un modello e una scuola per la medicina di emergenza urgenza di tutta la regione! Oggi dimenticati e pesantemente offesi e denigrati di fronte ad una presunta superiorità ed efficienza offerta da libero professionisti senza titoli e spregiudicati enti privati.

Peccato che anche un alunno della terza elementare sa benissimo che confrontare numeri e percentuali di attività e performance di oggi con quelle degli ultimi due anni (gli anni della drammatica pandemia, del collasso dei nostri PS, delle file di ambulanze all'esterno, delle ore di attesa, delle mancanze di barelle e posti letto, dei bivacchi di pazienti per giorni e giorni nei corridoi della prima linea ospedaliera) rappresenta dal punto di vista scientifico, statistico ed epidemiologico, un incomprensibile errore se non, a pensar male, un doloso imbroglio. Peccato inoltre che i parametri tanto enfatizzati per difendere a spada tratta l'attività della nuova cooperativa esterna tengano conto di 8 mesi di attività mentre l'attuale appalto è iniziato appena a maggio quindi non si capisce bene se il pallottoliere aziendale abbia sbagliato nel dare i numeri o chi li ha citati abbia fatto un po' di confusione oppure se nuovamente si vogliono utilizzare numeri a proprio piacimento, sport molto in voga in questa regione anche in un passato non lontanissimo. Fa sorridere poi che venga forzatamente sbandierato “un affiatamento ed una coesione del nuovo team di lavoro” laddove invece tutti i medici dipendenti sono negli ultimi mesi fuggiti verso altri lidi, dove ormai a parte la Responsabile, i medici siano tutti liberi battitori libero professionisti e gettonisti e dove peraltro le cronache locali a lungo han parlato di malcontento, difficoltà e minacce di dimissioni in massa della parte infermieristica. Tutto ovviamente insabbiato.

Gli indicatori di attività e di performance di un Pronto Soccorso sono materia seria e precisa e ci auguriamo che chi è realmente interessato a capire le criticità di Latisana li richieda completi e li discuta poi con professionisti esperti e non con yesman senza contatti con la realtà delle cose. Sindaco, amministratori locali e i consiglieri regionali non si lascino narcotizzare da fantasiosi numeri e miracolosi risultati ma chiedano report ufficiali e ascol-

tino professionisti, tecnici, società scientifiche del settore, sindacati ed ordini professionali da sempre disponibili ma MAI coinvolti.

ASUFC e la Regione ci dicano piuttosto quali azioni hanno messo in campo e quali tentativi concreti hanno fatto in questi anni per ridurre le esternalizzazioni, ci dicano chiaramente perché hanno volutamente confezionato e bandito appalti privati senza alcun chiaro passaggio su competenze professionali e curriculari per i professionisti ingaggiati oltre che su competenze linguistiche e di conoscenza del nostro SSR, ci dicano quali sono le retribuzioni che arrivano realmente ai professionisti e quelle che gonfiano invece i portafogli di società ed enti esterni e spieghino alla popolazione perché hanno imposto alle Aziende il blocco di assunzione di medici dipendenti pubblici da un parte mentre dall'altra abbiano aperto alla privatizzazione selvaggia di medici di cooperative camuffati nel capitolo di spesa "beni e servizi". Persino l'Ordine dei Medici ha pesantemente suonato, inascoltato, un campanello d'allarme richiamando l'attenzione di questa amministrazione regionale sulla grave sperequazione tra medici italiani ed extracomunitari (senza obblighi e doveri ordinistici) e sull'impossibilità di poter garantire ai cittadini un esercizio professionale in condizioni di sicurezza non avendo alcun controllo su questi medici. Fatto gravissimo su cui la Regione tace.

Se questi medici sono così importanti per i nostri Pronto Soccorso, vengano immediatamente avviati e supportati dalla Regione stessa ai percorsi di legge previsti per la equiparazione dei titoli, vengano formalmente assunti dal Sistema Sanitario Regionale con contratti di assunzione ufficiale diretta, parificati a tutti gli altri medici dipendenti pubblici, sottraendoli così a selvagge gestioni privatistiche, a sfruttamenti e caporalati ed all'arricchimento di privati amici degli amici.

Le fanfare e le autocelebrazioni per questo tipo di politica sanitaria ormai estesa anche ad altri nosocomi non fanno altro che offendere e denigrare pesantemente tutti i colleghi dipendenti pubblici che ancora credono, resistono e lavorano indefessamente nel nostro sistema sanitario regionale.

## 2 Ottobre 2023

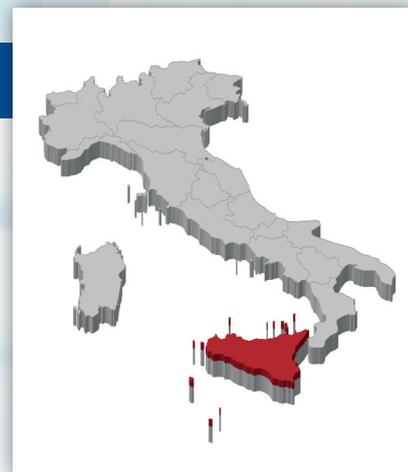
Sul tema è intervenuto anche il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, in un articolo di Quotidiano Sanità:

[https://www.quotidianosanita.it/friuli\\_venezia\\_giulia/articolo.php?articolo\\_id=117279](https://www.quotidianosanita.it/friuli_venezia_giulia/articolo.php?articolo_id=117279)

"L'AAROI-EMAC denuncia da anni, sin dalla sua nascita, il caporalato medico nel SSN Ospedaliero Pubblico, anche sottolineando che lascia la valutazione dei requisiti professionali necessari in mano a reclutatori senza scrupoli. Nel caso del Pronto Soccorso di Latisana si tratta "solo" di un'escalation del fenomeno, che comunque si sta verificando con meno clamore anche altrove. Con il ricorso a medici stranieri, si aggiunge anche la mancata verifica della conoscenza della lingua, che invece è indispensabile per la sicurezza delle cure erogate dai nostri Ospedali. A tutto questo, già di per sé inaccettabile, nel caso specifico aumenta a quanto par di capire il vergognoso lucro delle cosiddette "cooperative" sui compensi dei Colleghi stranieri in appalto, che "grazie" alle loro condizioni di bisogno va ben oltre il già scandaloso 20% mediamente applicato alle remunerazioni dei Colleghi italiani. Cifre che a fronte delle remunerazioni stipendiali pubbliche italiane gridano vendetta. Noi sosteniamo che sia ormai improcrastinabile ricorrere a soluzioni diverse: in primis una riforma del percorso formativo dei Medici in Formazione Specialistica, che per gli ultimi 2 anni ne preveda l'assunzione automatica a CCNL negli Ospedali della Rete Formativa; in secundis, ma solo come "soluzione tampone" marginale, nelle more di assunzioni a CCNL, il reclutamento diretto di LP a cura delle ASL. Nulla in contrario, infine, a prevedere il reclutamento pubblico di medici stranieri, purchè avvenga previa una certificazione dalle competenze a cura delle Società Scientifiche di riferimento specialistico".

### Richiesta incontro sindacale urgente per incentivi agli Anestesisti Rianimatori nell'elisoccorso

*L'11 Settembre 2023 l'AAROI-EMAC Sicilia ha chiesto un incontro urgente ai vertici regionali per l'adeguamento delle tariffe relative alle prestazioni dei Medici Anestesisti Rianimatori, dipendenti del SSR, impegnati in regime di incentivazione nell'ambito del sistema di Emergenza-Urgenza 118 della Sicilia. In mancanza di risposte, il 9 Ottobre, il Dr Gianluigi Morello, Presidente AAROI-EMAC Sicilia, ha inviato un'ulteriore richiesta all'Assessore alla sanità siciliana, Giovanna Volo.*



*Di seguito i testi delle lettere:*

#### **11 Settembre 2023**

La scrivente organizzazione sindacale AAROI-EMAC chiede incontro urgente, a chi di competenza, per rimodulazione ed adeguamento delle tariffe relative alle prestazioni dei medici anestesisti rianimatori, dipendenti del SSR, impegnati in regime di incentivazione nell'ambito del sistema di emergenza -urgenza 118 della Sicilia.

In atto tali tariffe sono determinate dal D.A. N. 2554/2016 e valide soltanto per il biennio 2017-2018 – GURS 24-02-2017 pag. 54.

Pertanto si fa presente che i dirigenti medici anestesisti rianimatori impegnati nel servizio SEUS 118 continuano ad espletare ed a mantenere un servizio essenziale per la comunità con tariffe di incentivazione ormai obsolete e scadute, mai aggiornate ormai da 5 anni, non più in linea con i nuovi decreti che si sono susseguiti negli ultimi anni in materia di tariffe di prestazioni aggiuntive nei servizi di emergenza-urgenza.

A tal riguardo si vuole citare per ultimo il D.A. 34/2023 art.4 , che prevede per l'anno 2023 "gli enti del SSN, per affrontare la carenza di personale medico presso i servizi di emergenza urgenza e al fine di ridurre l'utilizzo di esternalizzazioni, possono ricorrere, per il personale medico a prestazioni aggiuntive, di cui all'art.45 comma 2 del CCNL 19-12-2019 per le quali la tariffa oraria fissata dall'art.24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione puo' essere aumentata fino a 100 euro lordi onnicomprensivi al netto degli oneri riflessi a carico dell'amministrazione..."

Considerato che con la nota prot. N. 41412 del 21-07-2023 trasmessa dalla Regione Sicilia sono state emanate delle linee di indirizzo volte a fronteggiare le persistenti criticità nelle aere di emergenza-urgenza e che con la suddetta nota è stato previsto un finanziamento complessivo per la Regione Sicilia di euro 4.038.740/00 per le prestazioni aggiuntive del personale dirigente servizi emergenza-urgenza, non si comprende il motivo del non adeguamento delle tariffe per la copertura del servizio SEUS 118 fatto in regime di incentivazione.

Si comunica altresì, a gli intestatari in epigrafe, la volontà espressa da tutti i dirigenti medici anestesisti rianimatori operanti presso il servizio di elisoccorso 118 MESSINA di non aderire già dal 1 Novembre c.a. alla turnazione volontaria qualora non ci sia anzitempo l'apertura di un eventuale tavolo di trattativa per l'adeguamento delle tariffe in oggetto.

Sicuri di un vostro cortese e rapido riscontro si porgono distinti saluti.

**9 Ottobre 2023**

Gentile Assessore,

con PEC inviata in data 11/09/2023 è stato richiesto, da codesta Organizzazione Sindacale, alla S.V. un incontro atto a ridiscutere le tariffe dedicate ai Medici Anestesisti Rianimatori che prestano servizio presso le eliambulanze del 118 nella Regione. Tale richiesta era, ed è, suffragata dalla consapevolezza unanime che le attuali tariffe dedicate ai suddetti specialisti sono anacronistiche e inequivocabilmente inadeguate, al ribasso, alle responsabilità che gli Anestesisti Rianimatori si assumono ogni qualvolta prestano la loro assistenza ed opera presso tali mezzi avanzati di rianimazione.

Non è superfluo ricordarLe che le suddette tariffe (circa 40 euro/h) sono di gran lunga inferiori a quelle corrisposte a qualunque altro professionista medico che si presta ad elargire un turno in più in ospedale (vedasi prestazioni aggiuntive al CCNL 2016-2018 e, soprattutto vedasi prestazioni aggiuntive nel CCNL 2019-2021, oltre a "decreto bollette" e gettonisti vari).

Come Organizzazione Sindacale a tutela dei Medici Anestesisti Rianimatori, siamo sicuri che Lei sia consapevole della peculiarità della nostra specialità e soprattutto del nostro ruolo nella gestione della "golden hour" nelle situazioni critiche e pertanto Le chiediamo di rivolgerci la Sua attenzione con incontro dedicato. Attualmente le prestazioni degli Anestesisti Rianimatori sui mezzi del 118 si realizzano su base volontaria ed è ragionevole pensare che, in mancanza di Vostro riscontro, tale volontarietà possa venir meno con le conseguenze, in termini di specificità dell'assistenza, che Lei può immaginare.

La scrivente Organizzazione Sindacale resta tuttavia sicura di Vostro riscontro e rimane disponibile ad ogni forma di mediazione fatta per il bene dei cittadini siciliani, che quotidianamente ed orgogliosamente assistiamo.

Cordiali saluti.

*Dr Gianluigi Morello*  
*Presidente AAROI EMAC Sicilia*



## La riunione di Marsiglia, 28 Settembre – 1 Ottobre

La riunione, constatato il numero legale della presenza delle delegazioni aventi diritto al voto, è iniziata seguendo l'ordine del giorno, che prevedeva l'intervento di altre rappresentanze europee con le quali da ultimo si è cercata una strategia comune su argomenti molto importanti, quali le differenze di remunerazione nei vari stati dell'Europa, diversità di carriera per differente gender ed altro.

**1. Introduction and welcome (João de Deus, FEMS President)**

**2. Dr Slim Bramli (FPS President)**

**3. Dr Rachel Bocher (INPH President)**

**4. M. Philippe Touzy (Chef du département concours, autorisation d'exercice, Centre National de Gestion)**

Tutte le relazioni dei diversi presidenti hanno convenuto sul portare avanti una comune strategia per quanto riguarda gli argomenti sopracitati pur dovendoli calare nelle rispettive realtà dei loro statuti. Comunque, a mio parere trattasi di un notevole passo avanti che darà una maggiore forza alle proposte unitarie da presentare presso la Commissione Europea, che fino ad ora erano frammentate in diverse sigle e spesso non coerenti l'una con l'altra.

Si è poi proceduto all'esame degli ulteriori punti:

**5. Roll call / right to vote (B. Popovic)**

**6. Approval of the agenda**

**7. Approval of the minutes of the last FEMS GA (5-6 May 2023, Palma de Mallorca, Spain)**

Quindi si è passato ad esaminare il prossimo punto

**Planning, Financial and Statutory Issues, Other Internal Affairs**

Treasurer report

Financial situation at 31.08.2022

**Sono stati approvati alla unanimità**

**8. Next FEMS Meetings**

a) Spring 2024 – 5th Joint AEMH-FEMS GA, Berlin, Germany

b) **October 2024 (Rome, Italy)**

Abbiamo apprezzato molto come delegazione italiana questa assegnazione a Roma e che è stata approvata all'unanimità anche in segno di riconoscimento per la mole di lavoro svolta nel predisporre i vari documenti. Tale assegnazione riveste anche una importanza strategica in quanto sarà il luogo dove sarà rieletto il prossimo presidente FEMS, che tutti noi crediamo possa essere italiano e di sesso femminile, per dare compimento a quanto proposto in questi ultimi tempi come parità di gender.

Il punto successivo ha una grande valenza ai fini di una alleanza più fattiva e meno divisiva con le altre associazioni accreditate.

**9. European Medical Organisations**

a. AEMH

b. CEOM

c. CPME

d. EMSA

L'unione fa la forza come più volte ricordato da me in corso di dibattito, specialmente se vogliamo che la voce della nostra categoria medica sia sentita ed ascoltata. I risultati di questi ultimi anni hanno chiaramente dimo-

strato che in questa babele di voci spesso contrastanti per seguire i propri interessi, il potere politico ha facile gioco nel non considerarle.

Si è proceduto ad esaminare quindi i singoli reports di ogni nazione contenenti una descrizione ovviamente molto diversa e diversificata dei loro servizi sanitari in termini di organizzazione, salari, accesso alle cure funzione dei Medici di Medicina Generale, possibilità di libera professione, retribuzione oraria straordinaria etc. Come si può vedere alcune nazioni non hanno inviato il loro report e molte altre come i paesi scandinavi sono totalmente assenti, nonostante i ripetuti inviti a partecipare. Anche questa è Europa Unita.....

## . National Reports

<b>Austria</b>	<b>F23-042</b>	<b>Italy</b>	<b>F23-056</b>
<b>Belgium</b>		<b>Netherlands</b>	<b>F23-043</b>
<b>Bulgaria</b>		<b>Poland</b>	
<b>Croatia</b>	<b>F23-050</b>	<b>Portugal</b>	
<b>Cyprus</b>	<b>F23-057</b>	<b>Romania</b>	<b>F23-047</b>
<b>Czech Republic</b>	<b>F23-048</b>	<b>Slovenia</b>	<b>F23-044</b>
<b>France</b>	<b>F23-045 EN FR UNMS F23-060 EN SNPHARe</b>	<b>Spain</b>	<b>F23-049</b>

Ultimi punti all'ordine del giorno e fortemente voluti dalla delegazione italiana sono stati:

## 10. Discussion and Decisions on Emergencies

### a. FEMS White Book

- I. The Working Time Directive (Alessandra Spedicato - Quirino Piacevoli- Fabio Pinto)
- II: Job Satisfaction (Alessandra Spedicato - Quirino Piacevoli - Fabio Pinto)
- III. Part time work (Lukas Stärker)
- IV. Privatization of hospitals (Lukas Stärker)
- V. Burnout (Jean-Paul Zerbib)

### ILO Convention on Violence and Harassement

#### ILO Convention on Violence and Harassment – French version

- VI. Workload (Jean-Paul Zerbib)
- VII: Medical demography / feminization (Renata Culinovic-Caic)
- VIII. Salaries (João de Deus)

Financing (Christiaan Keijzer)

Spero di avere dato una panoramica abbastanza esaustiva e chiara della nostra azione in Europa come sindacato AAROI-EMAC ovviamente seguendo le linee politico sindacali stabilite dal nostro Presidente Dr. Alessandro Vergallo.

P.S. Ho ringraziato gli altri colleghi per i loro complimenti per i traguardi a me riconosciuti nelle ultime settimane quali:

- Premiato dalla Regina di Giordania alla presenza di tutte le delegazioni, quale migliore speaker nel convegno Pan Arab in Anestesia e Rianimazione ad Amman -Giordania
- Il Board of World Researches Awards e il World Researches Concil in associazione con Times of Research mi hanno insignito del titolo di migliore ricercatore del mondo, con il mio gruppo di ricerca del Politecnico di Milano, cattedra Europea di Chimica, Prof. Giuseppe Resnati, per gli anni 2021 e 2022.

*Prof. Quirino Piacevoli*  
Coordinatore Ufficio Esteri AAROI-EMAC

## Enpam Quota A

La percezione che hanno molti Medici della quota A ENPAM è probabilmente lontana dalla realtà. L'imposizione di questo onere previdenziale è visto come un "furto" o quasi.

Come ben sappiamo il costo della quota A ENPAM è progressivo, raggiungendo dopo i 40 anni di età anagrafica il suo massimo, che è di 1803,42 euro/annui, comprensivi di 69,70 euro di contributo maternità.

Pagando questa quota, l'ENPAM cosa ci dà in cambio?

- 1) In caso di **inabilità assoluta e permanente alla professione** si ha la garanzia di poter contare su un reddito di 17 mila euro/annui senza requisiti minimi di anzianità contributiva.
- 2) **Assegno di maternità** di almeno 6.688 euro alle Dottoresse che non hanno altre tutele e **Sussidio di maternità** di 5.569 euro anche alle studentesse di Medicina e Chirurgia già iscritte ENPAM.
- 3) **Bonus di 2 mila euro** per le spese del primo anno del bambino
- 4) **Assicurazione per il rischio di non autosufficienza** che, in aggiunta alla pensione, prevede un assegno di 1.200 euro al mese.
- 5) Per i Medici che versano in situazioni economiche difficili è previsto un **sussidio** che può arri-

vare fino a circa 9 mila euro/annui.

- 6) La quota A ENPAM ci permette di **pensionarci prima** dal lavoro dipendente, con il sistema del **cumulo gratuito**, con il quale si sommano i contributi previdenziali INPS con i contributi ENPAM, permettendo al medico di raggiungere i requisiti della pensione di anzianità contributiva prima.
- 7) Tutti i contributi di Quota A fanno maturare una **Pensione**, che è anche reversibile per i familiari che ne hanno diritto.
- 8) **Mutui agevolati**
- 9) In caso di **Calamità naturali** si possono avere aiuti a fondo perduto fino a 19.500 euro in caso di danni alla prima abitazione, allo studio professionale ed a beni mobili come automezzi, computer e attrezzature.

Inoltre essendo la Quota A interamente deducibile dal reddito, c'è un recupero dell'IRPEF del 43% a cui si somma il recupero sulle addizionali regionali e comunali.

Quindi la Quota A ENPAM costa meno di quanto sembra dandoci notevoli vantaggi.

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

## Contributi figurativi

Accanto alle forme relative ai contributi volontari esistono i così detti contributi figurativi Inps. Utile appare conoscere quando e perché vengono usati, anche perché possono risultare necessari ed è utile sapere come si effettuano i versamenti.

I contributi figurativi Inps sono senza onere a carico del lavoratore e sono accreditati per alcuni periodi in cui lo stesso non ha prestato, come scrive l'Inps "Attività lavorativa né dipendente né autonoma, ha percepito un'indennità a carico dell'INPS, ha percepito retribuzioni in misura ridotta". Ovvero un lavoratore che, per diversi motivi non possa svolgere la propria attività lavorativa, per un certo periodo di tempo, continua comunque a ricevere la contribuzione che serve a formare la pensione che sarà percepita al momento opportuno. I contributi figurativi non prevedono un esborso da parte del dipendente né del datore di lavoro. La copertura è accreditata sul conto assicurativo della persona che ha fatto richiesta o che ne ha diritto d'ufficio. Si tratta di un'agevolazione prevista per i lavoratori come strumento economico/assicurativo importante per diversi fattori.

Infatti, i contributi figurativi coprono il tempo in cui una persona non può versare i contributi obbligatori, integrano contributi che derivano da una retribuzione ridotta o incrementano la contribuzione. Inoltre, è bene sapere che i contributi figurativi possono essere ottenuti d'ufficio per alcuni motivi o con una richiesta scritta per altri. Sono versati d'ufficio quando subentra la cassa integrazione, quando vi è un'assunzione con contratto di solidarietà, quando si svolgono lavori socialmente utili o come indennità di mobilità o disoccupazione.

I contributi figurativi si possono richiedere con domanda apposita, invece, in caso di servizio militare, malattia e infortunio, assenza dal lavoro per donazione sangue, congedo per maternità durante il rapporto di lavoro. Ancora sempre su richiesta scritta, per maternità al di fuori del rapporto di lavoro, congedo parentale durante il rapporto di lavoro, riposi giornalieri, assenze dal lavoro per malattie dei figli minori o congedo per gravi motivi familiari.

Rientrano sempre tra i contributi figurativi attraverso domanda apposita, il permesso retribuito ai sensi della legge 104/92 e il congedo straordinario ai sensi della legge 388/2000. Ed infine, anche per periodi di aspettativa per lo svolgimento di funzioni pubbliche elettive o per cariche sindacali. In tutti questi casi l'assenza da lavoro è ritenuta giustificata e quindi meritevole di un supporto alla persona. Tuttavia, è interessante chiarire che il lavoratore ha diritto anche a rinunciare ai contributi figurativi, ma solo per quelli ottenibili per domanda. Anche se questo aspetto può apparire contraddittorio, esistono casi, come quando il contributo figurativo può essere dannoso per il calcolo della pensione, che il rifiuto risulta, persino, necessario.

Infine, per quanto riguarda le quote occorre chiarire che esse possono differire anche a seconda del tipo di contributi figurativi. Il calcolo cambia, infatti, quando i contributi sono di copertura o di integrazione. Il calcolo, inoltre, può cambiare anche in base al motivo che giustifica la contribuzione.

**25 Settembre 2023**

*Dr Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali*



# Quesiti dal web

**L'AAROI-EMAC risponde**

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



**Ho un quesito riguardo il numero di incarichi di alta specializzazione all'interno di un'unità operativa.**

**Considerando che il numero dei dirigenti che lavorano nella mia UO si è quasi dimezzato e visto che i colleghi che sono andati via avevano tutti incarichi, mi chiedo se ora il numero degli incarichi che si possono attribuire siano una percentuale dell'attuale numero di dirigenti in servizio oppure del numero di dirigenti che ci sarebbe con organico completo. Per capirci meglio il denominatore è il numero medici in servizio oppure il numero medici previsti in organico completo.**

Al momento la scelta del numero di incarichi di alta specializzazione da conferire è demandata alla Direzione strategica ed alle indicazioni del Direttore di UOC.

Nulla è scritto, in proposito, nel vigente CCNL (2016/2018).

Nel CCNL 2019/2021 la cui pre-intesa è stata firmata il 28 settembre, su precisa indicazione di AAROI EMAC ed accolta da ARAN, la distribuzione degli incarichi di altissima professionalità a valenza dipartimentale e di quelli di altissima professionalità quale articolazione

interna di struttura complessa il criterio di conferimento dovrà tenere conto anche del numero di Dirigenti presenti all'interno delle Unità Operativa.

**A quanto ammonta lo stipendio di un responsabile di struttura sanitaria complessa?**

La struttura stipendiale di un Direttore di Unità Operativa Complessa, al momento, è la seguente:

STIPENDIO BASE: 3481,60

RETRIB. INDIVIDUALE ANZIANITÀ: il maturato (se maturato) al momento

INDENNITÀ SPECIFICITÀ MEDICA: 652,03

INDENNITÀ VACANZA CONTRATTUALE: 41,78

INDENNITÀ DI STRUTTURA COMPLESSA: 786,00

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE FISSA: 1307,69

INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ: 1804,07

Alle voci precedenti dev'essere poi aggiunta la variabile aziendale che è specifica di ogni singola azienda. Tutte le voci elencate sono da intendersi al lordo delle trattenute di legge.

**Sono Medico in Formazione ARTID iscritto al Terzo anno. Ho partecipato ad un concorso pubblico come concesso dal DL Calabria. Mi ritrovo in**

**posizione utile in graduatoria per un'azienda sanitaria pubblica non appartenente alla rete formativa della mia Università. Vorrei chiarimenti sulla possibilità di essere assunta, in particolare se fosse necessario in questo caso utilizzare i mesi extra-rete (in quanto non coprirebbero il periodo rimanente di formazione e non permetterebbero dunque un'automatica assunzione con contratto indeterminato al conseguimento del titolo, come disposto dal DL Calabria) o se viene considerato, anche in caso di azienda in extra-rete, come periodo di assunzione "fino ad un massimo di 36 mesi e fino al conseguimento del titolo" come citato dal testo di legge.**

In base all'accordo quadro del 19/11/2021 intercorso tra Ministero dell'Università e della Ricerca, quello della Salute e la Conferenza Stato-Regioni, e con particolare riferimento al combinato disposto dei punti 3 e 4 nello stesso contenuti, ove l'assunzione avvenga in Azienda Sanitaria, accreditata sì nella rete formativa della disciplina oggetto del concorso, ma non in quella dell'Università c/o la quale il Medico in Formazione è iscritto, il periodo non può essere superiore ai 18 mesi.

**Da Dirigente Medico, in presenza di contratto di non esclusività è possibile aprire partita iva? Quali obblighi ci sono verso l'Azienda? C'è un tetto di fatturato da rispettare?**

Se si vuole esercitare attività libero-professionale (altrimenti non ci sarebbe il motivo di rinunciare all'esclusività di rapporto), è possibile aprire la partita iva. In relazione all'apertura della Partita IVA è fortemente consigliato un consulente commercialista, anche al fine di individuare il miglior regime fiscale da adottare.

Oltre alle 38 ore settimanali, 4 delle quale dedicate alla formazione, gli obblighi verso l'Azienda sono di assolvere fedelmente gli obblighi istituzionali, rispettare i regolamenti aziendali e il codice comportamentale

**Nella nostra Azienda quando la reperibilità notturna viene lavorata viene pagata quell'ora/ore lavorata/e ma si perdono i 20.66 euro di indennità di reperibilità. È corretto?**

No. L'indennità è una "somma di denaro dovuta ad un soggetto per un pregiudizio da lui subito che non consegue ad un atto illecito e quindi a responsabilità civile, ma viene conseguita a titolo di ristoro patrimoniale

che consegue a fatti che sacrificano diritti altrui ma che non sono antiggiuridici in quanto autorizzati o imposti da una norma di legge".

Ristora cioè economicamente il fatto che tu abbia dovuto sacrificare il tuo diritto ad essere libera da potenziali impegni e dunque, ancorché non impegnata sul luogo di lavoro, di organizzare come meglio ritieni, quel periodo.

E questo a prescindere dal fatto che tu sia o meno chiamata in ospedale.

In quest'ultimo caso, verrai remunerata per la prestazione professionale con l'istituto dello straordinario. Ma questo, naturalmente, non compensa il disagio arrecato dall'essere reperibile e per il quale dev'essere corrisposta, appunto, la relativa indennità.

**1) Il Decreto Legislativo del 30/12/1992 n.502 (3) ed in particolare l'articolo 15 ter, riguardante il riordino della disciplina in materia sanitaria per l'assegnazione di incarichi professionali, è ancora valido oppure è stato superato?**

**2) L'assegnazione di un incarico di Alta o Altissima specializzazione prevede ancora come requisiti l'anzianità lavorativa di almeno 5 anni nel SSN o la assunzione attraverso una procedura concorsuale in precedenti esperienze lavorative?**

**3) È possibile, da parte del DG, agganciandosi al suddetto art.15 ter, assegnare un incarico che non sia di base (tipo alta specializzazione o altissima specializzazione) ad un Collega neo assunto che non abbia nessuna anzianità di servizio presso il SSN e che non sia stato mai assunto in precedenza attraverso una procedura concorsuale?**

**4) L'assegnazione dell'incarico di alta o altissima specializzazione prevede sempre una procedura di assegnazione concorsuale (per titoli) oppure può essere dato direttamente dal Direttore Generale "ad personam".**

1) Si il Decreto Legislativo del 30/12/1992 n.502 è valido. Per visionare la versione aggiornata è possibile collegarsi al sito governativo [www.normattiva.it](http://www.normattiva.it).

2) Per l'assegnazione di un incarico di Alta o Altissima specializzazione è necessaria un'anzianità di servizio pari o superiore a 5 anni, maturati a tempo determinato o indeterminato, anche con soluzione di continuità, ed alla fine dei quali il Collegio Tecnico abbia espresso una valutazione positiva sull'operato professionale.

3) A vigente normativa contrattuale, non è possibile. Sono possibili sviluppi nella trattativa a tutt'oggi in

corso per il rinnovo del CCNL.

4) La modalità di conferimento degli incarichi è normata dall'art. 19 del vigente CCNL che prevede l'emissione di un avviso di selezione interna. Il conferimento è disposto dal Direttore Generale su proposta, nel caso di specie, del Direttore della struttura di appartenenza sentito il Direttore di Dipartimento.

---

**Sono dipendente a tempo indeterminato nel SSN, vorrei sapere se rinunciando all'esclusività posso aprire partita iva e lavorare per un'azienda privata. Potrei anche essere dipendente pubblico e privato allo stesso tempo?**

Se si intende esercitare la libera professione rinunciando al vincolo dell'esclusività (cd. extramoenia), è necessario aprire la partita IVA per fatturare le prestazioni.

È possibile esercitare, ma non in regime di dipendenza presso una struttura privata, purché non convenzionata. Il riferimento normativo è il seguente: il riferimento normativo è il D. Lgs. 165/2001.

---

**Sono Anestesista Rianimatore mi sono dimesso e ho fatto i 3 mesi di preavviso, lasciando 52 giorni di ferie arretrate non godute. Ho inviato pec a tempo debito per chiedere la monetizzazione o eventuale accordo per evitare contenzioso, nessuna risposta. Come è necessario procedere per monetizzare le ferie non godute e quali sono i riferimenti normativi giuridici?**

Le ferie possono essere pagate se non godute "per esigenze di servizio". Occorre poter dimostrare la richiesta ed il diniego per esigenze di servizio. Sarebbe opportuno coinvolgere il rappresentante aziendale AAROI-EMAC.

---

**Qualora interrompessi il rapporto di lavoro dipendente con un ente pubblico senza riprendere servizio in tempi brevi in un altro ente pubblico, l'anzianità di servizio maturata verrebbe azzerata o "congelata" fino alla eventuale ripresa di servizio in un ente pubblico?**

Di seguito le norme di riferimento:

Art. 18 Tipologie d'incarico

4. Nel computo degli anni ai fini del conferimento degli incarichi, fermi i requisiti previsti dalle disposizioni legislative in materia, rientrano i periodi di effettiva anzianità di servizio maturata in qualità di dirigente, anche a tempo determinato, anche presso altre Aziende od Enti di cui all'art. 1 (Campo di applicazione), nonché i periodi relativi ad attività sanita-

rie e professionali effettuate con incarico dirigenziale o equivalente alle funzioni dirigenziali in ospedali o strutture pubbliche dei paesi dell'Unione Europea **con o senza soluzione di continuità.**

Art. 89 Indennità di esclusività

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

---

**È ancora in vigore l'istituto della turnazione non contemporanea tra coniugi? Io e mia moglie siamo ambedue Anestesisti Rianimatori e da anni facciamo salti mortali e cambi e contro cambi per gestire i bambini. Se in vigore, qual è il riferimento normativo?**

Il contratto nazionale vigente tratta l'argomento con i seguenti articoli affidando l'argomento alla contrattazione integrativa:

Art. 7

*Contrattazione collettiva integrativa: soggetti e materie h) i criteri per l'individuazione di fasce temporali di flessibilità oraria in entrata e in uscita al fine di conseguire una maggiore conciliazione fra vita lavorativa e vita familiare, compatibilmente con le esigenze di funzionalità dei servizi;*

È quindi opportuno chiedere al rappresentante aziendale AAROI-EMAC se l'argomento è stato trattato in Contrattazione collettiva integrativa o, in mancanza, proporre di trattarlo anche utilizzando quanto recita l'art.24.

Art. 24

*Orario di lavoro dei dirigenti*

*g) priorità nell'impiego flessibile, purché compatibile con la organizzazione del lavoro delle strutture, per i dirigenti in situazione di svantaggio personale, sociale e familiare e dei dirigenti impegnati in attività di volontariato in base alle disposizioni di legge vigenti;*

---

**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*

# SAVE *the* DATE

**SA❖QU❖RE**  
SAfety❖QUality❖REliability

**18-20 Aprile 2024**

 **AAROIEMAC**  
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani  
Emergenza Area Critica

**AreaLearn<sup>®</sup>**  
ECM Provider