

il nuovo Anestesista Rianimatore

GENNAIO-FEBBRAIO
2020
1
Anno XLI

AARO IEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

LA SFIDA Chiuso il CCNL 2016-2018, ora va applicato!

**SAQURE 2020:
a Roma l'8
e il 9 Maggio 2020**

**Intensive App:
La Cartella
Clinica
Elettronica**

**Anticipo Liquidazione,
le novità della
Convenzione con BPM**

Sommario

- 3 Le tre priorità del 2020**
Le risposte del Presidente Nazionale a Quotidiano Sanità
- 4 CCNL 2016-2018**
Dopo la sigla definitiva è il momento di applicarlo
- 10 Dalla COSMED:**
le proposte COSMED
- 14 Dalle Regioni**
In Molise Stato di Agitazione per la carenza dei Medici, in FVG la protesta per la formazione nell’Emergenza Sanitaria Territoriale, dall’Emilia-Romagna la nuova Campagna di sensibilizzazione
- 22 SAQURE 2020**
Il Meeting AAROI-EMAC a Roma l’8 e il 9 Maggio
- 24 FAD AAROI-EMAC**
Dall’1 Febbraio il nuovo percorso formativo online dedicato agli Iscritti
- 26 IntensiveAPP**
La Cartella Clinica Elettronica
- 28 AAROI-EMAC risponde**
Previdenza:
Gli articoli dell’Esperto
Anticipo liquidazione
Le novità 2020 della Convenzione COSMED – Banco BPM
- 36 Quesiti Sindacali**

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

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

Comitato di Redazione
Dr GIAN MARIA BIANCHI
Dr 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

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 06-02-2020

PER IL 2020 APPLICAZIONE NUOVO CONTRATTO, ATTENZIONE ALLE DOTAZIONI D'ORGANICO, IL PUNTO SUL 118 IN ITALIA

AAROI-EMAC risponde a Quotidiano Sanità

Nei primi giorni dell'anno, la testata online Quotidiano Sanità ha proposto un Forum tra le OO.SS. chiedendo di individuare le tre priorità per il 2020. Di seguito le risposte del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo.

Nel 2019 è innegabile che diversi risultati siano stati raggiunti, non ultimo il CCNL 2016-2018, definitivamente siglato il 19 dicembre scorso, al termine del lungo fermo durato oltre 10 anni. Rimangono, tuttavia, ancora numerose le sfide da affrontare tra cui, rimanendo in tema contrattuale, in primo luogo la sua applicazione, anche attraverso le trattative decentrate sia regionali che aziendali, e subito a seguire l'avvio dell'iter per il rinnovo del CCNL 2019-2021, che auspichiamo possa chiudersi, come non accade ormai da decenni, ben prima della sua scadenza.

Altro tema da anni in primo piano, ma ancora tutt'altro che risolto, è la carenza di Medici Specialisti, a causa della quale continuano a restare drammatiche numerose criticità, tra cui, di particolare interesse per i Cittadini, l'allungamento delle liste di attesa e la situazione esplosiva nei settori ospedalieri più critici, vale a dire quelli che devono fronteggiare le emergenze. Proprio in tali settori, i più delicati per la qualità e la sicurezza dei Pazienti, le Amministrazioni Ospedaliere ricorrono a modelli organizzativi sempre più raffazzonati e rischiosi, inventandosi ogni soluzione peggiore del problema, fino a reclutare Medici da cooperative, a gettone, o – almeno nel settore privato anche convenzionato – avvalendosi sempre più di medici usciti dal settore pubblico per avvenuto pensionamento. Manca a tutt'oggi, nonostante le 'buone intenzioni', un censimento davvero serio non solo del numero di specialisti mancanti, ma soprattutto delle discipline in cui maggiore è la carenza, senza il quale è impossibile, realisticamente, programmare i fabbisogni, anche in relazione al fenomeno delle Borse di studio andate perse, che in frangenti così critici aggiungono al danno la beffa.

Terzo tema prioritario, di particolare interesse per i Medici che l'AAROI-EMAC rappresenta, ossia gli Anestesisti Rianimatori e i Medici dell'Emergenza-Urgenza, è l'attuale situazione del Sistema 118 in Italia. In molte Regioni italiane gli Anestesisti Rianimatori e i Medici dell'Emergenza-Urgenza, cioè coloro la cui formazione specialistica è tale per cui le procedure salvavita sono quelle che essi di routine eseguono ogni giorno, e non quelle apprese in un corso teorico di pochi mesi (quando è tale) e applicate solo al momento della chiamata urgente, sono esclusi dal servizio 118 per mancanza di 'titoli'; laddove tali titoli, sono costituiti da un 'patentino' rilasciato nell'ambito del settore 'emergenza' della Medicina di Famiglia, un settore che di fatto mira a ridurre il 118 al livello di un servizio di Guardia Medica Generalista. Ma tra la qualità media degli interventi dei mezzi di soccorso medicalizzati con Specialisti in Anestesia e Rianimazione, o in Medicina d'Urgenza, e quelli medicalizzati con altri Medici, finiti a lavorare in questo settore quasi sempre per ripiego dopo aver tentato e fallito altri percorsi professionali, corre una differenza di cui sarebbe ormai d'obbligo acquisire una casistica, così come sarebbe necessario smetterla di sostenere che la qualità e l'appropriatezza degli interventi dei mezzi infermierizzati siano inferiori a quelle dei mezzi con a bordo un medico generico, o magari specialista in qualche disciplina tipica per essere esercitata in corsia, invece che in Sala Operatoria, in Rianimazione, o in Pronto Soccorso.

La Giornata di Orientamento Sindacale

Il 19 Dicembre 2020 dopo lunghi mesi di trattative è stato siglato in via definitiva il CCNL 2016-2018, il testo – sebbene già in vigore immediatamente dopo la firma – è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale – Serie Generale del 28 Gennaio 2020.

Più volte, anche su queste pagine, è stato detto che l'accordo rappresenta quanto di meglio si poteva ottenere nell'attuale contingenza. Non squilli di tromba, quindi, ma senza dubbio soddisfazione per aver giocato al meglio la partita. Adesso, però, è il momento di passare la palla. Fermo restando il ruolo della contrattazione nazionale, il nuovo contratto sposta a livello aziendale l'impegno di raggiungere in sede decentrata gli obiettivi migliori. Per questo motivo l'AAROI-EMAC, oltre a predisporre informative e vademecum per i Rappresentanti Aziendali, garantisce una formazione ad hoc attraverso la Giornata di Orientamento Sindacale tenuta dai Dr Domenico Minniti e Arturo Citino e aggiornata alle ultime novità contrattuali.

Dopo gli appuntamenti autunnali di Cagliari, Lamezia Terme e Pescara, nel mese di Gennaio il corso è stato organizzato, sempre grazie alla collaborazione dei Presidenti Regionali, a Palermo e a Bologna con la partecipazione di tutti i Rappresentanti Aziendali delle rispettive Regioni.

Una giornata di approfondimento che parte da nozioni basilari come la gerarchia delle fonti del diritto per poi entrare nel merito del CCNL che regola l'attività lavorativa dei Dirigenti Medici Ospedalieri e che prevede – a partire dal CCNL 2016-2018 – una contrattazione a livello Nazionale ed una a livello Aziendale. La contrattazione regionale è stata, infatti, sostituita dal "confronto" durante il quale sarà possibile definire indicazioni di carattere generale che tuttavia potranno non essere recepite nella contrattazione Aziendale.

Altra novità del nuovo Contratto è l'istituzione dell'Organismo Paritetico che in tutte le Aziende dovrà insediarsi proprio in questi giorni e che riunirà i rappresentanti di ciascuna delle OO.SS. firmatarie e dell'Azienda. È la sede in cui si attivano stabilmente relazioni aperte e collaborative su progetti di innovazione e organizzazione, promozione

della legalità e qualità del lavoro e sulle ricadute in merito alla gestione dei servizi di emergenza e della continuità assistenziale. L'Organismo Paritetico riveste un ruolo di proposizione anche sulla possibilità di venire esonerati dai turni di guardia notturna e pronta disponibilità al compimento dei 62 anni di età.

Ampio spazio nell'ambito della Giornata Sindacale viene dato alla Contrattazione Collettiva Integrativa ed in particolare al ruolo della Delegazione trattante. Ferme restando le previsioni nazionali, dalle quali non si può prescindere tale Delegazione avrà un ruolo primario nella definizione dei Fondi, nel sistema degli incarichi dirigenziali, così come modificati dal nuovo contratto con la differenziazione tra incarichi gestionali e professionali, fino ad arrivare agli assetti organizzativi che riguardano l'orario di lavoro, il Servizio di Guardia e di Pronta Disponibilità oltre che le ferie e i riposi solidali inseriti nel nuovo contratto e per i quali andrà previsto un documento applicativo con le modalità di accesso all'istituto.

Durante il corso vengono poi approfonditi tutti gli aspetti relativi alla retribuzione e agli arretrati spettanti. Sono, inoltre, esaminati i nuovi incarichi istituiti dal recente CCNL che si aggiungono a quelli già esistenti di carattere gestionale: incarico professionale di altissima specializzazione; incarico professionale di elevata specializzazione; incarico professionale, di consulenza, di studio e di ricerca, ispettivo, di verifica e di controllo; incarico professionale di base. Da sottolineare che tra le novità del CCNL 2016-2018 è stato inserito l'importante concetto che a tutti i dirigenti debba essere conferito un incarico ed è precisato che dopo i 5 anni si debba procedere all'assegnazione di incarichi diversi da quello di base.

Altra importante conquista contrattuale, consiste nel fatto di conteggiare, ai fini dell'esperienza professionale, tutti i periodi di lavoro effettuati dal Dirigente, sia a tempo determinato che indeterminato; non solo, non viene più considerata penalizzante la soluzione di continuità, per cui i periodi sono conteggiati anche se vi è stata interruzione del rapporto di lavoro.

CAGLIARI 10-10-2019



LAMEZIA TERME 19-10-2019

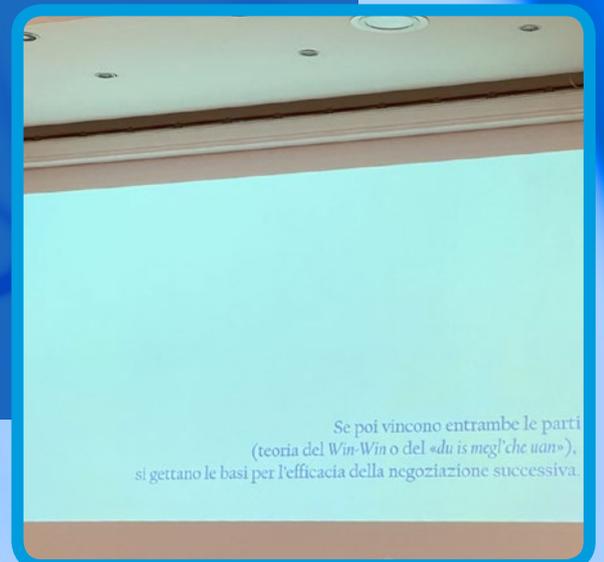
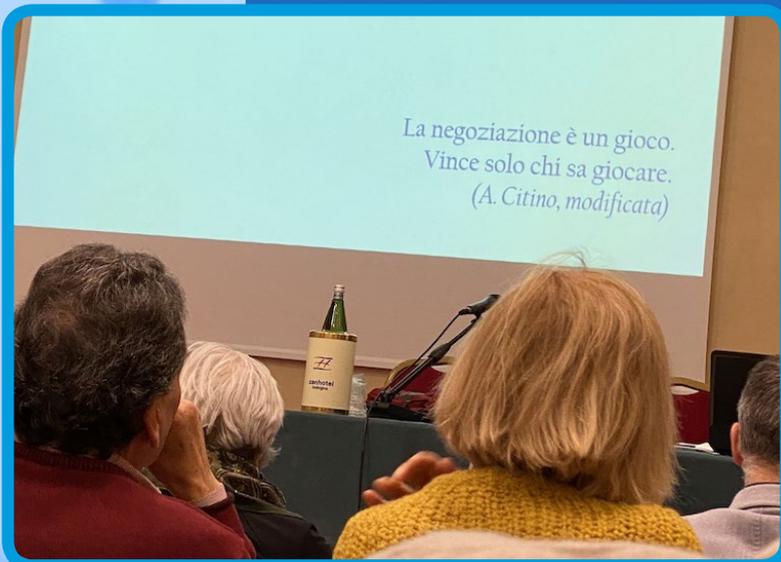


PESCARA 09-11-2019









Riforma pensioni: le proposte COSMED al Ministero del Lavoro

Il documento presentato dalla COSMED, Confederazione Sindacale Medici e Dirigenti, al Ministro del Lavoro Nunzia Catalfo nell'incontro del 27 Gennaio dedicato alla Riforma delle pensioni.

CENTRALITÀ DELLE CONDIZIONI DI LAVORO

La corsa al pensionamento anticipato ha tra le molte cause la mancanza di un programma di accompagnamento alla pensione.

Infatti non esistono incentivi alla permanenza in servizio e il pensionando non riceve nessuna agevolazione in termini di numero di giorni di ferie, orario di lavoro al raggiungimento di un'età vicina alla pensione di vecchiaia. Inoltre, nonostante numerose raccomandazioni dell'unione europea e i suggerimenti contenuti nei contratti di lavoro non esistono norme cogenti che esonerino dal lavoro notturno e festivo perlomeno gli ultra sessantaduenni. Infine il sistema di calcolo della pensione che nel sistema misto è ancora condizionato per la parte retributiva dall'entità dell'ultimo stipendio, questo fatto scoraggia e penalizza economicamente il ricorso al part-time negli ultimi anni di lavoro.

INTERVENTI SUI LAVORI USURANTI

Il vantaggio dei lavori usuranti rispetto a mansioni normali è troppo limitato e rischia di demotivare lo svolgimento di determinate attività lavorative necessarie e che richiedono adeguati incentivi normativi ed economici.

FLESSIBILITÀ IN USCITA

Superare le rigidità dell'età pensionabile tenendo conto che nel sistema contributivo l'età pensionabile non costituisce un parametro che incide sul sistema modulando gli assegni sulla base dell'aspettativa di vita. Pur comprendendo che esiste un problema di cassa è innegabile che nel sistema

contributivo l'uscita anticipata non destabilizza il sistema. Per quanto riguarda i contribuenti con il sistema misto sarebbe utile riaprire la possibilità di opzione per il sistema contributivo, più favorevole sul lato della pensione di vecchiaia.

STAFFETTA GENERAZIONALE

Abbinare su base volontaria un tempo parziale di un giovane con un tempo parziale di un pensionando senza penalizzazioni prevedendo un calcolo della pensione sul maturato a tempo pieno. In tal modo si valorizza il bagaglio di esperienza dei lavoratori più anziani utilizzandolo alla formazione dei giovani e limitando il precariato delle nuove generazioni.

LIMITARE IL CONTINUO VARIARE DELLE NORME SPESSO CON UN ORIZZONTE TEMPORALE LIMITATO

È noto come la legge "Fornero" abbia creato uno scalone tra i nati nel 1951 e i nati nel 1952: nei casi più estremi a fronte di 1 giorno di età si è creato un impegno di lavoro aggiuntivo fino a 7 anni.

Parimenti la quota 100 potrebbe determinare fino a 5 anni aggiuntivi di lavoro per i nati dopo il 1959. È evidente che le contingenze delle leggi annuali di bilancio rischiano di destabilizzare il sistema creando gravi iniquità e disorientamento nei contribuenti.

SEPARARE PREVIDENZA ED ASSISTENZA

La previdenza alimentata dai contributi dei lavoratori deve essere distinta da prestazioni assistenziali, pur necessarie ma che devono essere alimentate dalla fiscalità generale. Gran parte degli emolumenti pensionistici derivano infatti quasi esclusivamente dai contributi dei lavoratori versati in sede di contrattazione e durante l'attività lavorativa.

SUPERARE LE DISCRIMINAZIONI DEI DIPENDENTI PUBBLICI SULL'EROGAZIONE DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO

A differenza del settore privato i dipendenti pubblici attendono fino ad otto anni la corresponsione del trattamento di fine rapporto. La Corte Costituzionale nella sentenza 159 del 2019 ha ribadito che perlomeno al raggiungimento dell'età corrispondente a quella di vecchiaia il trattamento di fine rapporto dovrebbe essere liquidato. I dipendenti pubblici pagano il mancato accantonamento dei contributi pensionistici e la scarsa disponibilità di liquidità. Paradossale l'assenza di interessi per il ritardato pagamento.

STABILIZZARE L'OPZIONE DONNA SENZA PENALIZZAZIONI

L'opzione donna viene prorogata di anno in anno e sconta una penalizzazione non indifferente rispetto alla quota 100 in quanto comporta il calcolo contributivo su tutta la durata della contribuzione.

PREVIDENZA COMPLEMENTARE DA INCENTIVARE

La scarsa informazione nel contesto di una cultura previdenziale carente non ha consentito il pieno decollo della previdenza complementare. Le pubbliche amministrazioni, in difficoltà in questi anni, in tal modo hanno risparmiato la quota del datore di lavoro. Tuttavia occorre incentivare il sistema e impedire che i risparmi delle contribuzioni datoriali, specie nei sistemi delle autonomie, costituiscano elemento per il pareggio di bilancio. Molto utile sarebbe eliminare l'obbligo di conferire il TFS maturando, consentendo l'accesso ai fondi di previdenza complementare con le sole quote.

LOTTA ALL'EVASIONE CONTRIBUTIVA

Una seria lotta all'evasione contributiva, collegata inesorabilmente a quella fiscale, è indispensabile per la credibilità e l'equità del sistema.

OMOGENEIZZAZIONE DELLE ALIQUOTE

Addivenire ad un'aliquota unica di prelievo contributivo per la generalità dei contribuenti oggi penalizzante per i lavoratori dipendenti, tale discriminazione favorisce il proliferare di contratti atipici e precari.

“Dopo averci assicurati che al momento le indiscrezioni su nuovi limiti di età e quote non sono frutto di proposte governativa – ha commentato Giorgio Cavallero, Segretario Generale della COSMED – il Ministro ha aperto una fase di ascolto preliminare e intende attivare due commissioni di esperti per approfondire la questione dei lavori usuranti e la separazione tra previdenza ed assistenza. Parallelamente sono stati istituiti cinque tavoli tecnici con le parti sociali sui seguenti temi: problematiche della previdenza dei giovani e dei lavoratori discontinui e il ripristino di una pensione minima di garanzia; superamento della legge Fornero e flessibilità in uscita; trattamento delle pensioni in essere e cuneo fiscale per i pensionati; provvedimenti per la non autosufficienza e cure a lungo termine; previdenza complementare. Questo il calendario dei tavoli tecnici: 3 febbraio per i giovani, 7 febbraio per le pensioni, 10 febbraio per la flessibilità in uscita, 19 febbraio per la previdenza complementare. Una prima sintesi è prevista per il mese di marzo. Il coinvolgimento dei rappresentanti dei lavoratori, la presenza dell'Inps con il suo Presidente Tridico e dei Ministeri sono certamente di buon auspicio – conclude Cavallero – per un intervento coordinato e condiviso che semplifichi la previdenza rendendola più equa dando certezze per il futuro”.

Nei giorni successivi COSMED ha partecipato al Tavolo Tecnico del Ministero del Lavoro, al quale ha presentato il documento sulle pensioni per i giovani disponibile al link:

<https://www.aaroiemac.it/website/-n2038.html>



NASCE LA COSMED EMILIA-ROMAGNA

LA CONFEDERAZIONE SINDACALE MEDICI E DIRIGENTI CHE RIUNISCE SETTE SIGLE

Partecipare alla negoziazione contrattuale a livello regionale, promuovere iniziative locali di sensibilizzazione e formazione aperte al pubblico, perseguire il miglioramento del Sistema Sanitario Regionale. Con questi obiettivi è nata la COSMED Emilia-Romagna, emanazione regionale della Confederazione Sindacale Medici e Dirigenti che a livello nazionale conta oltre 35mila Iscritti e che rappresenta la principale Confederazione sindacale della dirigenza del pubblico impiego.

A presentarla ufficialmente sono state le Sigle Sindacali aderenti (Anaa-Assomed, Aaroi-Emac, Fvm, Fedirets, Anmi INAIL Assomed-Sivemp Fpm, Aiic, Snabi) lo scorso 30 Novembre allo ZanHotel Europa di Bologna nell'ambito del primo evento formativo organizzato per gli Iscritti.

Nel corso dell'evento Ester Pasetti, Segretaria Regionale Anaa-Assomed, Matteo Nicolini, Presidente Aaroi-Emac Emilia Romagna, Luca Turrini, Presidente Regionale FVM, Mario Lugli, Segreteria Nazionale FEDIRETS, e Maria Anita Parmeggiani, Segretaria Snabi, hanno descritto gli obiettivi che la Confederazione si propone in ambito nazionale e regionale, ossia promuovere, realizzare e pubblicizzare iniziative di stimolo e sostegno alla Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale Tecnica e Amministrativa del Servizio Sanitario pubblico negli interessi della collettività mediante l'organizzazione di incontri, convegni, seminari, pubblicazioni e iniziative a carattere pubblico, nazionale, regionale e locale.

COSMED Emilia-Romagna intende, inoltre, perseguire il miglioramento del SSR basato sui principi di unicità, equità, solidarietà ed accessibilità nonché la valorizzazione del ruolo della Dirigenza pubblica a qualsiasi livello, proponendosi come interlocutore confederale che favorisca e trasmetta l'unità della categoria dei Medici, dei Veterinari, dei Sanitari e dei Dirigenti Professionali, Tecnici e Amministrativi e delle loro rappresentanze.

Tra gli obiettivi sindacali che si prefigge c'è la partecipazione alla formulazione, alla negoziazione e alla sottoscrizione di contratti e accordi della Dirigenza di pertinenza delle Confederazioni Generali sul territorio Regionale e nello specifico nell'ambito del SSR.





AAROI-EMAC Friuli Venezia Giulia

Emergenza Sanitaria Territoriale. Peratoner: NO a "mini" corsi di formazione

La lettera inviata dal Dr Alberto Peratoner, Presidente AAROI-EMAC FVG, all'Assessore alla Salute della Regione Friuli Venezia Giulia, Riccardo Riccardi, sulla riattivazione del corso di formazione CeForMed per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale.

"Gentilissimo Assessore,

prendiamo atto con grande stupore e vivissima preoccupazione che la nuova riforma sanitaria da lei condotta, tra le varie strategie prioritarie scelte, apre il 2020 con un bando per il corso di formazione CeForMed per l'idoneità all'esercizio dell'attività medica di Emergenza Sanitaria Territoriale, corso giustamente sospeso più di 10 anni fa, corso di cui in Regione FVG nessuno sentiva più la mancanza, corso che, con la presunzione di formare pseudo-specialisti in emergenza-urgenza con ridicole 300-400 complessive di sintetica teoria ed insufficiente pratica, dieci anni fa ha immesso nel nostro SSR medici liberi professionisti, non dipendenti, completamente decontestualizzati dai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e dalle Centrali Operative, disallineati e avulsi da formazione, aggiornamento e percorsi condivisi dell'ambito emergenziale e non ovviamente in grado di mantenere l'elevato expertise indispensabile nel trattamento delle patologie acute tempo dipendenti e negli scenari clinici complessi dell'ambito della medicina critica.

Riteniamo, sperando che Lei condivida pienamente, che il delicatissimo ambito dell'Emergenza-Urgenza in FVG, già pesantemente martoriato in questi ultimi 3 anni da decisioni politiche completamente sbagliate e modelli organizzativi aziendali fallimentari, debba avere piena dignità e meritarsi il meglio della professionalità, formazione e qualità possibile nell'ambito della figura medica, rinvenibile oggi solamente negli specialisti in Anestesia Rianimazione e Medicina d'Emergenza-Urgenza e non debba accontentarsi di percorsi di formazione surrogata a basso costo e discutibilissimo, peggiorativo impatto sulla qualità offerta agli utenti-pazienti. Il nostro SSR non ha proprio bisogno di questo inutile percorso formativo autoreferenziale assolutamente limitato e limitativo inserito peraltro in una già chiara ed evidente Vostra strategia di utilizzo di inaccettabili forme di assistenza e cura quali l'appalto di Pronto Soccorso, PPI e postazioni territoriali di

118 della nostra regione a Cooperative di medici ed infermieri di non controllabile qualità delle prestazioni erogate.

Peraltro invece che investire seriamente, come già anche da Noi chiesto e formalizzato in varie occasioni, in nuove ed ulteriori borse di specializzazione presso le quattro Scuole Universitarie di Anestesia e Rianimazione e Medicina d'Emergenza Urgenza della Regione FVG, offrendo da una parte occasioni di studio e lavoro retribuito a giovani neolaureati rimasti fuori dalle graduatorie nazionali e permettendo dall'altra a Voi gestori della nostra Sanità di garantire per il futuro nuovi specialisti preparati, qualificati e certificati per un ambito già criticissimo e carentissimo di queste figure in regione, avete scelto di riaprire un corso non universitario addebitando addirittura il costo di questa formazione (1200 euro!!!) a neolaureati precari o disoccupati.

Non condividiamo in nulla tale deplorable strategia e la riteniamo l'ennesimo segnale di una politica sanitaria miope, non lungimirante, scadente, scentrata nell'individuare i giusti obiettivi e fornire le adeguate risposte e sorda alle offerte di collaborazione di tecnici ed esperti della disciplina.

Nessuna forma di collaborazione, docenza, tutoraggio ci potrà essere richiesta né verrà data nell'ambito di questi percorsi formativi che ci auguriamo non partano proprio.

Ai giovani Colleghi volenterosi ed interessati all'ambito dell'Emergenza-Urgenza diciamo di stare molto attenti a falsi miraggi di "patentini" ottenuti (pagando) con formazione insufficiente ed inadeguata ed a loro indichiamo e ricordiamo che la strada migliore, ottimale prevista ed auspicabile per affrontare questo delicatissimo lavoro è quella del corso di specializzazione universitaria, fatto di intensi anni di teoria e pratica continua, di scambio, confronto ed apprendimento con gli specialisti ospedalieri ed universitari afferenti ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza del FVG che è cosa ben diversa e distante dal mondo della Medicina Generale e della Continuità Assistenziale.

Nell'imprescindibile rispetto del principio dell'equità delle cure, anche nell'ambito così bistrattato dell'Emergenza-Urgenza regionale, i nostri utenti pazienti hanno diritto di ricevere il più elevato standard di cure possibili come anche i nostri giovani medici hanno diritto e dignità di ricevere il miglior percorso formativo possibile anche in un'ottica di abbattimento massimo del rischio clinico per l'intero sistema".





AAROI-EMAC Molise

Carenza Medici in ASREM: proclamato lo stato di agitazione

Le sezioni regionali AAROI-EMAC, ANAAO AASOMED, FP CGIL e FVM hanno proclamato lo stato d'agitazione per la carenza di medici nell'Azienda Sanitaria Regionale DEL Molise (ASREM), richiedendo il tentativo di conciliazione ai sensi dell'art. 2 Legge 12 giugno 1990 n.146.

Di seguito il testo del documento inviato che ha avuto come risultato la convocazione delle OO.SS. da parte del Prefetto di Campobasso per il giorno 4 Febbraio 2020. All'incontro erano presenti, oltre ai Rappresentanti Sindacali, il Commissario ad Acta e il Commissario ASREM.

A S.E. Il Prefetto della Provincia di Campobasso

A S.E. il Prefetto della Provincia di Isernia

Al Presidente della Giunta Regionale del Molise

Al Commissario ad Acta per il rientro dal debito sanitario della Regione Molise

Al Commissario Straordinario ASREM

Le sottoscritte Organizzazioni Sindacali, rappresentative della dirigenza medica e veterinaria, manifestano formalmente alle SS.LL. le gravi carenze, specie in alcune discipline, di dirigenti medici presso l'ASREM che rendono estremamente difficoltoso assicurare i turni necessari a garantire servizi essenziali e le urgenze-emergenze.

Rappresentano, inoltre, che in previsione anche di futuri pensionamenti, senza l'adozione e/o lo sblocco di provvedimenti urgenti, la situazione potrebbe diventare gravissima e compromettere il buon funzionamento della sanità pubblica regionale.

Per tale motivo proclamano lo stato d'agitazione e richiedono con urgenza, ai sensi dell'art. 2 Legge 12 giugno 1990 n.146, il tentativo di conciliazione con la convocazione presso una delle due Prefetture in indirizzo di tutti i soggetti destinatari della presente.

Con osservanza.

Il Presidente Regionale Molise AAROI EMAC

Il Segretario Regionale Molise ANAAO ASSOMED

Il Segretario Generale della FP CGIL MOLISE

Il Segretario Regionale Molise FVM

Guarda le interviste del Dr David Di Lello,
Presidente AAROI-EMAC, sulla pagina FB:

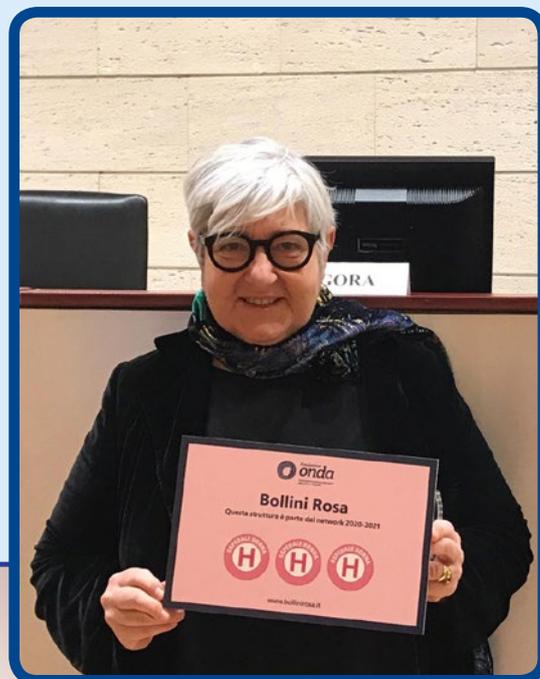
<https://www.facebook.com/AaroiEmac1/>



OSPEDALI CON BOLLINO ROSA, LA PREMIAZIONE A ROMA

La Dr.ssa Teresa Matarazzo, Vice Presidente AAROI-EMAC Area Nord, ha partecipato alla cerimonia di premiazione degli Ospedali con Bollini Rosa di Onda - Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere che si è svolta a Roma il 12 Dicembre.

Nella foto a sinistra la Dr Matarazzo, Referente Onda dell'AOU Sant'Anna di Ferrara, Antonella Grotti, Direttore della Direzione medica di presidio. Al centro Francesca Merzagora, Presidente Onda.



AAROI-EMAC Emilia Romagna

**Abbiamo la maschera ma non siamo... supereroi!
La nuova Campagna pubblicitaria**

Una nuova campagna pubblicitaria AAROI-EMAC Emilia Romagna, dopo quella lanciata lo scorso maggio. Nei giorni scorsi è stata pubblicata sulle pagine de Il Resto del Carlino regionale, la Libertà di Piacenza e la Gazzetta di Parma, mentre online è andata su [IlRestodelCarlino.it](http://RestodelCarlino.it) e su LaRepubblicaParma.it.

La campagna è stata diffusa anche attraverso la pagina Facebook <https://www.facebook.com/AaroiEmacER>, ottenendo dai Cittadini messaggi di gratitudine e vicinanza che abbiamo voluto raccogliere nelle pagine successive.

DICONO DI NOI

ABBIAMO
LA MASCHERA
MA NON SIAMO

SUPEREROI



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

Sezione Emilia-Romagna

  1223

Commenti: 82 Condivisioni: 157



Aaroi-Emac Emilia Romagna

17 gennaio alle ore 12:17 · 

NOI MEDICI ANESTESISTI RIANIMATORI
E MEDICI DELL'EMERGENZA-URGENZA
siamo tutti i giorni al fianco dei pazienti più critici e delle loro famiglie.

Nel nostro lavoro spesso c'è in gioco la vita
dei pazienti, ma non per questo ci sentiamo supereroi.

Ai cittadini chiediamo alleanza, non battaglia, alle amministrazioni
chiediamo di ascoltare gli specialisti del settore!

Concordare e condividere le scelte con noi!

Costruiamo insieme la buona sanità nell'Emergenza-Urgenza
dell'Emilia-Romagna.

LA NUOVA CAMPAGNA AAROIEMAC EMILIA-ROMAGNA
<https://emilia-romagna.aaroiemac.it/website/-n2029.html>

L'AAROIEMAC Emilia-Romagna ha realizzato una campagna di sensibilizzazione sui quotidiani locali, sul Web e su Facebook per far emergere la voce dei Medici Anestesiisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza.

Il messaggio era rivolto alle Istituzioni, ma anche ai Cittadini ai quali abbiamo chiesto "alleanza e non battaglia!". In tanti hanno risposto con messaggi di vicinanza e di ringraziamento attraverso la pagina Facebook.

Messaggi che ci hanno commosso, riempito di orgoglio e che ci hanno dato una carica di energia per andare avanti, nonostante le tante difficoltà.

In maniera anonima abbiamo riunito i post in queste pagine in modo che tutti i Colleghi sappiano che cosa tanti Cittadini pensano di noi!

*Dr Matteo Nicolini
Presidente
AAROIEMAC
Emilia-Romagna*

CAMPAGNA AAROIEMAC EMILIA-ROMAGNA GENNAIO 2020

Rita



Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Antonella Grazie di esserci di lavorare così bene grazie

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Itala i Grazie di cuore

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Clara lo poco tempo fa sono stata operata al Bufalini di Cesena, ho trovato in sala operatoria persone gentili e amorevoli, mi hanno dato tanta forza, e li ringrazio dal profondo del cuore.

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Angela Grazie.

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Lucia



Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Un grazie immenso per tutto quello che fate e fate con cuore

Fiorella Non basta. Certo solo grazie. E una fortuna che ci siete bravi

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Nadia Grazie x quello che fate

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Giancarlo Bfavissimi.

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Chiara Grazie a tutti voi per quello che fate

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Laila



Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Sara



Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 19 h

Franca Grazie

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 21 h

Antonella Noi siamo molto fortunati e non ci sono parole per ringraziarvi

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Semplicemente grazie di esserci sempre, doveroso ringraziamento a chi una sera mi ha salvato la vita e mi ha restituito all'affetto della mia famiglia

Luisa



Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Giorgio Tutti coloro che debbono affrontare un'intervento chirurgico si preoccupa del nome del chirurgo, senza pensare che c'è sempre un medico anestesista che durante l'intervento ha la nostra vita nelle sue mani.

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Cosetta lo sono viva grazie a loro.

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Alida Vero,ammirevoli

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g



Nessuno più di voi è in grado di fare le scelte giuste; e siamo certi che siano scelte fatte con professionalità e col cuore. Ci auguriamo che gli Amministratori ascoltino, concordino e aiutino a realizzare..



*Per fortuna che esistete!!
Non ci sono parole per ringraziare di quello che fate!*



Gabriella Grazie di esistere, è una fortuna avere dei professionisti umani 🙏🙏🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Ombretta Grazie a tutti voi, x quello che fate ❤️
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Maurizia Vero 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Grazia Grazie a tutti voi!!!!



Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Anna
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Franca Grazie ha voi di esistere, ogni giorno che salvate migliaia di vite
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Tilde Grazie di esistere 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 g

Beatrice
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Fiammetta Grazie ma purtroppo non ci siete per tutti
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Cesarina Grazie per il vostro lavoro
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Norita
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Norita Grazie. Angele. De. Corsia
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Giancarla Siete meravigliosi siete i nostri eroi !!
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Ave Grazie a tutti voi. 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Romana Verissimo 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Patrizia Grazie ai professionisti seri preparati e onesti
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Raffaella Grazie di esistere 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Carla Bravil
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 h

Francesca Grazie di Esistere...per voi tante Benedizioni
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 6 h



Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 15 h

Fernanda grazie 🙏🙏🙏🙏🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 18 h

Gigi Sono i migliori medici: grazie!
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 18 h

Cristina Semplicemente grazie di esserci sempre, doveroso ringraziamento a chi una sera mi ha salvato la vita e mi ha restituito all'affetto della mia famiglia ❤️
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 16 h

Armanda Grazie di esserci sempre. 🙏🙏🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 16 h

Andrea Secondo me sì, almeno ci andate molto vicini...
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 19 h

Giuliana Grazie a tutti voi 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Liliana Grazie di cuore!!! 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 1 g

Enrica Ringraziamo Dio che ci sono 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 38 min

Liliana Siete angeli 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 h

Maria Grazie di cuore a tutti voi 🙏🙏🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 h

Aresiana Sì che lo siete, per noi, per i nostri cari. Grazie
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 h

Rita Nessuno più di voi è in grado di fare le scelte giuste; e siamo certi che siano scelte fatte con professionalità e col cuore. Ci auguriamo che gli Amministratori ascoltino, concordino e aiutino a realizzare...
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 h

Maria Grazie per tutto quello che fate grazie mille
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 4 h

Isolina Caldirola 🙏🙏🙏🙏🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 11 h

Raffaella Grazie di esistere 🙏
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Luìsa



Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

Patrizia Per fortuna nostra viviamo nella Regione Emilia-Romagna...dove esistono eroi professionisti come Voi! Che Dio vi benedica!
Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 2 g

CAMPAGNA AAROI-EMAC EMILIA-ROMAGNA GENNAIO 2020

SA QURE

2020

L'anestesia e rianimazione e l'emergenza: priorità di cura e cure di qualità nella medicina di area critica

Torna anche quest'anno l'appuntamento annuale con SAQURE, il Meeting organizzato dall'AAROI-EMAC attraverso il suo Provider ECM AreaLearn. L'appuntamento è a Roma l'8 e il 9 Maggio 2020 nella consueta sede Roma Eventi - Fontana di Trevi in Piazza della Pilotta, 4.

L'evento si presenta con una formula leggermente rivista e più concentrata, passando da un programma su tre giorni ad un programma che si sviluppa in due giornate, pur mantenendo pressoché inalterato il numero di corsi proposti che sono in totale 15. Ogni corso darà la possibilità di maturare i crediti indipendentemente dalla partecipazione all'intero evento SAQURE.

Temi di questa edizione riguardano i modelli organizzativi che sono alla base del lavoro dei Medici Anestesisti Rianimatori e dell'Emergenza-Urgenza con particolare attenzione agli sviluppi delle nuove tecnologie. Argomenti affiancati da una serie di tematiche di estrema attualità quali la comunicazione in sanità, il mondo sindacale e assicurativo, così come l'interazione con altre realtà dal mondo militare a quello dei media. Non mancheranno sessioni di carattere normativo con l'analisi di recenti Leggi e delle Linee Guida.

Nella pagina seguente la tavola sinottica che riassume orari e titoli preliminari dei Corsi. Il Programma è in via di definizione, verrà a breve pubblicato sul sito dell'Associazione unitamente alle informazioni sulle Iscrizioni.

	Venerdì 8 Maggio 2020	Sabato 9 Maggio 2020
AUDITORIUM LOYOLA		SICUREZZA ED EFFICIENZA NEI PERCORSI CHIRURGICI 08:20-13:00
	LE BUONE PRATICHE CLINICHE ALLA LUCE DELLE NORME DI LEGGE 13:50-19:15	LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE CLINICHE 14:00-18:40
SALA FOSCOLO		TECNOLOGIA E INNOVAZIONE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE 08:20-13:00
	GOVERNO CLINICO, RISK MANAGEMENT E CONTROLLO DI GESTIONE 13:50-18:45	I GRANDI TEMI DELLA PRATICA CLINICA 14:00-18:40
SALA ALFIERI		VECCHIE E NUOVE NORME DI LEGGE: FOCUS ON 08:20-13:00
	LA MEDICINA DI AREA CRITICA, LE ISTITUZIONI, IL MONDO CIVILE E QUELLO MILITARE, LA COMUNICAZIONE DIGITALE 13:50-19:10	LA COMUNICAZIONE APPROPRIATA COME RISORSA PER CURARE BENE E IN SICUREZZA 14:00-18:40
SALA BELLI		GLI ANESTESISTI RIANIMATORI NEL SSN ATTUALE E FUTURO: MONDO ACCADEMICO E OSPEDALIERO, SOCIETÀ SCIENTIFICHE E SINDACATO. GLI OBIETTIVI PER CRESCERE INSIEME 08:20-13:00
	LA GESTIONE DEL PAZIENTE EMORRAGICO 13:50-18:45	QUALITÀ E SOSTENIBILITÀ DELLE CURE Terapia Intensiva & Infezioni ospedaliere 14:00-18:40
SALA ALIGHIERI		ELISOCORSO & TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE CRITICO 08:20-13:00
	SETTING ORGANIZZATIVI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE; SETTING ORGANIZZATIVI IN MEDICINA DEL DOLORE 13:50-19:15	IL NUOVO CCNL E IL SISTEMA DI PROTEZIONE PROFESSIONALE 14:00-18:40



Le Norme Giuridiche e i Principi della Comunicazione alla base del lavoro dell'Anestesista-Rianimatore



Visto il successo che gli scorsi anni hanno avuto i corsi di Formazione a Distanza, anche quest'anno il Comitato Scientifico di AREALEARN, il provider dell'AAROI-EMAC, ha realizzato tre corsi FAD approfondendo gli argomenti trattati nel secondo meeting SAQUIRE.

Il primo corso – dal titolo **“Le Norme Giuridiche e i Principi della Comunicazione alla base del lavoro dell'Anestesista-Rianimatore”** è online dal primo Febbraio e rimarrà a disposizione di tutti gli Iscritti all'Associazione fino al 31 Luglio 2020.

L'obiettivo del percorso formativo è di diffondere le norme giuridiche e i principi di buona comunicazione che possano aiutare i Colleghi nella gestione ed organizzazione del lavoro, aumentando la sicurezza e la qualità delle cure.

La parte iniziale del Corso è dedicata all'analisi della Legge 219 del 2017, ovvero la Legge sulle norme in materia di Consenso Informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento. In questa Legge viene promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Nella seconda relazione l'Avvocato spiega l'importanza di una corretta compilazione della cartella clinica e le eventuali implicazioni di ordine giuridico quando questo non avviene. Il tutto è arricchito da esempi pratici per esplicitare norme giuridiche importanti per il medico. Inoltre è stato approfondito anche l'altro aspetto della Legge 219/2017, quello che riguarda le cure palliative,

dove, oltre agli aspetti pratici, si sono esaminate quelle tematiche giuridiche che aiutano e garantiscono questi tipi di trattamento.

Il codice di deontologia medica considera la comunicazione una parte essenziale del processo di cura. Per questo abbiamo voluto approfondire il momento del passaggio di consegne che è cruciale nella gestione del paziente complesso. Durante il passaggio delle consegne è stata dimostrata un'alta incidenza di eventi avversi riconducibili a carenze comunicative con conseguente danno per i pazienti, stress per i familiari, disagio per il personale e aumento dei costi.

Il corso dura circa 7 ore tra lezioni frontali, lettura di articoli scientifici e Linee Guida, con la possibilità di ottenere 10,5 crediti ECM. Per ottenere i crediti bisogna completare in modo corretto almeno il 75% delle domande. In caso di mancato superamento di tale soglia i quiz possono essere ripetuti. Inoltre durante la compilazione del test sarà possibile ritornare a consultare le lezioni.

Un esperto sarà a disposizione degli utenti e risponderà on line entro 48 ore a domande o dubbi.

N.B.

Il nuovo link della piattaforma FAD AAROI-EMAC è il seguente:

<https://arealearn.edubit.it/>

Per gli utenti già registrati è necessario accedere con la email utilizzata per la registrazione e non con la user id precedentemente identificata. La password rimane invece invariata.

LE NORME GIURIDICHE E I PRINCIPI DELLA COMUNICAZIONE ALLA BASE DEL LAVORO DELL'ANESTESISTA-RIANIMATORE

*Dr Emanuele Iacobone,
Responsabile Scientifico
dell'evento FAD*



Intensive App



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

La Cartella Clinica Elettronica

La Cartella Clinica Elettronica (CCE) sta catalizzando sempre di più le attenzioni dei medici e soprattutto degli Anestesisti Rianimatori nello specifico. Le potenzialità di questo nuovo strumento informatico si intravedono chiaramente nelle sue capacità funzionali ed organizzative, senza tralasciare la maggiore sicurezza che tale documentazione offre.

La CCE è quindi definita come un documento digitale che viene creato, salvato ed archiviato dalla Struttura Sanitaria che si è dotata di tutta la strumentazione informatica adatta al fine. Si arriva così ad una raccolta di tutti i dati della storia clinica del paziente, un documento digitale finalizzato alla corretta e completa gestione delle informazioni del paziente, visite ed esami, materiale capace di garantire continuità al suo percorso di cura.

Ne abbiamo parlato con il **Dr Cataldo Labriola**, Primario della Unità Operativa di CardioAnestesia e Terapia Intensiva della Mater Dei Hospital del Gruppo CBH di Bari.

Da sempre un pioniere della CardioAnestesia pediatrica e degli adulti, il Dr Labriola utilizza la CCE sin dal 2006, quando ha reso l'Ospedale Santa Maria (Bari) la prima struttura in Puglia a dotarsi della cartella clinica elettronica.

Gli albori della Cartella Clinica Elettronica:

"L'applicazione dell'informatica all'assistenza del paziente in Terapia Intensiva mi ha affascinato da sempre. Nel Maggio 1986 organizzai un incontro del Gruppo di Studio SIAARTI in Cardiologia e Cardiochirurgia a Maratea (PZ) dove invitai Omar Prakash, direttore cardio-anestesista al Thorax Center di Rotterdam (NL), che tenne l'impressionante - per l'epoca - relazione dal titolo "Computers as Monitors" e presentò anche il frutto della sua collaborazione con la Siemens: una cartella anestesologica da compilare "off line", che veniva poi stampata su un modulo cartaceo prestabilito da un plotter piuttosto ingombrante.

Inizialmente i computer furono utilizzati per eseguire

single funzioni, come ad esempio la regolazione automatica della velocità del nitroprussiato di sodio su valori prefissati di pressione arteriosa, ma era evidente che il processo di informatizzazione era destinato a espandersi.

Il processo è stato forse più lento di quanto ci si potesse aspettare, ma i problemi da superare non erano pochi, in primis l'affidabilità e la gestione dell'hardware. Nel 1989 andai a verificare lo stato dell'arte all'Università di Tubingen dove l'Hewlett Packard aveva accentrato le sue ricerche. I server erano armadi giganteschi che necessitavano di una sorveglianza continua, però consentivano finalmente la registrazione dei parametri vitali on line. I parametri erano però espressi in caratteri numerici, giacché i sistemi dell'epoca non consentivano la creazione e/o la stampa di linee curve. L'altro grande problema era l'interfacciamento con la strumentazione elettronica.

Così, quando rinnovai il monitoraggio nella UTI dell'Ospedale San Carlo di Potenza nel 1990, non ritenni opportuno impegnare risorse nel processo di informatizzazione, ritenni che i tempi non fossero ancora maturi. Ci sarei riuscito 16 anni dopo, presso la Terapia Intensiva Cardiochirurgica dell'Ospedale Privato Santa Maria di Bari, oggi appartenente al gruppo GVM Care & Research. Qui, nel 2006 sono riuscito a implementare una cartella clinica elettronica”.

Come è avvenuta l'implementazione della CCE in ambiente ospedaliero: le fasi

“Nel 2006 alla Santa Maria rinnovammo completamente l'equipaggiamento strumentale della UTI, cioè monitor, ventilatori automatici e sistema infusionale. Questo facilitò enormemente il progetto: acquistammo dalla stessa azienda i monitor e la cartella elettronica. L'azienda era la GE, i monitor erano della serie Solar, la cartella clinica era la “QS” (Quantitative Sentinel), già implementata nella Rianimazione dell'Ospedale Lancisi di Ancona, dove andai a studiarne il funzionamento.

Dopo quella visita completammo la ristrutturazione con apparecchi che non avrebbero sicuramente creato problemi di interfacciamento: ventilatori Dräger e sistema infusionale Braun.

Ogni letto della UTI ebbe il suo computer dedicato, ma giacché i computer potevano comunicare tra loro tramite un cavo ethernet, ogni postazione poteva agire da “workstation” o da “client”. I dati erano archiviati in due server posizionati in un locale dedicato climatizzato. Il doppio server garantiva dalla perdita dei dati archiviati, dato che il processo di archiviazione digitale è la chiave che contraddistingue una cartella clinica elettronica da una cartella clinica informatiz-

zata. Ma, come vedremo, per motivi pratici abbiamo sempre provveduto ad una copia cartacea del ricovero, giacché il Sistema Sanitario Regionale, e anche quello giudiziario, non erano pronti alla realtà digitale (e forse non lo sono ancora). L'archiviazione digitale era possibile perché la registrazione automatizzata dei parametri clinici registrati “on line” dagli strumenti interfacciati era garantita dal sistema che ne rendeva impossibile ogni alienazione e modifica. Per quanto riguardava i dati “off line” immessi dagli operatori e che riguardavano il diario clinico, la terapia e tutti i dati non registrati “on line”, (come la diuresi oraria), erano firmati da chi praticava l'accesso al sistema mediante la password identificativa.

I dati immessi “off line” possono essere modificati, ma il sistema conserva memoria del dato corretto e degli orari ai quali gli interventi correttivi sono stati eseguiti e, naturalmente, da chi li ha eseguiti. Dopo la dimissione del paziente non è più possibile alcuna correzione alla terapia.

I computer sono stati resi “medicali” mediante isolamento elettrico con trasformatori dedicati. Non riuscimmo a dotarci di tastiere sterilizzabili perché all'epoca erano di costo ragguardevole (lo sono tuttora), e questo ha comportato la necessità di battere i tasti sempre con dita protette da guanti puliti, nonché di eseguire frequenti tamponi su di esse.

Tutte le attrezzature erano ovviamente alimentate elettricamente dal gruppo di continuità.

Tre membri del team di Terapia Intensiva, il responsabile, un medico ed un informatico del CED, sono stati addestrati alla gestione della cartella mediante corsi che sono durati tre settimane. Durante il corso i tre membri, diventati così gli amministratori del sistema, hanno anche imparato a personalizzare la cartella. La



personalizzazione includeva l'archivio farmaci e la possibilità di creare dei "template" originali per categorizzare eventi o per creare modelli di stampa.

Dopo collaudi approfonditi da parte degli ingegneri della GE, finalmente accendemmo il sistema. Fu subito chiaro che l'interfacciamento con gli strumenti funzionava, il grafico dei parametri emodinamici, i dati del ventilatore polmonare, la quantità e la qualità dei fluidi somministrati, il dosaggio preciso dei farmaci in infusione continua erano magnificamente mostrati sullo schermo. Il problema più importante era rappresentato dalla gestione della terapia. A questa abbiamo dedicato corsi di addestramento intensivo per infermieri e medici con simulazioni di ogni tipo ed abbiamo scritto un manuale interno con esempi e illustrazioni. Infine, dopo un periodo di overlapping del sistema cartaceo e cartella elettronica durato "solo" sei mesi, meno di quello che avevamo preventivato, l'UTI della Santa Maria Hospital è diventato un reparto "sheetless", e ciò è accaduto il 1/1/2007.

Abbiamo utilizzato la cartella QS con molta soddisfazione fino al 2014, quando, fermo restando lo stesso hardware, abbiamo implementato un programma di cartella elettronica aggiornato, il CCC (Centricity Critical Care) rilasciato dalla stessa GE.

Le differenze con la cartella precedente riguardavano la grafica, divenuta sempre più simile a quella cartacea, la facilità di interfacciamento con gli strumenti elettronici più svariati, e l'arricchimento con programmi che alleggerivano ulteriormente il carico di lavoro degli operatori, come ad esempio il calcolo automatico, a tempi prefissati, di score clinici quali Apache II, SAPS, MODS, TISS".

La CCE tra protocolli e l'acquisizione dei dati

"La CCE consente anche la creazione di protocolli locali nella gestione della nutrizione, della terapia antibiotica, della ventilazione e dell'insufficienza renale personalizzati per migliorare la conformità delle proprie pratiche alle linee-guida internazionali.

Importante è annotare come la CCE interagisca con la strumentazione interfacciata:

- 1) Monitor parametri fisiologici**
- 2) Ventilatori polmonari**
- 3) Pompe infusionali**
- 4) Emogasanalizzatore e Laboratorio analisi**
- 5) Misuratori gittata cardiaca in continuo**
- 6) Apparecchi per CRRT (registrazione parametri orari impostati)**

Monitor parametri fisiologici:

-Tutti i parametri rilevati dal monitor, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, pressione venosa centrale, pres-

sioni polmonari, temperatura e saturazione periferica sono campionati ogni minuto. Variando la frequenza di campionamento, sullo schermo del computer può essere mostrato il grafico di 12, 24 ore o di più giorni. Se la frequenza di campionamento è settata ad 1 minuto, è possibile analizzare in dettaglio la successione di eventi acuti quali l'arresto cardiaco o la prevalenza di aritmie. Stabilire l'ora precisa di un arresto, la durata e la eventuale presenza di fenomeni pre-esistenti (ipotensione arteriosa, desaturazione, riduzione o aumento della PVC e/o della PAP, ecc) rappresenta un vantaggio importante sia dal punto di vista diagnostico che medico-legale. La possibilità di accedere anche dopo la dimissione del paziente a questa grande mole di dati, consente di eseguire studi di prevalenza importanti; risulta agevole, ad esempio, misurare gli episodi "cumulativi" di ipotensione arteriosa, fenomeno attualmente ritenuto molto importante nel causare insufficienza renale acuta.

Ventilatori polmonari:

L'amministratore del sistema può predisporre i parametri da registrare dal ventilatore, in genere: tipo di ventilazione, FiO2, volume minuto, frequenza respiratoria totale, pressione media delle vie aeree, pressione di picco, PEEP esterna ed intrinseca, e la driving pressure. La frequenza della campionatura è di 1 ora, del tutto sufficiente per gli scopi clinici.

Pompe infusionali:

Il volume orario erogato dalle pompe di infusione, volumetriche o a siringa, è registrato e rappresentato sullo schermo anche come dosaggio x chilo x minuto. Il programma fa la sommatoria automatica dei volumi somministrati per il calcolo delle entrate di fluidi. Gli infermieri devono inserire in modalità "off line" il volume dei liquidi somministrati direttamente al paziente ed il volume orario delle urine prodotte. Il sistema provvederà al calcolo automatico del bilancio idrico orario al netto delle perdite insensibili, calcolate mediante algoritmo che tiene conto della temperatura corporea media del paziente e dello stato delle vie aeree. Nelle degenze di lunga durata per favorire il calcolo di un bilancio idrico "cumulativo", è possibile evidenziare la schermata dei bilanci di sette giorni consecutivi.

Fra gli ingressi di fluidi sono conteggiati automaticamente anche i liquidi diluenti per la preparazione di farmaci, ad esempio gli antibiotici. In questo caso il volume di soluzione impiegato è prefissato nell'archivio dei farmaci, per cui alla somministrazione ad es. di 1 gr di Cefazolina, il sistema aggiunge automaticamente un ingresso di fluidi di 20 ml quando l'infermiere "smarca" la somministrazione del farmaco.

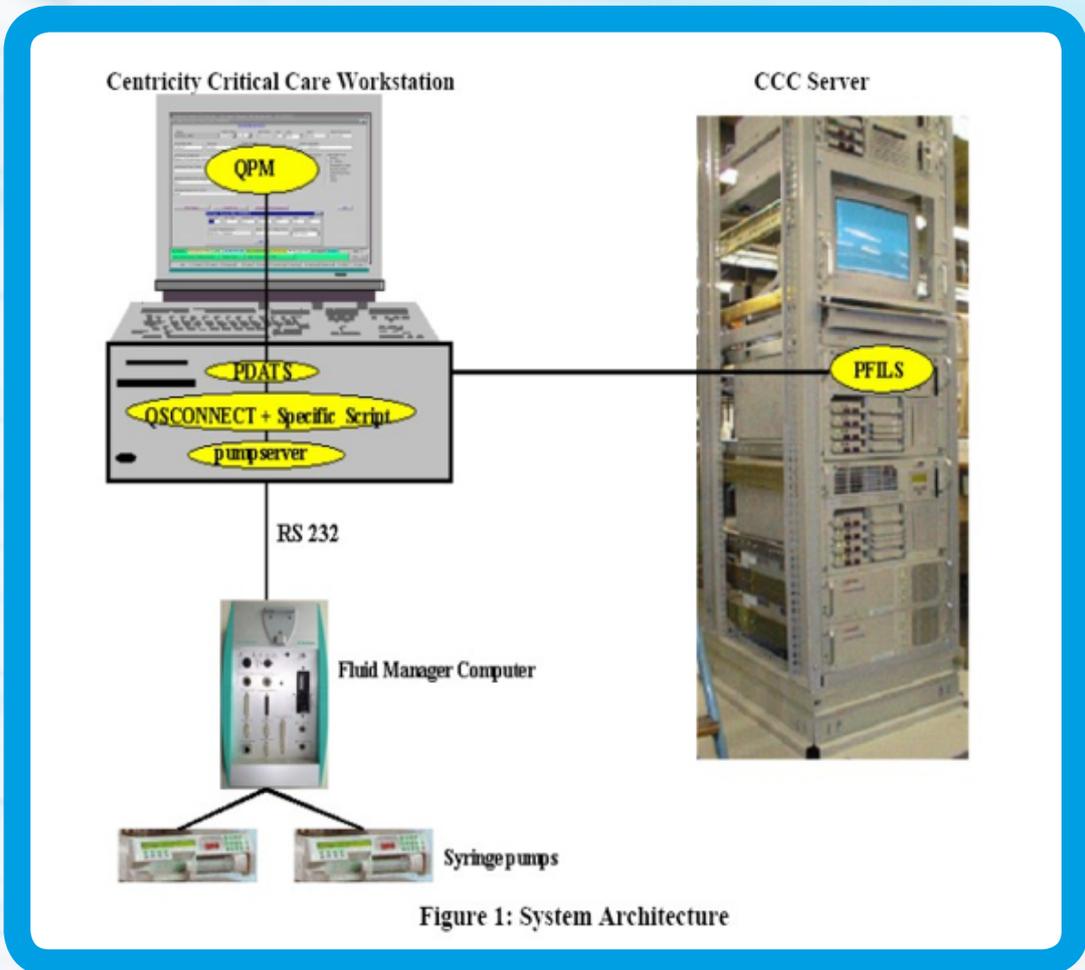
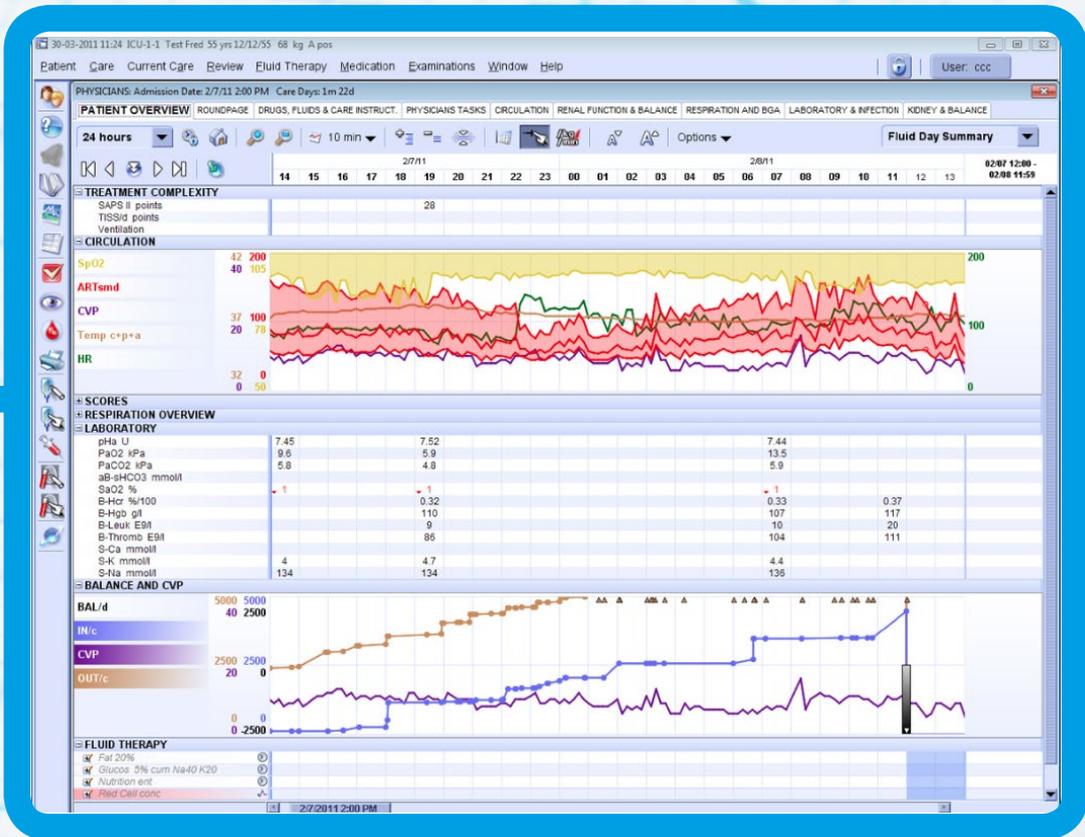


Figure 1: System Architecture



EGA e Laboratorio:

Il sistema CCC inserisce in cartella automaticamente i dati prelevati dall'emogasanalisi e i dati di laboratorio analisi. Visualizzare i trend dei parametri biochimici rappresenta un aiuto immediato all'interpretazione dell'andamento clinico ed alla risposta delle terapie somministrate. Gli esami microbiologici sono mostrati in un foglio elettronico a parte, è così possibile un rapido aggiornamento sulla colonizzazione/infezione del paziente da parte di germi.

Gittata cardiaca continua:

*La cartella CCC si interfaccia con molti moduli di gittata cardiaca in continuo, incluso il **Vigilance**. Il campionamento del valore di Indice Cardiaco avviene ogni 10 minuti ed è mostrato sullo schermo insieme ai parametri macroemodinamici e la frequenza cardiaca. Gli effetti delle terapie sul circolo sono così prontamente valutabili e la mole dei dati registrati con un rate maggiore facilita anche l'attuazione di ricerche scientifiche. I parametri emodinamici calcolati, così come gli indici ossiforici, vengono registrati ogni volta che l'infermiere li completa sul Vigilance.*

Terapia di rimpiazzo renale:

La cartella si interfaccia facilmente con tutti gli apparecchi per dialisi. Flusso di sangue, flussi convettivi, dializzato, reinfusione e perdita di peso vengono registrati con cadenza oraria. La perdita di peso viene automaticamente inserita nel bilancio idrico.

L'esperienza maturata in 13 anni di gestione "sheetless" di una Unità di Terapia Intensiva Cardiochirurgica mi ha portato a ritenere che non può esistere una gestione diversa. E questa è anche la piena convinzione di tutti gli operatori sanitari coinvolti, in particolare gli infermieri. Questi ultimi non devono più trascrivere su complesse grafiche valori pressori, temperature, emogasanalisi, parametri ventilatori, farmaci, liquidi e quant'altro, in aggiunta alla compilazione della cartella infermieristica. Il risparmio di tempo è importante, e l'infermiere può dedicare più tempo all'assistenza diretta del paziente ed alla valutazione della grande massa di messaggi che la cartella fornisce automaticamente, inclusi quegli Score così utili per seguire l'andamento clinico dei pazienti e la loro classificazione in termini di gravità e di aspettative di sopravvivenza. La CCE aumenta il livello di sicurezza e garantisce un approccio più scien-

tifico al malato. Per via della enorme quantità di dati registrati, la cartella elettronica consente inesplorati spazi alla ricerca".

Gli Aspetti medico legali della CCE

*"Per quanto riguarda gli **aspetti medico-legali** bisogna fare un discorso a parte. Anche se la CCC consente la dematerializzazione dei dati clinici, il nostro sistema sanitario e giudiziario ancora non sono pronti per accedere ad una realtà completamente digitale. Questo riguarda i medici delle ASL che controllano le cartelle cliniche, i magistrati che emettono provvedimenti di "sequestro" delle cartelle in caso di denuncia e, talora, gli avvocati e gli stessi medici legali. Per questo noi produciamo sempre una stampa finale della cartella, stampa che racchiude in termini 'variamente compresi' - soprattutto se il ricovero è di parecchie settimane - gli avvenimenti clinici. In tredici anni queste nostre cartelle cartacee sono state varie volte oggetto di accertamenti di ordine penale e mai nessun magistrato o consulente di parte o avvocato le ha mai messe in discussione, poiché gli eventi clinici erano espressi in termini di assoluta chiarezza. Oserei dire che l'ordine e la sequenzialità degli eventi descritti nella versione stampata della cartella elettronica, comunicavano al lettore la chiara sensazione di un lavoro svolto con la professionalità più elevata possibile. E questo induceva nello scrutatore un bias positivo nei confronti del nostro operato. Solo una volta un avvocato di parte avanzò il dubbio che l'orario di somministrazione di un farmaco fosse stato manomesso: il giudice aprì un fascicolo contro ignoti ed inviò a sorpresa in ospedale una commissione che includeva due informatici per esaminare il sistema. La commissione cercò a sua volta di cambiare l'orario di somministrazione del farmaco e realizzò che la cosa era assolutamente impossibile, anzi, per buon conto, il tentativo di manomissione rimaneva addirittura registrato insieme con la firma dell'esecutore. Inutile dire che nessuno di noi fu rinviato a giudizio".*

"In conclusione, la cartella clinica elettronica dovrebbe essere obbligatoria in tutte le Unità di Terapia Intensiva per il suo impatto positivo insostituibile sulla qualità dell'assistenza, sulla sicurezza del paziente, dei suoi dati e sulla ricerca scientifica".

Chiunque conosca colleghi che abbiano sviluppato applicativi e programmi in campo anestesiologicalo, intensivistico o più generalmente medico, può inviarmi un loro contatto al mio indirizzo mail:

praimondo@iol.it

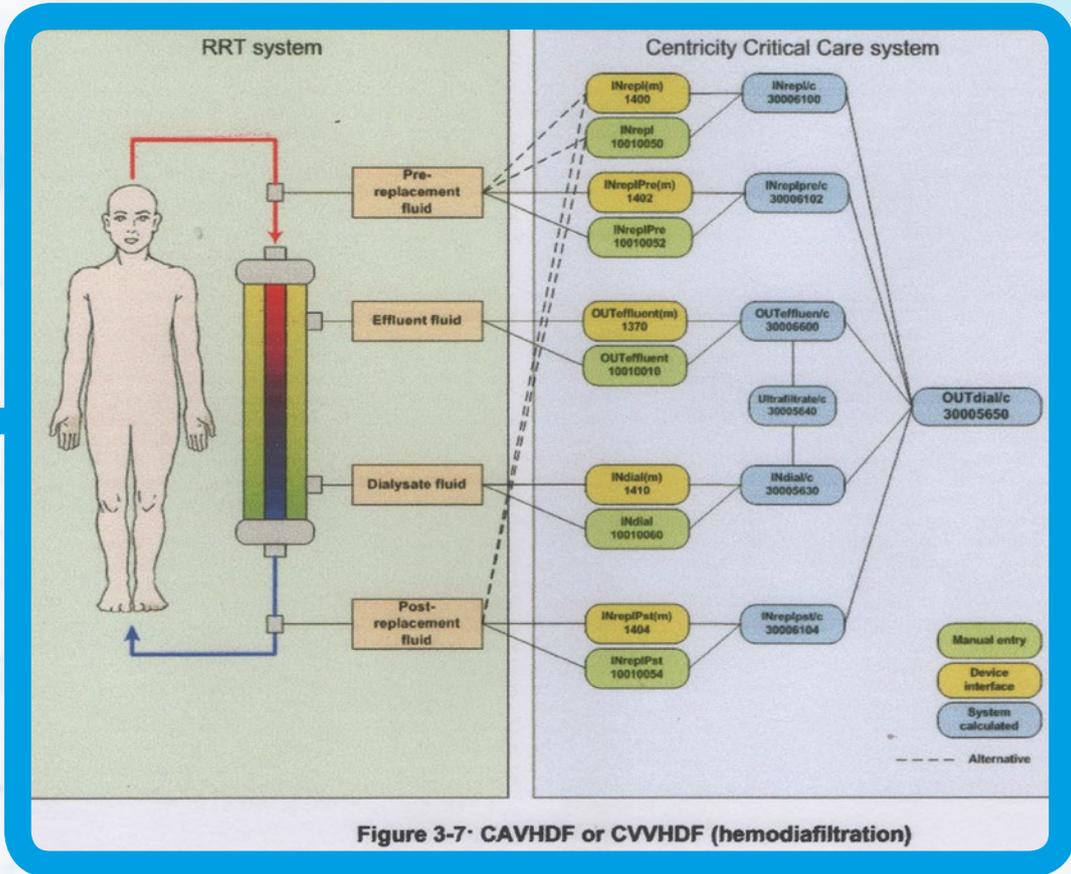
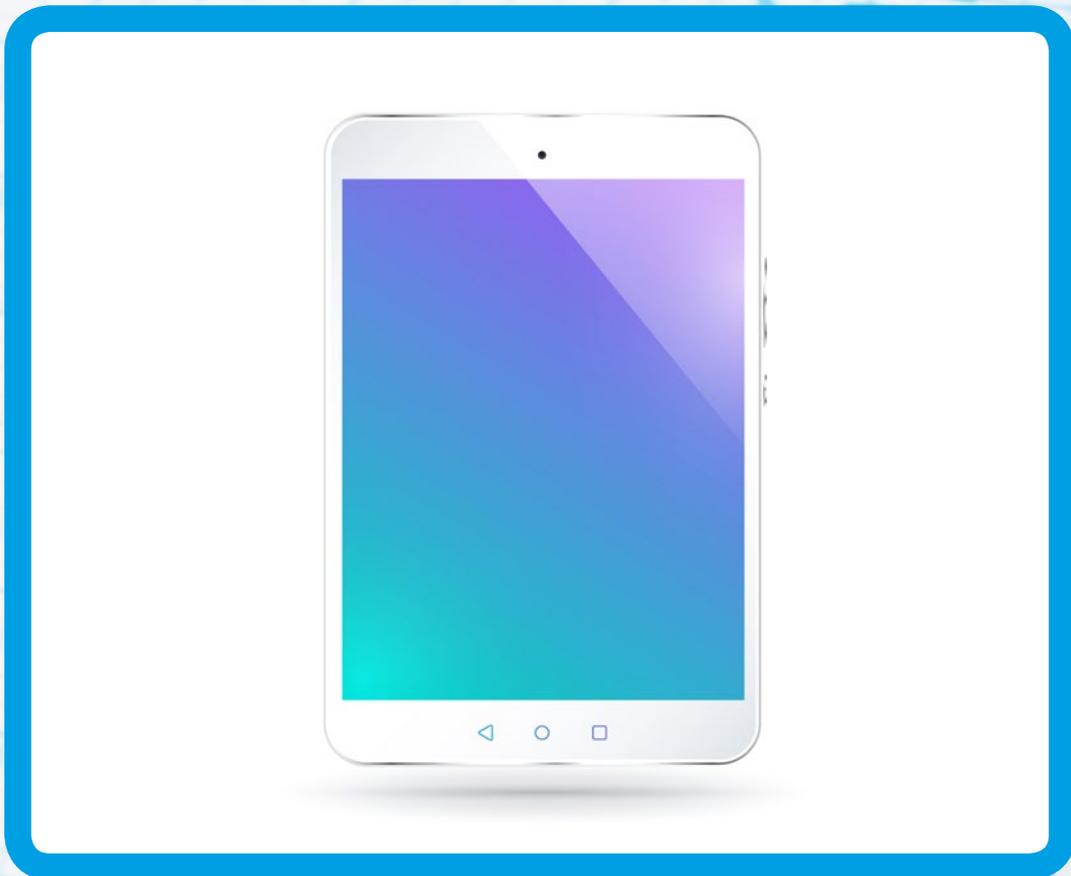


Figure 3-7· CAVHDF or CVVHDF (hemodiafiltration)



La tagliola sulle reversibilità

La pensione di reversibilità è la quota parte della pensione del titolare della previdenza, riconosciuta ai parenti superstiti in caso di decesso del pensionato o assicurato. Fra i superstiti aventi diritto alla pensione del pensionato o del lavoratore vi sono in via principale il coniuge ed i figli, ma possono beneficiarne anche i fratelli e le sorelle. Il diritto alla pensione di reversibilità sorge al momento del decesso del pensionato o del lavoratore avente diritto alla pensione e ha lo scopo di fornire sostegno economico qualora l'assegno dell'Inps sia importante fonte di reddito per il coniuge e per i figli.

La pensione del defunto non viene però devoluta per intero ai familiari superstiti, ma ripartita secondo alcune percentuali, come previsto dalla legge, ed in particolare: 60%, solo coniuge; 70%, solo un figlio; 80%, coniuge e un figlio ovvero due figli senza coniuge; 100% coniuge e due o più figli ovvero tre o più figli; 15% per ogni altro familiare, avente diritto, diverso dal coniuge o figli.

Il sistema previdenziale italiano presenta certamente una serie di tutele non trascurabili nel calcolo della reversibilità. Tuttavia dobbiamo sottolineare che la pensione non è mai abbastanza. Infatti è difficilmente integrabile con altri redditi vista l'età (e la salute) di chi la percepisce. Spesso diventa quindi l'unica e non diversificabile fonte di reddito del pensionato, peraltro in una fase vulnerabile della propria esistenza. Inoltre, bisogna sempre ricordare che il coniuge deceduto ha versato i propri contributi, nell'arco dell'attività lavorativa, anche al fine di garantirne la reversibilità.

L'istituto è regolato dalla legge n. 335 del 1995 che ne disciplina oltre che le modalità di erogazione, la misura e anche i casi di riduzione se il titolare della reversibilità possiede altri redditi.

Con la circolare n.147 dell'11/12 dello scorso anno, l'Inps ha chiarito come la pensione ai superstiti viene ridotta se il titolare possiede altri redditi:

- Riduzione del 25% del trattamento di reversibilità per:
reddito superiore a 3 volte il trattamento minimo annuo* Inps lavoratori dipendenti in vigore al 1° gennaio (da 20.086,95 a 26.782,60 euro)
- Riduzione del 40% del trattamento di reversibilità per:
reddito superiore a 4 volte il trattamento minimo annuo* Inps lavoratori dipendenti in vigore al 1° gennaio (da 26.782,61 a 33.478,25 euro)
- Riduzione del 50% del trattamento di reversibilità per:
reddito superiore a 5 volte il trattamento minimo annuo* Inps lavoratori dipendenti in vigore al 1° gennaio (da 33.478,26 euro)

*L'importo del trattamento minimo annuo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, preso a riferimento, è, per il 2020, di euro 6.695,05 annui.

In pratica maggiore è il reddito, anche qualora comprensivo di un eventuale trattamento pensionistico proprio del superstite, maggiore sarà la riduzione dell'importo della prestazione pensionistica di reversibilità. Una norma castratoria che è stata oggetto, più volte e senza mai un risultato positivo, di scontro politico amplificato per interessi di parte, dimenticando, colpevolmente, che la norma è in vigore dal 1995 ed è stata applicata da tredici governi e quindi di tutti gli orientamenti attualmente rappresentati in Parlamento.

Ricordiamo, infine che, l'Italia è tra i paesi europei in cui il peso delle prestazioni di reversibilità, sul totale delle pensioni, è il più alto e riguarda circa 4,4 milioni di pensionati per una spesa complessiva di oltre 41 miliardi di euro l'anno.

Quota 100: l'Inps chiarisce sui redditi cumulabili

L'introduzione, ad inizio del 2019, della formula quota 100, con cui è possibile anticipare il pensionamento utilizzando criteri (62 anni d'età e 38 anni di contributi) inferiori di quelli indicati dalla riforma Fornero, ha ottenuto un grande successo. Successo mitigato, però, dalle condizioni restrittive previste sia per i tempi di acquisizione del trattamento di fine servizio, rimandato alla maturazione dell'età (67 anni) del pensionamento di vecchiaia sia, e soprattutto, dall'impossibilità per il pensionato aderente di poter cumulare alla pensione conseguita altri redditi.

La norma legislativa prevede, infatti, che la pensione quota 100 non sia cumulabile, a far data dal primo giorno di decorrenza della pensione e fino alla maturazione dei requisiti per l'accesso alla pensione di vecchiaia, con i redditi da lavoro dipendente o autonomo. Ma, sottolinea, poi, in particolare, che tale divieto non scatta solamente per quei redditi derivanti da lavoro autonomo occasionale nel limite di 5.000 euro lordi annui.

Tale possibilità residua ha dato, a molti, l'idea che, comunque, si potessero svolgere attività remunerate ricadenti, anche in prestazioni professionali o similari. Su queste problematiche era intervenuto l'istituto previdenziale, con la circolare n.117 del 9 agosto 2019, chiarendo, da un canto, che i periodi da considerare ai fini del calcolo del limite dei 5.000 euro non dovessero essere considerati esclusivamente in relazione alle prestazioni occasionali svolte dalla decorrenza della quota 100 e/o sino al raggiungimento dell'età per la pensione di vecchiaia, ma in relazione all'intero anno ancorché il trattamento pensionistico fosse stato ottenuto solamente negli ultimi mesi dell'anno in corso e, soprattutto, indicando quali fossero i redditi compatibili e dunque cumulabili con la pensione Quota 100. Rientrano tra questi redditi le indennità percepite dagli amministratori locali e tutte quelle connesse a cariche pubbliche elettive, i redditi d'impresa e utili non connessi ad attività di lavoro quale socio che partecipa con capitale senza espletare attività lavorativa, i compensi percepiti per l'esercizio della funzione sacerdotale, le indennità percepite per l'esercizio della funzione di giudice di pace, le indennità sostitutiva del preavviso in quanto ha natura risarcitoria e non retributiva, i redditi derivanti da attività per programmi di reinserimento degli anziani in attività socialmente utili, indennità per trasferte e missioni fuori del territorio comunale, i rimborsi per spese di viaggio e di trasporto, di alloggio e di vitto che non concorrono a formare

il reddito imponibile, l'indennizzo per la cessazione dell'attività commerciale. Mentre tra i redditi da lavoro autonomo incumulabili, l'Inps ha specificatamente indicato i compensi percepiti per l'esercizio di arti e professioni, i redditi d'impresa e gli utili derivanti da associazione in partecipazione connessi ad attività di lavoro, i diritti di autore ed i brevetti. I pensionati con Quota 100 dovranno di conseguenza dichiarare i propri redditi cumulabili e incumulabili.

Su questa condizione, relativa alla dichiarazione e su i suoi contenuti, erano sorte diverse criticità operative per cui l'Istituto previdenziale, con il messaggio n. 54 dell'8 gennaio, è stato obbligato a meglio specificare le procedure idonee e chiarire le modalità operative della dichiarazione dei redditi cumulabili (o incumulabili) per i pensionati in Quota 100.

L'Inps pubblica due modelli alternativi: l'AP139 e l'AP140. Entrambi ottenibili dal portale web dell'Istituto.

L'AP140 andrà compilato e allegato alla domanda di pensione sulla sezione dedicata alle domande di prestazioni pensionistiche nel portale. Nel modello si specifica, in via preventiva, la presenza di redditi del tutto incumulabili con la pensione dopo la sua decorrenza (redditi di lavoro dipendente, assimilato o autonomo) o, ancora, di quelli, in parte cumulabili, cioè i redditi diversi derivanti da attività di lavoro autonomo occasionale per non più di 5.000 euro lordi annui.

Il modello mapperà anche redditi che non rilevano ai fini della incumulabilità (come l'indennità di preavviso) percepiti dopo la decorrenza della pensione. L'AP140 consentirà di indicare anche i redditi maturati prima della decorrenza della pensione, che saranno percepiti in un secondo momento.

In ogni caso Inps preannuncia ulteriori verifiche condotte attraverso gli archivi dell'amministrazione finanziaria.

Ulteriori chiarimenti sono stati forniti anche in riferimento al modello AP139, il quale è rivolto ai pensionati già titolari di Quota 100. Questi dovranno presentare il modello sia nel caso di percezione di redditi incumulabili, sia per redditi non rilevanti ai fini della incumulabilità, ma percepiti dopo la sua decorrenza. L'obbligo sussisterà anche nell'anno successivo a quello della percezione dei redditi incumulabili, compreso il caso in cui non vi siano ulteriori redditi incumulabili, per potere riattivare il pagamento della pensione.

ANTICIPO DELLA LIQUIDAZIONE. Migliorata e confermata per tutto il 2020 la Convenzione COSMED a condizioni di estremo favore

L'unico sequestro della liquidazione dei dipendenti pubblici che viene erogata in tre rate rispettivamente dopo 24, 36 e 48 mesi dalla cessazione per le pensioni di anzianità e dopo 12, 24 e 36 mesi per le pensioni di vecchiaia continua ad essere in vigore. Inoltre i fruitori della quota 100, al pari di quanti vanno in pensione con il cumulo, percepiscono la prima rata a 68 anni, la seconda a 69 e la terza a 70 anni. Il caso limite è rappresentato da un dipendente pubblico che pensionato con quota 100 a 62 anni e 6 mesi finirà di percepire l'ultima rata di liquidazione sette anni e sei mesi dopo.

Si tratta di un provvedimento che da sempre abbiamo giudicato discriminatorio, varato dal 2011 e reiterato più volte, che penalizza esclusivamente i dipendenti pubblici (i dipendenti privati, infatti percepiscono tutta la liquidazione entro 3 mesi dalla cessazione).

La Corte Costituzionale investita della vicenda ha dichiarato non illegittima la posticipazione in caso di pensione anticipata rispetto alla vecchiaia, ma ha sollecitato il Parlamento a provvedere ad erogare più sollecitamente negli altri casi.

In effetti nel decreto che ha istituito quota 100 erano previsti sconti fiscali, ancorché limitati alle liquidazioni fino a 45.000 euro, per compensare gli interessi di una convenzione con l'Associazione Bancaria Italiana che non ha ancora visto la luce.

La Cosmed e le sigle aderenti, tra cui l'AAROI-EMAC, da due anni, per venire incontro ai Colleghi che cessano dal servizio, aveva sottoscritto con il Banco BPM una convenzione particolarmente vantaggiosa, in analogia a quella sottoscritta dall'Associazione dei Prefetti, dalla Corte dei Conti, dall'Associazione Nazionale Magistrati, dal Consiglio di Stato, il Ministero dell'interno, l'Avvocatura dello Stato e alcuni corpi militari e civili dello Stato.

La convenzione ha avuto un enorme successo con oltre 35 milioni di euro già erogati agli associati alle sigle Cosmed.

LA CONVENZIONE È STATA RINNOVATA PER IL 2020 ALLE MEDESIME CONDIZIONI ESTREMAMENTE FAVOREVOLI (TASSO FISSO AL 1% PER TUTTA LA DURATA DEL PRESTITO) E MIGLIORATA IN DUE ASPETTI FONDAMENTALI:

IL PRESTITO SI ESTENDE SENZA LIMITI DI TEMPO (in precedenza era limitato a 54 mesi escludendo parte dei pensionati con il cumulo e quota 100) FINO ALL'EROGAZIONE DELL'ULTIMA RATA DA PARTE DELL'INPS. SARÀ POSSIBILE EFFETTUARE LE PRATICHE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE senza dover ricorrere alla sede di Piazza Montecitorio a Roma.

In pratica si cede la liquidazione alla Banca che eroga immediatamente tutta la liquidazione trattenendo un interesse annuo del 1% fisso e perentorio, modificabile solo previo preavviso di 60 giorni in caso di cambiamento dei tassi.

Eventuali maggiorazioni della liquidazione legati agli aumenti contrattuali sopravvenienti o a ricorsi in merito a contenziosi sulla quantificazione della stessa, ridurranno il carico di interessi della rata e conguagliati.

Il prestito è fiduciario senza ipoteche e spese istruttorie.

In circolazione esistono analoghe forme di cessione del credito, ma con tassi nettamente superiori e non ci risultano convenzioni che estendono il prestito ad oltre 54 mesi.

Infine nella compilazione del modulo per la richiesta della quantificazione del TFS all'Inps è necessario indicare nella casella ABI il numero 05034 riferito al Banco BPM.



Approfondisci sul sito www.aaroiemac.it:
<https://www.aaroiemac.it/website/-n2026.html>

**Merito e risorse le due parole chiave dell'attività della Fondazione
L'inaugurazione dell'anno di studi 2019/2020**

Il 4 Febbraio si è svolta nella sede del Collegio Unico di Perugia la cerimonia d'inaugurazione dell'anno l'anno di studi 2019-2020 di ONAOSI. Durante l'evento i vertici della Fondazione Opera Nazionale Assistenza Orfani dei Sanitari Italiani hanno ricordato i risultati raggiunti dall'organismo negli ultimi anni. Un ruolo sempre più cruciale per offrire alle centinaia di migliaia di contribuenti un prezioso welfare integrativo in tutta Italia e per rafforzare il tessuto formativo del territorio umbro. Di seguito il Comunicato Stampa.

“Negli ultimi anni abbiamo ammodernato la Fondazione, ridotto i costi di gestione, le spese per gli amministratori, iniziato a vendere gli immobili non destinati a fini istituzionali, effettuato un monitoraggio antisismico del resto del patrimonio edilizio nonostante la legge non ci imponesse di farlo, ristrutturati i collegi di Padova e Pavia e intrapreso l'iter per investire 20 milioni di euro per ristrutturare la sede del Collegio Unico di Perugia e creato il collegio di merito nella storica sede trecentesca della Sapienza Vecchia nel cuore del centro storico perugino”. L'inaugurazione ufficiale dell'anno di studi 2019-2020 è l'occasione per il presidente della Fondazione ONAOSI (Opera Nazionale Assistenza Orfani dei Sanitari Italiani) Serafino Zucchelli, per riepilogare i risultati raggiunti dai vertici dell'organizzazione che da oltre 130 anni offre assistenza agli orfani di medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere al mondo professionale e del lavoro.

“Sono attualmente oltre 3500 i ragazzi assistiti, grazie agli interventi della Fondazione e delle sue 12 strutture formative distribuite in 8 città italiane (Bologna, Messina, Milano, Napoli, Padova, Pavia, Perugia e Torino), che ospitano attualmente 700 studenti tra i 14 e i 32 anni” ha ricordato Zucchelli, che, nel suo intervento ha anche ribadito l'importanza di investire in organizzazioni come ONAOSI, capaci di creare un welfare integrativo che si affianchi a quello pubblico. Un ruolo sempre più importante – ha proseguito Zucchelli - visto la progressiva contrazione di quest'ultimo: “grazie alla nostra attività, contribuiamo a tenere unita una categoria composta da oltre 300mila persone (di cui 150mila contribuenti). E, tenendoli uniti, aiutiamo anche a contrastare la disgregazione della società e a ricordare l'importanza di investire nei 'corpi intermedi' per rafforzare i legami sociali e comunitari”.

Questo ruolo di ONAOSI è particolarmente evidente nel tessuto umbro, grazie anche alle partnership e collaborazioni messe in atto con i due atenei di Perugia. “Il territorio umbro ha bisogno di ONAOSI e di strumenti che rafforzino la preparazione accademica e culturale delle persone, e in particolare delle nuove generazioni” ha ricordato il prorettore dell'università di Perugia, Fausto Elisei. Sulla stessa linea, la prorettrice Dianella Gambini, che intervenendo a nome dell'università degli Stranieri ha sottolineato gli ottimi risultati, in termini di occupazione, offerti dal Master in International Business attivato insieme a ONAOSI e al quale possono partecipare ogni anno fino a 35 studenti. “Al termine del master, in pochi mesi, oltre il 50% di loro è già collocato nel mondo del lavoro” ha ricordato Gambini.

Durante l'inaugurazione dell'anno di studi si è inoltre tenuta la lectio magistralis al professor Brian A'Hearn, economista del Pembroke College dell'università di Oxford dedicata al tema “Globalizzazione: lezioni dalla storia”. Una lezione particolarmente attuale, visto l'addio ufficiale del Regno Unito all'Unione europea e i rigurgiti sovranisti e nazionalisti sempre più forti in numerosi Paesi occidentali.

“Sono almeno tre le lezioni cruciali che la storia della globalizzazione ci impone di tenere presenti” ha spiegato il professor A'Hearn al pubblico presente. “Gli eventi inglesi confermano che la globalizzazione non è inevitabile e se non governata bene produce pericolosi rigurgiti. Questo ci porta al secondo insegnamento: la globalizzazione sistematicamente produce vincitori e perdenti perché non tutti ne beneficiano nella stessa misura. Ecco perché servono politiche in grado di ridurre le disuguaglianze. Infine, quelli che perdono dal fenomeno della globalizzazione, reagiscono difendendosi come meglio credono. In questo momento stiamo assistendo a livello planetario a una reazione contro gli eccessi della globalizzazione. L'elezione di Donald Trump tre anni fa e la sua probabile riconferma ne sono uno degli esempi più lampanti”.

Quesiti dal web

L'AARO-EMAC risponde

Rubrica a cura di
Domenico Minniti

(Presidente Sez. Reg. AARO-EMAC Calabria) e

Arturo Citino

(Coordinatore Formazione Sindacale)

Sono stata assunta come dirigente medico di Anestesia a tempo indeterminato.

Nel caso io fossi vincitrice di un ruolo relativo ad un altro concorso e la nuova Azienda mi chiedesse di prendere servizio prima possibile senza attendere che scadano i primi 3 mesi di preavviso, quali sono le modalità di licenziamento e la penale che dovrò pagare? L'Azienda uscente mi può trattenere e per quanto?

Il periodo di preavviso è di 3 mesi salvo diverso accordo o salvo una penale pari allo stipendio del periodo mancante ai 3 mesi.

Corrisponde al vero che nel nuovo contratto il congedo anestesilogico per noi Anestesisti non sarebbe più previsto?

Nel nuovo contratto non risultano variazioni per il congedo in questione.

Nel nuovo contratto emerge la possibilità di essere esonerati dalle guardie una volta raggiunti i 62 anni anagrafici.

Ho letto rapidamente il testo del contratto: se ne accenna forse nell'articolo 6 bis ma senza indicare quale procedura attivare e soprattutto a chi rivolgersi.

Sì, l'articolo prevede l'esonerabilità che però andrà discussa all'interno dell'organismo paritetico. La modalità relazionale pone in capo all'Azienda la facoltà, non trattandosi di oggetto di contrattazione, di deci-

dere in un senso o nell'altro.

Ho saputo che con il nuovo CCNL non è più possibile chiedere l'aspettativa per il periodo di prova nel nuovo ospedale in cui si vince il concorso. L'unico modo è licenziarsi.

Sull'argomento il nuovo CCNL recita:

Art. 12 Periodo di prova

*10. Al dirigente già in servizio a tempo indeterminato presso un'Azienda o Ente del comparto, vincitore di concorso presso altra amministrazione anche di diverso comparto, **può essere concesso** un periodo di aspettativa senza retribuzione e decorrenza dell'anzianità, per la durata del periodo di prova, di cui al presente articolo, ai sensi dell'art. 10, del CCNL del 10.2.2004, come integrato dall'art. 24, comma 13, del CCNL 3.11.2005 Area IV e art. 10, del CCNL del 10.2.2004, come integrato dall'art. 24, comma 15, del CCNL 3.11.2005 Area III con riferimento alla sola dirigenza sanitaria e delle professioni sanitarie*

Di conseguenza è facoltà dell'Azienda il concederlo o meno.

È doveroso comunque specificare che il periodo di prova non è più necessario se lo si è già svolto.

Lo stesso articolo recita:

12. Fermo restando quanto previsto al comma 1, sono esonerati dal periodo di prova i dirigenti che abbiano svolto periodi di rapporto di lavoro subordinato anche a tempo determinato e almeno superiori a dodici mesi o che lo abbiano già superato, in rapporti di lavoro subordinato anche a tempo determinato, nella medesima qualifica e disciplina, presso Aziende o Enti del

comparto. L'esonero di cui sopra determina l'immediata cessazione del rapporto di lavoro originario.

In sintesi, se non si svolgerà il periodo di prova, non si avrà diritto all'aspettativa

Sono vincitrice di concorso a tempo indeterminato presso azienda pubblica.

Se durante il periodo di prova accetto un rapporto a tempo indeterminato presso un'altra Azienda pubblica, posso solo completare il periodo di prova per il periodo mancante presso la prima Azienda?

Il contratto non consente la somma di periodi di prova in ospedali diversi e, di conseguenza, nel caso in questione il periodo di prova ricomincia dall'inizio.

Gradirei alcune delucidazioni in merito alle dimissioni volontarie. Ho un rapporto di lavoro a tempo indeterminato: a quanto ammonta il periodo di preavviso? Durante tale periodo possono consumarsi le ferie e il congedo per rischio anestesiologicalo?

Il tempo di preavviso è di 3 mesi salvo diverso accordo o salvo pagamento penale pari allo stipendio del periodo mancante ai 3 mesi.

Le ferie devono essere consumate fuori dai 3 mesi di preavviso.

Il contratto nazionale non pone impedimenti al godimento del congedo per rischio anestesiologicalo anche durante il preavviso e per il recupero delle ore in eccesso.

Per quanto riguarda l'aspettativa per motivi personali bisogna specificare la motivazione? Esiste un minimo ed un massimo del periodo che si può richiedere? L'Azienda può rifiutarla per esigenze di servizio? In caso la concedesse può richiamarti per esigenze di servizio?

Sì, è necessaria la motivazione dato che, essendo a discrezione del datore di lavoro la concessione della stessa, l'azienda deve poter essere messa nelle condizioni di esprimere un'adeguata valutazione.

Il CCNL non prevede durata minima e prescrive una durata massima di 12 mesi.

L'Azienda può non concederla per esigenze di servizio. Il CCNL non prevede la possibilità di richiamo per esigenze di servizio.

Lavoro come dirigente medico a tempo indeterminato e nella mia Unità Operativa siamo gravemente sotto organico.

È possibile effettuare un turno aggiuntivo di reperibilità pomeridiano per i trasporti, pagato come gettone extra orario, perché fa parte degli obiettivi budget dell'azienda senza il nostro consenso?

Con l'entrata in vigore del nuovo CCNL, l'Organismo Paritetico di cui all'art. 6 bis può valutare l'opportunità di estendere la Pronta Disponibilità oltre i turni notturni e diurni festivi.

Entro quanti anni è possibile ricostituire il rapporto di lavoro dopo le dimissioni secondo il nuovo CCNL?

Il nuovo CCNL recita:

Art. 13

Ricostituzione del rapporto di lavoro

1. Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute può richiedere alla stessa Azienda o Ente, entro cinque anni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro, la ricostituzione dello stesso.

In un contratto individuale l'Azienda può introdurre clausole peggiorative rispetto al CCNL?

L'Art. 11

del nuovo CCNL al comma 10 recita:

10. Nella stipulazione dei contratti individuali le Aziende o Enti non possono inserire clausole peggiorative del CCNL o in contrasto con norme di legge.

È possibile elevare l'importo dell'indennità di pronta disponibilità e dell'indennità di lavoro notturno?

La contrattazione collettiva integrativa prevede la possibilità di elevare l'importo dell'indennità di pronta disponibilità e dell'indennità di lavoro notturno con onere a carico del Fondo di cui all'art. 96 (Fondo per la retribuzione delle condizioni di lavoro).

Quanto dura la conservazione del posto in caso di malattia nel periodo di prova?

In caso di malattia durante il periodo di prova il dirigente ha diritto alla conservazione del posto per un periodo massimo di sei mesi, decorso il quale il rapporto è risolto. Se l'assenza è dovuta a malattia professionale, la conservazione del posto è garantita fino a guarigione clinica certificata dall'ente istituzionalmente preposto, per un periodo massimo di diciotto mesi, prorogabile, in casi di particolare gravità, per altri diciotto.

Roma, 8-9 maggio 2020

SA❖QU❖RE

SAfety❖QUality❖REliability

MEETING 2020

FONTANA DI TREVI

ROMA
eventi

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

AreaLearn[®]
ECM Provider



save
the date!