

il nuovo

MAGGIO - GIUGNO
2024
3
Anno XLV

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

SAQURE

safety quality reliability



SAQURE 2024 tre giorni speciali!

**Intersindacale
Insieme nel lavoro
per la salute**

**lo Statement tra
AAROIEMAC
e COSMEU**

**Calendario
Corsi
SimuLearn®**

Sommario

- 3** **Editoriale**
SAQURE 2024, GRAZIE ai Relatori, Moderatori e a Tutti i Partecipanti
- 5** **SAQURE**
Il Meeting AAROI-EMAC, il nuovo format è vincente
- 17** **Intersindacale**
Piattaforma condivisa a difesa del SSN
- 22** **News**
Siglato lo Statement tra AAROI-EMAC e COSMEU
- 23** **CCNL 2019-21**
Confronto Regionale Campania. Comunicato Stampa AAROI-EMAC e CGIL Medici

24 **Convenzioni Assicurative**
Non solo Polizze, ma una Protezione Assicurativa su misura per MIF

26 **SimuLearn®**
Calendario Corsi Autunnali

AAROI-EMAC risponde

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

32 - **Quesiti Sindacali**

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



@AaroiEmac1



@AaroiEmac



YouTube



flickr

INDIRIZZI UTILI

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

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

Autorizzazione Tribunale di Napoli 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
Dr ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI
Dr LUIGI DE SIMONE
Dr DOMENICO MINNITI

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

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

Redazione
Via Ferdinando del Carretto, 26, 80133 Napoli

Progetto grafico:
Roberto Spiga

Foto:
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

Chiuso in Redazione il 21-06-2024



SAQURE 2024, GRAZIE ai Relatori, Moderatori e a Tutti i Partecipanti

Desideriamo ringraziarvi per aver contribuito al successo dell'Evento SaQuRe 2024. Ai lavori del Meeting hanno partecipato come discenti più di 200 Colleghi, ai quali vanno aggiunti tutti i Relatori e i Moderatori che accettando il nostro invito ad onorarci del loro contributo come docenti ci hanno consentito di preservarne anche in quest'edizione la sua peculiare collocazione rispetto all'intera offerta di formazione e di aggiornamento professionale afferente alle Società Scientifiche, rispetto alle quali – va ricordato – il Meeting è sinergico e non certo in competizione.

Come per ogni sua edizione, infatti, anche quest'anno ci siamo occupati dell'organizzazione e della gestione dei processi di cura, ponendo al centro delle tematiche trattate la qualità e la sicurezza, non tanto e non soltanto mettendone a fuoco lo stato dell'arte e lo sviluppo sotto il profilo tecnico, ma anche e soprattutto sottolineando l'importanza delle risorse umane, quel "capitale umano" che ha dato il titolo all'evento, e che necessita di un sistema di governo del lavoro in equipe in linea con il progresso dei tempi, essendo anch'esso indispensabile per un buon governo clinico.

Anche quest'anno l'evento ha quindi tratto spunto da argomenti scientifici per rendere ciascuno di essi un elemento di riflessione e di ideazione strategica per la promozione di progettualità a favore delle esigenze e delle aspettative di cura in Area Critica per la popolazione, in un momento di assoluta crisi del SSN, nel quale i Medici che l'AAROI-EMAC rappresenta sono un indiscutibile pilastro che occorre valorizzare adeguatamente. In questa prospettiva più "di sistema" che scientifica, che è il vero fil rouge del Meeting SaQuRe sin dalla sua nascita, quest'anno abbiamo inteso dar più ampio spazio al mondo istituzionale della Sanità, con diversi suoi illustri esponenti i quali ci hanno onorato accettando il nostro invito a parteciparvi in presenza o in collegamento telematico per i saluti inaugurali, ad iniziare dal Ministro della Salute, Prof. Orazio Schillaci, il quale attraverso un video messaggio ha espresso vicinanza ai Medici di Area Critica e apprezzamento per le iniziative che la nostra Associazione intraprende in loro nome.

La nostra disponibilità ad una stretta collaborazione con le Istituzioni della Sanità, per fornire ad esse analisi e progetti sostenibili per affrontare le sfide che la preservazione del nostro SSN richiede siano vinte per il bene comune, è un ulteriore valore che intendiamo proseguire ad implementare, per conto di tutti i Medici di Area Critica che l'AAROI-EMAC rappresenta, coinvolgendovi come sempre anche altre figure professionali, nelle prossime edizioni del Meeting SaQuRe, affinché esso sia ogni anno un punto di partenza per stimolare nuove iniziative di governo sanitario anche negli ambiti di interesse legiferativo

Il Meeting è stato anche quest'anno un'occasione per affrontare argomenti che in vario grado interessano tutti i Medici dell'Area Critica delle Discipline ARTID e MEU. La fondamentale collaborazione di illustri esponenti delle Società Scientifiche di riferimento è stata peculiare per un confronto su diversi temi di attualità: i sistemi di emergenza dalla strada all'ospedale fino alle Maxiemergenze, e le criticità organizzative da affrontare per un sicuro management del Blocco Operatorio e della Terapia Intensiva. Le linee guida e le buone pratiche recenti e in divenire sono state discusse ed analizzate anche alla luce delle norme della legge Gelli, senza tralasciare le ipotesi delle sue possibili modifiche emerse negli ultimi mesi, ma senza farsi trascinare in certe prospettive che hanno fatto tramutare alcune di tali ipotesi in altrui slogan piuttosto ingenui per non dire populistici ("aboliamo la responsabilità penale sanitaria" è uno di questi slogan, la cui semplicistica genesi ed il cui irrealizzabile obiettivo vanno per noi ricondotti ad un percorso meno illusorio).

Nella Sessione di Bioetica si è affrontato il delicato tema del limite nei trattamenti medici, sottolineando come il “limite di efficacia clinica” si sposti sempre più avanti per l’evoluzione delle conoscenze e delle risorse tecnologiche e farmaceutiche, ma non potrà mai essere annullato, affinché le cure restino sempre appropriate, rispettose del paziente e dei suoi cari.

Le Tavole Rotonde sui temi legali in cui siamo maggiormente coinvolti, come quella sul consenso informato e quella sull’Anestesia Pediatrica, si sono svolte nella più stretta sinergia con le Società Scientifiche di riferimento, e saranno un punto di partenza per offrire, ai fini della revisione delle procedure e delle buone pratiche che ad esse compete, il punto di vista della AAROI-EMAC.

I Workshop e le Sessioni di Simulazione sono state occasioni di confronto ancor più diretto, facilitato dalla partecipazione in gruppi, tra i Colleghi vi si sono alternati, sempre su tematiche di pratica clinica quotidiana nei nostri ospedali.

Quest’anno abbiamo voluto dare largo spazio ai Medici in Formazione Specialistica di ambito ARTID e MEU, che costituiscono il nostro futuro. La sessione ad essi dedicata si è aperta con la presentazione dei dati della Survey organizzata dal Comitato Scientifico del Meeting, a cui hanno risposto quasi 600 Colleghi, che aveva l’obiettivo di raccogliere ed analizzare le necessità di tutela che i nostri Colleghi MIF sentono più cogenti per le progressive responsabilità che essi acquisiscono durante il loro percorso di formazione al lavoro. Un percorso che – è forse pleonastico ma probabilmente non peregrino ricordare anche questo – è sia teorico sia pratico, non va sminuito vedendolo esclusivamente come un traguardo (l’avvenuta specializzazione), e che pertanto va difeso da due pericoli che tra loro sono solo apparentemente contrapposti, ma che in realtà sono due facce di una stessa medaglia: le iniziative anche legislative che rischiano di svilirlo ad un mero reclutamento di forza lavoro per sostituire gli specialisti che mancano, e certi anacronistici arroccamenti che vogliono cristallizzarlo in schemi che si ostinano a negare la realtà dei fatti che tutti osserviamo nei nostri ospedali da sempre. Il compito del Sindacato è fare da collante tra le Istituzioni e i Professionisti, per un’organizzazione del lavoro (che è ambito di interesse sindacale inalienabile) la quale li valorizzi soddisfacendo le esigenze di salute della popolazione nel rispetto di tutti gli “stakeholders”, mondo accademico compreso. La sessione dedicata ai MIF, che sono anch’essi Professionisti pur se progressivamente in formazione specialistica, si è conclusa con questo messaggio, che certamente ci sarà modo di sviluppare restando aperti ad ogni livello costruttivo di interlocuzione e di confronto.

A dimostrazione del fatto che l’AAROI-EMAC, attraverso il format SaQuRe, intende individuare le migliori strategie di sostegno e di sviluppo per tutti i Medici di Area Critica, nell’ultima giornata del Meeting è stato sottoscritto uno Statement tra la nostra Associazione e la COSMEU (Coordinamento Specializzandi in Medicina d’Emergenza-Urgenza), in base al quale potranno essere definite ed adottate progettualità comuni per i servizi che esse offrono rispettivamente ai Colleghi aderenti, ad iniziare, per quanto ci compete, dalla nostra Convenzione Assicurativa.

I partecipanti ci hanno espresso gratificanti apprezzamenti per il Meeting, sia durante il suo svolgimento sia nei giorni successivi, che in realtà vanno a Voi, con i nostri ringraziamenti più affettuosi per il Vostro fondamentale contributo all’evento, e con un arrivederci alla sua prossima edizione!

*Emanuele Iacobone, Franco Marinangeli – Responsabili Scientifici dell’Evento
Alessandro Vergallo – Presidente AAROI-EMAC*



VALORIZZARE IL CAPITALE UMANO

Il Meeting AAROI-EMAC, il nuovo format è vincente

È andata esattamente come previsto. I tre giorni di SAQURE sono stati una bellissima occasione di incontro e di confronto tra Colleghe e Colleghi durante i quali le sessioni frontali si sono alternate ai seguitissimi workshop. In primo piano aspetti clinici ma soprattutto temi contrattuali, normativi, così come temi legati alle tecnologie, alla sostenibilità, alla bioetica, oltre alle tante questioni di politica sanitaria come la programmazione dei fabbisogni e la formazione dei giovani Medici in Formazione e specialisti. SAQURE è stato inoltre un importante momento di confronto con rappresentanti delle istituzioni e di forze politiche. Questa edizione rinnovata ci lascia decine di spunti su cui lavorare. Siamo pronti per il prossimo SAQURE 2025!

In queste pagine le immagini del Meeting AAROI-EMAC che si è svolto dal 12 al 14 Giugno a Roma.

Istituzioni ed Esponenti parlamentari

Alla sessione di apertura di SAQURE 2024 sono intervenuti: il Ministro della Salute, Prof Orazio Schillaci, con un video messaggio, il Vice Presidente Commissione Affari Sociali della Camera, On. Luciano Ciocchetti, la Senatrice Elisa Pirro - membro della Commissione Bilancio del Senato, la Senatrice Elena Murelli - membro

della Commissione Affari Sociali e Sanità del Senato, la Dott.ssa Maria Rosaria Campitiello, Capo della segreteria tecnica del Ministero della Salute, il Presidente dell'ISS, Rocco Bellantone con un video intervento, il Dr Michele Tancredi Loiudice - Dirigente medico AGENAS "UOS Rischio clinico e sicurezza delle cure".



Guarda il video della sessione di apertura al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=35821>

Guarda il video messaggio del Ministro della Salute al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=35836>



Nello schermo il Ministro della Salute, Prof. Orazio Schillaci - al tavolo da sinistra il Responsabile Scientifico SAQURE, Prof. Franco Marinangeli, il Presidente AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Capo della segreteria tecnica del Ministero della Salute, Dr.ssa Maria Rosaria Campitiello



Nello schermo il Vice Presidente della Commissione Affari Sociali della Camera, On. Luciano Ciocchetti - al tavolo da sinistra il Responsabile Scientifico SAQURE, Prof. Franco Marinangeli, il Presidente AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo

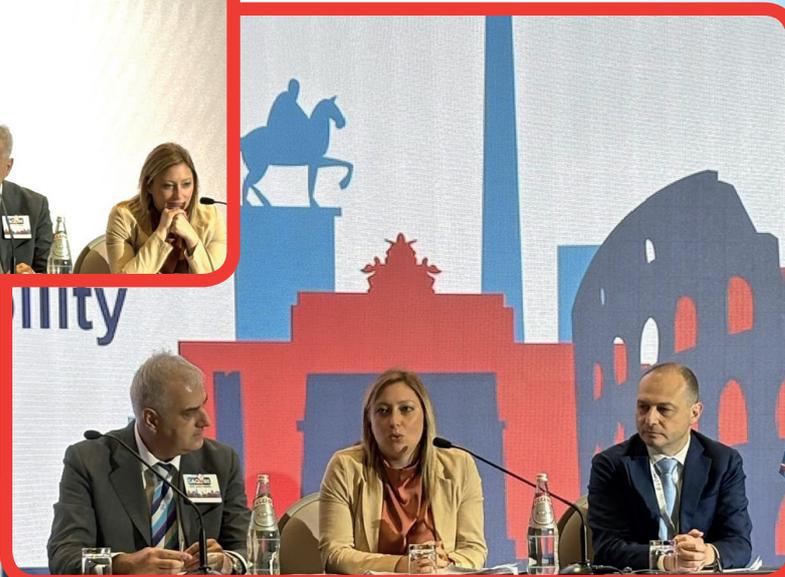
Nello schermo la Senatrice Elena Murelli, membro della Commissione Affari Sociali e Sanità del Senato - al tavolo da sinistra il Responsabile Scientifico SAQUIRE, Prof. Franco Marinangeli, il Presidente AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Capo della segreteria tecnica del Ministero della Salute, Dr.ssa Maria Rosaria Campitiello, il Responsabile Scientifico SAQUIRE, Dr Emanuele Iacobone



Nello schermo la Senatrice Elisa Pirro, membro della Commissione Bilancio del Senato - al tavolo da sinistra il Responsabile Scientifico SAQUIRE, Prof. Franco Marinangeli, il Presidente AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Capo della segreteria tecnica del Ministero della Salute, Dr.ssa Maria Rosaria Campitiello



Da sinistra il Presidente AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Capo della segreteria tecnica del Ministero della Salute, Dr.ssa Maria Rosaria Campitiello, il Responsabile Scientifico SAQUIRE, Dr Emanuele Iacobone



Nello schermo il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Prof. Rocco Bellantone - al tavolo da sinistra il Responsabile Scientifico SAQUIRE, Prof. Franco Marinangeli, il Presidente AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Responsabile Scientifico, Dr Emanuele Iacobone



Da sinistra il Presidente AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Dr Michele Tancredi Lojudice - Dirigente medico AGENAS "UOS Rischio clinico e sicurezza delle cure", il Responsabile Scientifico, Dr Emanuele Iacobone



Gli Assessori di Liguria e Lombardia

A SAQURE 2024 il Dr Angelo Gratarola, Assessore alla Sanità della Regione Liguria ha tenuto la Lettura Magistrale dal titolo "La sanità pubblica: quale futuro?", mentre il Dr Guido Bertolaso, Assessore al Welfare della Regione

Lombardia è intervenuto con una Relazione dal titolo "Specialità mediche in affanno: che cosa possono fare le Regioni oggi e che cosa invece è necessario innovare a livello nazionale".



Dr Angelo Gratarola, Assessore alla Sanità della Regione Liguria



Al podio il Dr Angelo Gratarola, Assessore Sanità Regione Liguria - al tavolo da sinistra il Responsabile Scientifico SAQURE, Prof. Franco Marinangeli, il Presidente AARO I-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Responsabile Scientifico SAQURE, Dr Emanuele Iacobone



Nello schermo il Dr Guido Bertolaso, Assessore al Welfare della Regione Lombardia - al tavolo da sinistra il Responsabile Scientifico SAQURE, Prof. Franco Marinangeli, il Presidente AAROI-EMAC, Dr Alessandro Vergallo, il Responsabile Scientifico SAQURE, Dr Emanuele Iacobone



Nello schermo il Dr Guido Bertolaso, Assessore al Welfare della Regione Lombardia e il pubblico in sala

Emergenza e Maxiemergenze

Non potevano mancare al Meeting AAROI-EMAC sessioni dedicate all'Emergenza-Urgenza e alle Maxiemergenze. La sessione su quest'ultimo tema è stata introdotta dal Capo del Dipartimento della Protezione Civile, Fabrizio Curcio. È stato inoltre affrontato il tema de *"I sistemi di emergenza dalla strada all'ospedale"*, di cui hanno

parlato Alberto Zoli - Direttore Generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - Fabio De Iaco - Presidente SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza e Urgenza e Alessandro Serafini della Croce Rossa Italiana con la moderazione del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo.



Da sinistra il Responsabile Scientifico SAQURE, Prof. Franco Marinangeli, il Capo del Dipartimento della Protezione Civile, Dott. Fabrizio Curcio, il Dr Alberto Zoli - Direttore Generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda



Il Capo del Dipartimento della Protezione Civile, Dott. Fabrizio Curcio





Da sinistra il Responsabile Scientifico SAQURE, Prof. Franco Marinangeli, il Capo del Dipartimento della Protezione Civile, Dott. Fabrizio Curcio, il Dr Alberto Zoli - Direttore Generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Da sinistra il Dott. Alessandro Serafini, Croce Rossa Italiana, il Dr Fabio De Iaco, Presidente SIMEU, il Dr Alberto Zoli - Direttore Generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, il Dr Alessandro Vergallo, Presidente AAROI-EMAC



Da sinistra il Dr Fabio De Iaco, Presidente SIMEU, il Dr Alberto Zoli - Direttore Generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, il Dr Alessandro Vergallo, Presidente AAROI-EMAC



Da sinistra il Dott. Alessandro Serafini, Croce Rossa Italiana, il Dr Fabio De Iaco, Presidente SIMEU, il Dr Alberto Zoli - Direttore Generale dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

Focus Medici in Formazione

Ai Medici in Formazione è stato dedicato un Focus articolato in due Sessioni: "Il medico in formazione: una risorsa per la ripresa" e "Formazione e responsabilità dei medici in formazione". Tra gli altri hanno partecipato: il Prof. Anto-

nino Giarratano Presidente SIAARTI, la Prof. Elena Bignami, Presidente Designato SIAARTI, il Dr Fabio De Iaco, Presidente SIMEU, il Dr Bruno Barcella, Presidente COSMEU.



Da sinistra la Dr.ssa Michela Cascio - Medico specializzando MEU - Vice Presidente COSMEU, il Prof. Francesco Franceschi, Direttore UOC Medicina Dell'Urgenza e Pronto Soccorso, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, il Dr Alessandro Vergallo, Presidente AAROI-EMAC



La Prof. Elena Bignami,
Presidente Designato SIAARTI



Da sinistra il Dr Bruno Barcella, Presidente COSMEU, il Prof. Paolo D'Agostino, Esperto in materia assicurativa AAROI-EMAC, il Prof. Antonino Giarratano, Presidente SIAARTI, il Dr Fabio De Iaco, Presidente SIMEU, il Dr Alessandro Vergallo, Presidente AAROI-EMAC

I Workshop

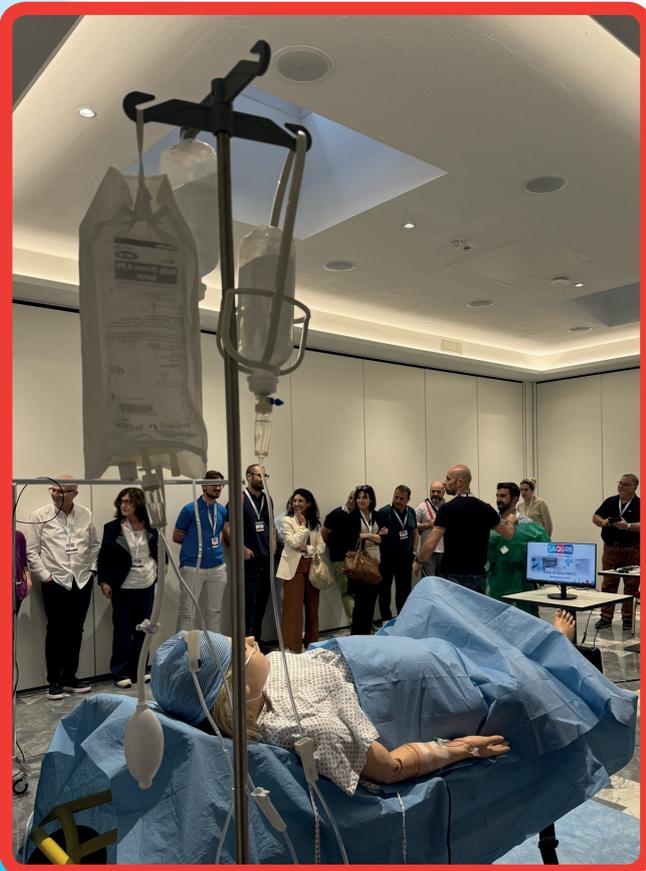
Tra le novità della quinta edizione di SAQURE ci sono stati i seguitissimi workshop anche di simulazione avanzata: Accessi vascolari centrali - Accessi vascolari periferici - Intelligenza

artificiale e blocco operatorio - Videolaringoscopia e tecniche combinate - EXTRA ACLS - La dimissione dalla Terapia Intensiva - Shock emorragico - Fibrobronscopia.



In questa pagina
foto dei workshop
- Simulazione alta
fedeltà - Crisi in
sala parto e Parto
Precipitoso





Workshop - Accessi vascolari centrali



Workshop - Intelligenza artificiale e blocco operatorio

Workshop - Accessi vascolari periferici

L'Abstract vincitore parla di Pronto Soccorso

"Errori Diagnostici in Pronto Soccorso: cosa imparare dalla loro analisi medico-legale" è il titolo dell'abstract premiato a SAQURE 2024, considerato dal Comitato scientifico il più rappresentativo dei temi del Meeting.

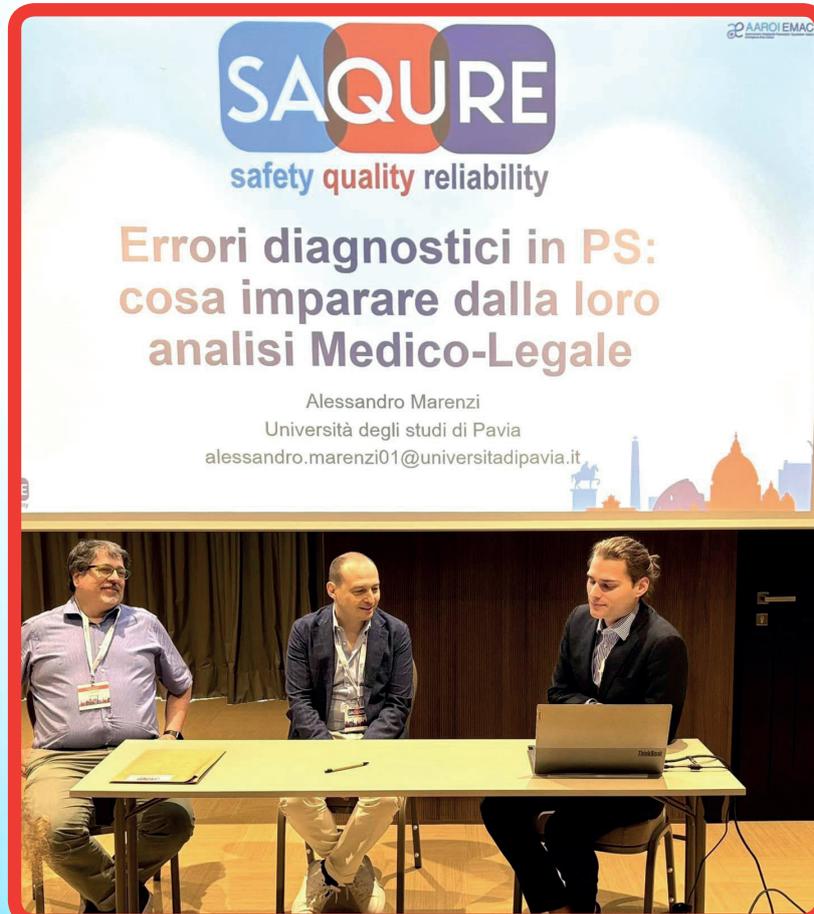
Lo studio è stato presentato dal primo autore, il Dr Alessandro Marenzi (Dipartimento di Emergenza Urgenza Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università degli studi di Pavia).



Il Dr Alessandro Marenzi (Dipartimento di Emergenza Urgenza Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università degli studi di Pavia)



Da sinistra il Responsabile Scientifico, Dr Emanuele Iacobone e il Dr Alessandro Marenzi (Dipartimento di Emergenza Urgenza Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università degli studi di Pavia)



The image shows a presentation slide for SAQURE 2024. The slide features the SAQURE logo (safety quality reliability) and the title "Errori diagnostici in PS: cosa imparare dalla loro analisi Medico-Legale" by Alessandro Marenzi, Università degli studi di Pavia, with the email alessandro.marenzi01@universitadipavia.it. The slide also includes the AAROI EMAC logo. Below the slide is a photograph of three men sitting at a table during a panel discussion. From left to right: Dr. Claudio Spena, Dr. Emanuele Iacobone, and Dr. Alessandro Marenzi. A silver laptop is on the table in front of Dr. Marenzi.

Da sinistra il Dr Claudio Spena, membro Comitato Scientifico AreaLearn, il Responsabile Scientifico SAQURE, Dr Emanuele Iacobone e il Dr Alessandro Marenzi (Dipartimento di Emergenza Urgenza Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università degli studi di Pavia)

Insieme nel lavoro per la salute

Il 6 Giugno si è svolta a Roma l'Assemblea unitaria "Insieme nel lavoro per la salute", promossa dalle organizzazioni sindacali della sanità FP CGIL, UIL FPL, NURSIND E NURSING UP PER IL COMPARTO, AAROI EMAC, FASSID, FP CGIL medici e dirigenti sanitari, FVM e UIL FPL medici per l'area della dirigenza. Un incontro molto partecipato con le testimonianze delle delegate e dei delegati che hanno affrontato di-

versi temi di ambito sanitario. Per l'AAROI-EMAC sono intervenuti il Dr Domenico Minniti, Vice Presidente Nazionale AAROI-EMAC Area Sud e il Dr Ivano Riva, Vice Presidente AAROI-EMAC Lombardia.

È stata inoltre presentata la Piattaforma condivisa a difesa del SSN pubblicata di seguito.



Il video dell'Assemblea e gli interventi AAROI-EMAC sono disponibili al seguente link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=35801>

Al centro il Dr Ivano Riva, Vice Presidente AAROI-EMAC Lombardia



Al centro il Dr Ivano Riva, Vice Presidente AAROI-EMAC Lombardia



Con il microfono il Dr Domenico Minniti, Vice Presidente Nazionale AAROI-EMAC Area Sud e Presidente AAROI-EMAC Calabria



Da sinistra (camicia bianca) il Dr Ivano Riva, Vice Presidente AAROI-EMAC Lombardia e il Dr Domenico Minniti, Vice Presidente Nazionale AAROI-EMAC Area Sud



Al centro il Dr Antonio Amendola, Tesoriere Nazionale AAROI-EMAC

PIATTAFORMA CONDIVISA IN DIFESA DEL SSN

Oggi (6 Giugno 2024 ndr) le delegate ed i delegati di 7 organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza del SSN sono riuniti a Roma in una iniziativa comune in rappresentanza di medici, veterinari, farmacisti, psicologi, biologi, chimici, infermieri, tecnici, amministrativi, operatori e dipendenti delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale, per avviare un movimento che si identifica nella rabbia di centinaia di migliaia di lavoratori della sanità e ne vuole raccogliere le energie, per costruire un percorso di mobilitazione che sensibilizzi e coinvolga tutta la cittadinanza nella difesa del diritto alla salute sancito dall'Art 32 della Costituzione.

Da una parte non possiamo accettare che un patrimonio pubblico di solidarietà e eccellenza professionale sia svenduto sul mercato privato per incapacità, o per monetizzare le possibilità di cura a vantaggio delle assicurazioni o di altri commercianti di salute.

Dall'altra è una vergogna di questo paese quella di avere 6 milioni di poveri, anche di lavoratori poveri, alle cui famiglie deve essere garantita almeno un'assistenza sanitaria del livello consono a un paese del G7, e che invece sono lasciate senza cure, nelle diseguaglianze di una autonomia differenziata che accentuerà le insopportabili differenze che già esistono fra le diverse realtà nel paese.

I dipendenti del SSN non possono assistere passivamente a questa accelerazione verso il disastro del SSN, mentre dovrebbero anche sopportare di continuare ad essere usati come un bancomat silenzioso, e intanto, con il decreto sulle liste di attesa, dal tempismo elettorale per lo meno discutibile, si fanno operazioni di maquillage organizzativo che, senza risorse, aumenteranno i carichi di lavoro dei professionisti e favoriranno l'esternalizzazione delle prestazioni.

È arrivato il momento di rivendicare senza indugi

l'esigibilità dei diritti fondamentali dettati dalla Costituzione.

Noi operatori assumiamo la responsabilità collettiva di aprire la vertenza in difesa del SSN ai cittadini per mettere in discussione ruoli e funzioni, posizioni di rendita e inefficienze di sistema, fuori da fallimentari logiche di appartenenza corporativa. Per questo abbiamo condiviso una

piattaforma comune che identifica criticità, strategie e programmi.

Un recente SONDAGGIO IPSOS di Gennaio 2024 ha messo in evidenza che:

- il 69 % degli italiani afferma che la sanità sia l'area su cui il governo dovrebbe investire più urgentemente (in particolare sui Servizi di Emergenza, assistenza Ospedaliera, Territorio, Prevenzione);
- per il 70% circa l'art 32 della Costituzione non viene rispettato in tutto o in parte.

Le principali criticità che gli italiani riscontrano nell'ambito del Servizio sanitario sono:

- tempi di attesa lunghi per fare gli esami diagnostici necessari e per avere una prima visita;
- carenza di personale del ruolo sanitario.

Il 50% circa della popolazione concorda sul fatto che i pazienti debbano essere attivamente coinvolti nei processi decisionali di cura, e solo il 18% sostiene fermamente che venga data la giusta attenzione ai bisogni specifici del paziente nel percorso diagnostico-assistenziale.

A tal proposito si sottolinea quanto il ruolo delle associazioni dei pazienti sia importante per promuovere insieme agli operatori sanitari processi di cura condivisi ed integrati utili a fornire informazioni chiare sulle condizioni cliniche e sulle opzioni di trattamento, per valorizzare il rapporto paritario come unico veicolo di riforma condivisa del SSN per rappresentare gli interessi delle persone, operatori ed utenti, nelle politiche di sanità pubblica.

I processi di sensibilizzazione e di coinvolgimento di tutti gli attori protagonisti del SSN, dopo anni di politiche di desensibilizzazione della cittadinanza sui temi riguardanti la propria salute, sono obiettivo complicato, ma ineludibile per lo sviluppo di una coscienza critica diffusa, non solo finalizzata alla costruzione di una mobilitazione partecipata, ma soprattutto per il rilancio di modelli organizzativi incentrati sul coinvolgimento attivo delle persone nella promozione della loro stessa salute.

La legge 833 del 1978 fondava le sue radici su modelli partecipativi incentrati sui distretti che avrebbero dovuto essere luoghi di incontro e di incrocio sui territori tra la cittadinanza, la politica ed i servizi sanitari per la rilevazione dei bisogni di salute di quello specifico territorio e per la programmazione di interventi integrati sui determinanti della salute pubblica: istruzione, cultura, ambiente,

infrastrutture, lavoro, relazioni sociali e familiari, alimentazione, igiene, educazione fisica, psichica e sociosanitaria.

Necessaria a tal proposito, la promozione di attività di informazione/formazione rivolta ai cittadini di ogni fascia di età circa le evidenze scientifiche più aggiornate per far crescere una maggiore consapevolezza sull'uso appropriato di farmaci, di prestazioni diagnostiche e visite mediche, al fine di evitare il ricorso ad un inutile consumismo sanitario, e contribuire di conseguenza alla sostenibilità del SSN pubblico. La sostenibilità è da perseguire anche attraverso la diffusione di Pratiche socio sanitarie integrate da implementare in contesti comunitari per ridurre la diffusione di malattie infettive. (Guida ECDC 20 marzo 2024)

Tale attività di sensibilizzazione recupererebbe quella tanto auspicata alleanza tra le persone e gli operatori sanitari; una alleanza che negli anni è stata inasprita da politiche denigratorie volte ad identificare nei professionisti i capri espiatori dell'inefficienza dei servizi defianziati, destrutturati disorganizzati e malgovernati. In quest'ottica è fondamentale che i cittadini siano consapevoli delle ricadute che la carenza di organico hanno:

- sulle liste d'attesa e sulla perdita della qualità prestazionale dell'erogatore pubblico;
- sul peggioramento delle condizioni di lavoro organizzative ed economiche, che inducono gli operatori sanitari a preferire rapporti di lavoro libero professionali e favorisce quindi l'esodo dai servizi pubblici, da ultimo verso gli altri paesi Europei ed extra Europei.

Oggi è più che mai necessaria una riforma strutturale del SSN

Il modello di organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale deve rispecchiare un modello di società incardinata sulla relazione, sul mutuo soccorso e sulla reciprocità, i cui principi ispiratori, secondo la 833 del 1978 dovevano essere, solidarietà, equità ed universalità.

Oggi questi principi sono profondamente disattesi dal progressivo insinuarsi di una cultura individualista alimentata da politiche economiche concorrenziali e competitive tra le persone che hanno generato una società frammentata in cui è venuta meno la coesione sociale.

Il Servizio Sanitario Nazionale nella sua dimensione intrinsecamente democratica della cura e intrinsecamente sociale del prendersi cura, può rappresentare il volano su cui costruire una società equa e solidale, a patto che recuperi il suo ruolo strutturante del benessere delle persone.

Per fare questo è necessario superare questa terribile e lunga fase storica nella quale, il SSN è al servizio dell'economicismo, dell'individualismo e del profitto, in cui il cittadino è fruitore autonomo di prestazioni sanitarie che allungano le liste d'attesa, rendono inefficienti ed insostenibili i servizi pubblici, spianando così la strada al profitto del privato e della sanità integrative a danno della salute dei cittadini che è un bene universale non subalterno ad alcun interesse di parte.

Il modello organizzativo deve essere:

a) Universale ed equamente diffuso sul territorio nazionale

L'autonomia differenziata espone l'intero Paese ai rischi di una frammentazione insostenibile delle politiche pubbliche chiamate a definire una strategia nazionale per la crescita, l'inclusione sociale e il rafforzamento del sistema delle imprese.

La minaccia dell'autonomia differenziata è la prima mina che rischia di far definitivamente deflagrare un sistema che faticosamente si tiene ormai solo grazie alle competenze ed all'abnegazione degli operatori sanitari, una miccia che va disinnescata con precisione e tempestività.

"Il Mezzogiorno, secondo gli indicatori BES (Benessere Equo e Sostenibile) sulla salute, è l'area del Paese caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute, sia in termini di speranza di vita (nel 2022 inferiore di 1,5 aa rispetto al Nord) sia di mortalità evitabile per deficit di assistenza e prevenzione".

Il bilancio nazionale della sanità non copre integralmente il costo dei LEA, che dovrebbero essere offerti in quantità e qualità uniformi in tutto il territorio nazionale. La distribuzione regionale delle risorse, basata sul rapporto tra dimensione ed età della popolazione, non rispecchia gli effettivi bisogni di cura ed assistenza dei diversi territori, che sono condizionati anche da fattori socio-economici non contemplati nei criteri di riparto. La SVIMEZ (**Associazione per lo Sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno**) stima che le funzioni delegate assorbirebbero larga parte dell'IRPEF regionale: il 90% circa nel caso del Veneto, quote tra il 70 e l'80% per Lombardia ed Emilia-Romagna.

Rilevanti sarebbero gli effetti in termini di contrazione del bilancio nazionale, con la conseguente riduzione degli spazi di azione della finanza pubblica centrale. Il gettito IRPEF trattenuto dalle tre regioni risulterebbe pari a circa il 30% del gettito nazionale."

Con l'autonomia differenziata si rischierebbe dunque di aumentare la sperequazione finanziaria tra SSR e di ampliare le disuguaglianze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute.

È necessaria una governance Stato-Regioni potenziata, con maggior controllo centralizzato sull'operato delle Regioni, in particolare riguardo all'integrazione pubblico- privato e ai criteri di accredito delle strutture, per garantire equità di accesso e sicurezza delle cure.

Utilizzare strumenti di monitoraggio della erogazione dei LEA da parte delle Regioni adeguati a evidenziare e correggere le criticità (ad es. Programma Nazionale Esiti).

b) Pubblico: metà della popolazione, soprattutto al nord, concorda sulla necessità di potenziare il sistema sanitario pubblico e il 29% si aspetta che il nuovo Governo intervenga proprio a favore della sanità pubblica rispetto a quella privata (informazioni SVIMEZ 2024)

c) Integrato, in cui i servizi siano prossimi alle persone il cui cuore pulsante sia organizzato in modo reticolare sul territorio in cui si articolano e si integrano le diverse funzioni che rispondono ai bisogni di salute e di cura nelle diverse fasi della vita delle persone, per superare quella "guerra dei mondi" tra territorio ed ospedale che mette in competizione ciò che dovrebbe essere unito più che integrato, e che è causa del sovraffollamento dei PS e degli Ospedali.

d) Multiprofessionale e interprofessionale nella valorizzazione di tutte le professionalità del ruolo sanitario, nella contaminazione continua delle competenze, nel confronto e nell'integrazione dei percorsi terapeutico assistenziali.

e) Governato: la frammentarietà dei rapporti di lavoro, che spesso rispecchia la frammentarietà del sistema, è la causa principale dell'ingovernabilità dei servizi, soprattutto in quelle forme libero professionali che generano solitudine, individualismo e autoreferenzialità in cui il professionista di fatto è un prestatore d'opera che non ha sostegno amministrativo, gestionale e organizzativo. Stessi diritti, stesse tutele e stessa governance per tutti i professionisti.

Oggi uniti chiediamo:

il finanziamento strutturale del SSN, a partire dal personale, contestando il principio strettamente economicistico e tendenzioso che il personale in sanità sia un costo invece che un investimento.

"Rispetto al 2022 la spesa sanitaria nel 2023 si è ridotta dal 6,7% al 6,3% del PIL e di € 555 milioni in termini assoluti. Il 2023 è stato segnato da un netto definanziamento in termini di rapporto spesa sanitaria/PIL (-0,4%), in presenza di un'inflazione che nel 2023 ha raggiunto il 5,7% su base annua". Il Def 2024 non pone

affatto le basi per ridurlo progressivamente anzi, il rapporto spesa sanitaria/Pil scende a 6,3% nel 2025-2026 e al 6,2% nel 2026, valori inferiori al 2019 (6,4%), confermando che la pandemia non ha insegnato proprio nulla. Il definanziamento pubblico aumenterà la distanza con i paesi europei e affonderà definitivamente il Ssn, compromettendo il diritto costituzionale alla tutela della salute delle persone, in particolare per le classi meno abbienti e per i residenti nelle Regioni del Sud" (GIMBE).

"Il Servizio Sanitario Pubblico italiano nel confronto europeo risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche (in media 6,6% del PIL contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato comparativamente elevato (del 21,4% di spesa privata per la sanità sostenuta dalle famiglie italiane) l'out of pocket in Francia raggiunge appena l'8,9% del valore totale, mentre in Germania si ferma all'11%" (SVIMEZ e Report Corte dei Conti).

I nostri obiettivi:

- Reale e finanziata abolizione del tetto di spesa per il personale, in particolare per quello socio-sanitario: assunzioni a tempo indeterminato, basta precariato e rapporti di lavoro atipici.
- Mettere fine ai processi imperanti di appalto del personale e al lucro delle cooperative.- Razionalizzare il ricorso alle prestazioni aggiuntive, che, sebbene siano una modalità temporanea prevista dal CCNL per l'abbattimento delle liste di attesa, oltre che un argine alla inaccettabile esternalizzazione dei servizi e dei professionisti, non devono aumentare indiscriminatamente oltre i limiti delle strette necessità e modalità per le quali sono previste, distraendo in tal modo risorse preziose per l'obiettivo irrinunciabile delle assunzioni di nuovo personale dipendente.
- Finanziare le retribuzioni dei professionisti sanitari con risorse contrattuali a tutt'oggi drammaticamente sottofinanziate, 5,78% di aumento previsto dalla legge di bilancio per il CCNL 2022-2024, a fronte di un'inflazione maturata nel triennio che raggiunge il 17%, una perdita di potere d'acquisto di 11,22 punti che non ha eguali neanche con il blocco contrattuale perdurato per 6 anni dal 2010 al 2016.
- Finanziare adeguatamente la formazione di tutti i professionisti attraverso la revisione del numero programmato e con l'introduzione del contratto formazione lavoro per le specializzazioni, mettendo fine all'utilizzo indiscriminato e improprio degli specializzandi per tappare le carenze di personale.
- Programmare una sicura transizione digitale alla quale si dovranno adeguare i sistemi e le pratiche sanitarie.

Siglato lo Statement tra AAROI-EMAC e COSMEU per iniziative comuni a favore dei MIF MEU

Il 13 Giugno è stato sottoscritto uno Statement in base al quale la COSMEU individua nella AAROI-EMAC il proprio Sindacato di riferimento e, contemporaneamente, la AAROI-EMAC individua nella COSMEU l'Associazione di riferimento per gli spe-

cializzandi in Medicina di Emergenza-Urgenza. In conseguenza di tale accordo a partire da oggi le due Associazioni definiranno e adotteranno progettualità comuni nella formazione, informazione e tutela, anche assicurativa, dei rispettivi Iscritti.



L'accordo al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=35874>



I Presidenti delle due Associazioni all'atto della firma

Terza vittoria AAROI-EMAC Lombardia nei confronti della ASST Nord Milano, condannata a restituire l'IRAP sulle prestazioni aggiuntive

Il Tribunale di Monza ha condannato la ASST Nord Milano, per la terza volta in pochi mesi, a restituire ad alcuni dirigenti medici iscritti ad AAROI-EMAC Lombardia le trattenute che aveva operato sui loro compensi traslando di fatto l'IRAP sui singoli medici, per le prestazioni aggiuntive rese dagli stessi.

Ancora una volta il Tribunale ha confermato che il compenso del medico non va confuso con la tariffa applicata al cittadino, che comprende più voci tra le quali anche tutti i costi che l'azienda deve sostenere e che non possono essere "traslati" sui lavoratori e sulle lavoratrici.

Confronto Regionale Campania ex art.7 CCNL del 23.01.2024: un pessimo accordo sull'orario di lavoro "grazie" ai soliti noti, ma senza la firma AAROI-EMAC e CGIL Medici, che solo sugli altri punti l'hanno ritenuto soddisfacente e l'hanno quindi sottoscritto

In Campania si sta consumando una autonomia contrattuale differenziata, rispetto a quanto stabilito dal CCNL della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, a danno delle lavoratrici e dei lavoratori del S.S.R.

Il 20 giugno si è concluso in Regione il confronto ex art.7 CCNL area sanità per la emanazione di linee di indirizzo per la Contrattazione Integrativa Aziendale.

Dopo aver contribuito alla definizione di un buon testo è emersa la netta divergenza dell'Aaroi-Emac e della Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN con la restante parte del tavolo negoziale in merito a quanto stabilito dal comma 3 dell'art.27.

La divergenza è risultata evidente rispetto al diritto soggettivo del dirigente di richiedere il recupero dell'eventuale impegno orario eccedente il normale orario di lavoro (38 ore/settimanali) con periodi di riposo, anche a giornate intere, già nell'anno di riferimento indipendentemente dal raggiungimento o meno del limite individuato a seguito della applicazione del calcolo introdotto dal comma 3 dell'art.27.

Considerato che il tavolo negoziale nella riunione del 20 giugno non ha recepito le proposte di integrazione e/o modifica presentate con un documento condiviso tra Segreterie Regionali e Nazionali, l'Aaroi-Emac Campania e la Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN Campania hanno deciso di sottoscrivere le "Linee di indirizzo e 3 regolamenti" ad esclusione dello "Schema tipo di regolamento aziendale in materia di orario di servizio e di lavoro" e di rilasciare una propria "Dichiarazione a verbale" alla quale ha fatto seguito una successiva dichiarazione delle altre OO.SS.

L'Aaroi-Emac e la Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN ritengono che la lettura data dal tavolo negoziale del comma 3 dell'art.27, presente nel regolamento orario, non è rispettosa dell'articolato contrattuale ed è molto pericolosa, perché fornisce alle Aziende uno strumento con il quale si stabilisce che i dirigenti medici e sanitari debbano lavorare ben oltre le 38 ore settimanali, di cui 4 ore per aggiornamento professionale, così come stabilito dal comma 2 e dal comma 6 dell'art.27.

Essendo riusciti a separare l'accordo sulle Linee Generali e i tre regolamenti dallo "Schema di Regolamento Aziendale in materia di orario di lavoro", che non è materia di confronto regionale ex art.7, ciò consentirà ad Aaroi-Emac e alla Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN di contrastare in tutte le sedi questa maldestra interpretazione che danneggia i dirigenti medici e sanitari e questa autonomia contrattuale differenziata, a tutela del diritto soggettivo in capo al dirigente di richiedere già in corso di anno il recupero dell'eventuale impegno orario eccedente il normale orario di lavoro con periodi di riposo, anche a giornate intere, indipendentemente dal raggiungimento o meno del limite individuato con il calcolo introdotto dal comma 3 dell'art.27 CCNL.

21 Giugno 2024

*Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici e Dirigenti SSN
Segreterie Nazionali e Segreterie Regionali Campania*

INSURANCE

Non solo Polizze, ma una Protezione Assicurativa su misura per i Medici Specializzandi ARTID e MEU

Considerate anche le continue innovazioni legislative, la sicurezza professionale delle Colleghe e dei Colleghi Specializzandi (MIF) si fa sempre più rilevante anche (forse soprattutto) sotto il profilo assicurativo.

Per tali ragioni, per la AAROI-EMAC è fondamentale monitorare quanto accade sia nelle legiferazioni sia nella giurisprudenza che le applica, e fornire anche ai giovani Colleghi MIF, sin dai primi passi nella formazione specialistica, e a maggior ragione nel prosieguo fino al conseguimento della specializzazione, una tutela assicurativa ad hoc, costruita su misura sulla falsariga di quella per gli Specialisti.

La nostra Convenzione Assicurativa, costruita su queste basi sin dal 2003, di anno in anno si è sempre mantenuta al passo con le esigenze di implementazione della protezione professionale di cui le evoluzioni di

legge e di giurisprudenza hanno via via manifestato nel tempo la crescente necessità, spesso anticipandole invece che inseguirle.

Ecco perché vi chiediamo di dare anche sui luoghi di lavoro la massima diffusione delle informazioni di seguito! Tutti i MIF ARTID e MEU sappiano che avere la più ampia ed aggiornata copertura offerta dal mercato assicurativo al minor costo possibile è una reale e vantaggiosa opportunità da non perdere, il tutto potendo contare sulla forza e sulla protezione del loro Sindacato: la AAROI-EMAC.

Per poter aderire alla nostra Convenzione Assicurativa è necessario e sufficiente iscriversi alla nostra Associazione e stipulare la polizza, potendo contare in ogni momento sull'autorevolezza che essa, grazie alla sua rappresentatività, ha saputo sviluppare nel tempo anche negli ambiti assicurativi!



Tutte le informazioni al link:

<https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=34801>

Per qualsiasi ulteriore informazione è possibile scrivere a

faq.assicurazioni@aaroiemac.it

**non solo Polizze, ma una Protezione Assicurativa su misura
per i Medici Specializzandi ARTID e MEU, con:**

1) RC PROFESSIONALE con Massimale € 2.500.000 > Premio € 200
che copre ogni tipo di Colpa (Grave e Lieve)

e tutti i Costi di Difesa nell'ambito civile (Avvocato e Consulenti)

In caso di sinistro si attiva subito, assicurando al Medico una difesa personalizzata senza dover attendere l'eventuale chiamata in causa innanzi alla Corte dei conti

2) ESTENSIONE FACOLTATIVA di RC stesso Massimale > Premio + €150
che consente di essere coperti con la stessa serenità ANCHE per:

- la sostituzione del MMG e tutte le altre attività compatibili ai sensi di legge
- il servizio di continuità assistenziale
- la guardia medica turistica
- le attività svolte ai sensi del «Decreto Bollette»

3) TUTELA LEGALE PENALE con Massimale € 50.000 > Premio + € 50
che copre le spese per Avvocato e Consulenti nei procedimenti penali

I VANTAGGI ESCLUSIVI DELLA CONVENZIONE ASSICURATIVA "TOTAL CARE"

che l'AARO I-EMAC sin dal 2003 ha creato e sviluppato IN ESCLUSIVA per i propri Iscritti

Oltre a gestire in Convenzione Esclusiva Polizze che - offrendo una copertura completa a 360° - consentono agli Iscritti che vi aderiscono e che vengono coinvolti in una vicenda giudiziaria di non sentirsi mai soli, potendo contare anche sulla forza associativa dell'AARO I-EMAC, la nostra Associazione non solo ne mantiene le condizioni contrattuali sempre allineate alle evoluzioni normative in tema di responsabilità sanitaria generica e specialistica, ma segue in tempo reale la giurisprudenza di merito, adeguandone le coperture ad ogni nuova esigenza!

Tutto questo è particolarmente importante per i MIF in ARTID e in MEU, per i quali negli ultimi anni tali evoluzioni sono state vorticose e con profili applicativi sempre in evoluzione, che necessitano di tutele ad hoc, che nessuna polizza solo generalista potrà mai garantire!

ALTRE INFO al link: <https://www.aaroiemac.it/notizie/?p=34801>

In caso di sinistro non sarai mai solo a difenderti!

PER OGNI DETTAGLIO PARLA CON I NOSTRI CONSULENTI AON

dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 13.30 e dalle 14.30 alle 18.30

Numero Verde CUSTOMER CARE: 800.178.055 (dall'estero: 02.87232348)

Adesioni online al link dedicato: www.aaroiemac.aon.it

AON

Il Calendario dei Corsi Autunnali

Il calendario dei corsi proposti nel Centro AAROI-EMAC SimuLearn® di Bologna da Ottobre a Dicembre 2024

CORSI BASE DI SIMULAZIONE ACCREDITATI ECM

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

Lunedì 7 / Martedì 8 Ottobre 2024

Sicurezza in ALR ecoguidata con sistemi di simulazione. Focus su blocchi perinervosi delle estremità

Crediti Formativi: 16,1

Lunedì 14 / Martedì 15 Ottobre 2024

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

Lunedì 21 / Martedì 22 Ottobre 2024

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

Mercoledì 23 / Giovedì 24 Ottobre 2024

Nutrizione in Terapia Intensiva: dalla teoria alla pratica

Lunedì 28 / Martedì 29 Ottobre 2024

Dalla Sala Operatoria alla Terapia Intensiva: ecografia e ventilazione meccanica

Corso con sistemi di simulazione – Crediti Formativi: 15,8

Mercoledì 30 / Giovedì 31 Ottobre 2024

Sicurezza in ALR ecoguidata con sistemi di simulazione. Focus su blocchi del tronco – Crediti Formativi: 16,2

Lunedì 4 / Martedì 5 Novembre 2024

Sicurezza in ALR ecoguidata con sistemi di simulazione. Focus su blocchi perinervosi delle estremità – Crediti Formativi: 16,1 – **RISERVATO ISCRITTI EMILIA-ROMAGNA**

Venerdì 22 / Sabato 23 Novembre 2024

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

Lunedì 25 / Martedì 26 Novembre 2024

Analgesia ed Anestesia Locoregionale in Urgenza ed Emergenza

Venerdì 29 / Sabato 30 Novembre 2024

L'ARDS: dalla Teoria alla Pratica Clinica

Corso con sistemi di simulazione – Crediti Formativi: 15,8

Mercoledì 4 / Giovedì 5 Dicembre 2024

Le "E" dell'intensivista Emodinamica, Emogasanalisi, Ecografia

Mercoledì 11 / Giovedì 12 Dicembre 2024

CALENDARIO CORSI AVANZATI DI SIMULAZIONE ACCREDITATI ECM

PALS - Crediti Formativi: 18

Lunedì 30 Settembre – Martedì 1 Ottobre 2024

ACLS Refresh

Mercoledì 2 Ottobre 2024

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

RISERVATO AI MEDICI IN FORMAZIONE

Giovedì 3 – Venerdì 4 Ottobre 2024

ATLS

Mercoledì 16 / Giovedì 17 / Venerdì 18 Ottobre 2024

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

Lunedì 11 / Martedì 12 Novembre 2024

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

Lunedì 18 / Martedì 19 Novembre 2024

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

Mercoledì 27 – Giovedì 28 Novembre 2024

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

Lunedì 2 / Martedì 3 Dicembre 2024

ACLS Experienced Provider

Lunedì 9 / Martedì 10 Dicembre 2024

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

Venerdì 13 / Sabato 14 Dicembre 2024

ALTRI CORSI

La vostra Responsabilità Professionale e le Convenzioni Assicurative

Sabato 16 Novembre 2024

OLTRE IL MANAGEMENT. Tecniche gestionali e comportamentali in Area Critica

Mercoledì 20 / Giovedì 21 Novembre 2024

Metodo di calcolo della pensione: considerazioni

Il sistema previdenziale italiano è molto complesso, un argomento centrale della discussione sulle pensioni è il metodo di calcolo.

Possiamo dividere la questione in due metodologie:

1) METODO RETRIBUTIVO

2) METODO CONTRIBUTIVO

Vediamo quale è la differenza di calcolo fra questi due metodi.

Semplificando si intende per metodo retributivo (più conveniente) il calcolo dell'assegno pensionistico sulla base delle ultime retribuzioni, mentre si intende metodo contributivo (meno conveniente) il calcolo dell'assegno pensionistico basato sull'ammontare dei contributi effettivamente versati.

Il **Sistema Retributivo** per il calcolo della pensione si basa su tre elementi:

- **Anzianità contributiva**
- **Retribuzione**
- **Aliquota di rendimento**

Entrando nel dettaglio, è necessario dire che questo sistema di calcolo si divide in due quote:

- **Quota A:** Anzianità contributiva fino al 31 dicembre 1992, media dei redditi degli ultimi 5 anni.
- **Quota B:** Anzianità contributiva dal primo gennaio 1993, media dei redditi degli ultimi 10 anni.

Il **Sistema Contributivo** si basa sui contributi effettivamente versati dal lavoratore ed ai fini del calcolo della pensione è necessario:

- **Individuare la retribuzione annua del lavoratore**
- **Calcolare i contributi ogni anno sulla base dell'aliquota vigente**
- **Determinare il Montante Individuale**
- **Applicare il Coefficiente di Trasformazione, che varia secondo l'età del lavoratore**

Adesso vediamo il passaggio graduale dal sistema retributivo al sistema contributivo dettato dalle riforme previdenziali che si sono susseguite nel corso degli anni.

La prima è stata la Riforma Dini del 1995, che prendendo come data di riferimento il 31 dicembre 1995, introdusse un meccanismo, così strutturato:

- ai lavoratori con almeno 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995, si continuava ad applicare il sistema retributivo
- ai lavoratori con meno di 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995, si applicava un criterio misto: sistema retributivo fino al 31 dicembre 1995 e sistema contributivo dal primo gennaio 1996.
- ai lavoratori assunti dal primo gennaio 1996 si applicava per intero il sistema contributivo.

Poi l'arrivo della Riforma Fornero del 2011, estese il sistema contributivo anche ai lavoratori che avevano almeno 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995, cioè dal primo gennaio 2012 il loro sistema di calcolo sarebbe stato contributivo.

Anche l'ultima legge di bilancio ha colpito le nostre pensioni, abbassando le aliquote di rendimento per quel che riguarda la quota retributiva a chi aveva meno di 15 anni di contributi al 31 dicembre 1995.

Come si può evincere, il calcolo della pensione è un argomento molto complesso, bisogna capire da subito a quale categoria si appartiene ed è chiaro che più incide il metodo contributivo più si è penalizzati, almeno che non si faccia una carriera importante nella quale i redditi diventano sempre più elevati.

Il consiglio che si può dare, in modo particolare ai giovani, è di aderire prima possibile ad un **Fondo Pensione** per colmare il gap che, inevitabilmente, si creerà tra l'ultimo stipendio e la prima pensione, che potrebbe anche essere del 50%.

Dr Nicola Loddo

Esperto AAROI-EMAC di materie previdenziali

Opzione Donna: una storia complicata

Nel suo ultimo rapporto di monitoraggio sull'utilizzo dell'"Opzione donna", l'Inps ha indicato che le domande accolte negli ultimi quattro anni, dal 2019 al 2022, sono state 83 mila, su un totale di circa 174 mila dall'introduzione della legge, con una media di 21 mila pensionamenti annuali nell'ultimo quadriennio, rispetto a flussi complessivi di pensionamento di circa 220 mila unità nel medesimo periodo.

L'opzione donna è stata scelta, in passato, da un numero tutt'altro che trascurabile di lavoratrici. Tuttavia tra le dinamiche che emergono dai dati più recenti, c'è che, con la stretta sui nuovi requisiti per l'accesso alla pensione con Opzione donna, si è avuto un crollo del ricorso allo strumento. Nel 2023, sono state solo 11.255 le pensioni liqui-

date con la misura che prevede il collocamento a riposo in anticipo rispetto alla vecchiaia per le donne con il ricalcolo dei contributi interamente contributivo. Nel 2022 le nuove pensioni erogate con Opzione donna erano state 24.644.

Sono sempre di meno le donne che, avendo i requisiti, decidono di andare in pensione anticipata utilizzando il canale di Opzione Donna: solo 1.276 nei primi tre mesi di quest'anno, secondo l'ultimo monitoraggio dell'Osservatorio Inps.

Un vero e proprio crollo di domande, in media appena 425 al mese. Se il trend resta lo stesso, a fine anno le pensioni liquidate con Opzione Donna sa-

ranno quasi la metà dello scorso anno. In altri termini, i numeri segnalano che la misura è diventata sempre meno appetibile ed utilizzata.

La causa principale sta nei requisiti molto più stringenti, rispetto alle versioni di qualche anno fa, introdotti prima con la Legge di Bilancio 2023 e poi ancor di più con la legge di Bilancio 2024. Requisiti che hanno ristretto la platea delle potenziali donne "opzioniste", in aggiunta al fatto che, sin dalla sua introduzione, Opzione Donna resta una possibilità di pensionamento molto penalizzante economicamente.

"Opzione donna" è stata introdotta nel 2004 dal Ministro del Lavoro Maroni, in via sperimentale, fino al 2015. Come spesso accade in Ita-

lia, la norma è stata poi riconfermata anno per anno a partire da quanto previsto con il decreto legge 4/2019 in attesa di una sistemazione più organica riguardo al tema della flessibilità in uscita.

Il Decreto Legge 28 gennaio 2019, n. 4, convertito, con modificazioni, nella Legge 28 marzo 2019, n. 26, ha riconosciuto, nei confronti delle lavoratrici che entro il 31 dicembre 2018 avessero maturato un'anzianità contributiva di 35 anni ed un'età anagrafica di 58 anni, se dipendenti,

e di 59 anni, se autonome, la facoltà di accesso al pensionamento anticipato, a condizione di optare per la liquidazione del trattamento pensionistico con le regole del sistema contributivo.



La Legge di Bilancio 2020 (Legge 27 dicembre 2019, n. 160) ha esteso tale facoltà anche alle lavoratrici che maturavano i sopraindicati requisiti entro il 31 dicembre 2019 (art. 1, comma 476).

La Legge di Bilancio 2021 (Legge 30 dicembre 2020, n. 178) ha, poi, ulteriormente esteso la facoltà di optare per l'anticipo pensionistico anche alle lavoratrici che avessero perfezionato i medesimi requisiti entro il 31 dicembre 2020 (art. 1, c. 336).

La facoltà era, dunque, esercitabile dalle lavoratrici dipendenti nate entro il 31 dicembre 1962 e dalle autonome nate entro il 31 dicembre 1961.

La Legge di Bilancio 2023 (art. 1, comma 292, Legge 29 dicembre 2022, n. 197), introducendo il comma 1 bis all'art. 16 del Decreto Legge 28 gennaio 2019, n. 4 (convertito con modificazioni in L. 28 marzo 2019, n. 26), ha esteso l'anticipo pensionistico nei confronti delle lavoratrici che entro il 31 dicembre 2022 hanno maturato un'anzianità contributiva pari o superiore a 35 anni e un'età anagrafica di almeno 60 anni, ridotta di un anno per ogni figlio nel limite massimo di due anni, e che si trovano in una delle seguenti condizioni:

a) assistono, al momento della richiesta e da almeno sei mesi, il coniuge o un parente di primo grado convivente con handicap in situazione di gravità (articolo 3, comma 3, L. 5 febbraio 1992, n. 104), ovvero un parente o un affine di secondo grado convivente qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 70 anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti; b) abbiano una riduzione



della capacità lavorativa, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile, superiore o uguale al 74%; c) sono lavoratrici licenziate o dipendenti da imprese per le quali è attivo un tavolo di confronto per la gestione della crisi aziendale. Peraltro, in tale ultima ipotesi la riduzione massima di due anni del requisito anagrafico di 60 anni si applica a prescindere dal numero di figli

Infine, in forza di quanto previsto dall'articolo 1, comma 138 della legge di Bilancio 2024 n.213 del 30 dicembre 2023, il ricorso alla pensione anticipata "Opzione donna" è stato reso possibile, per tutto il corrente anno 2024, alle lavoratrici che maturino i prescritti requisiti di un'anzianità contributiva pari o superiore ai 35 anni ed un'età anagrafica di almeno 61 anni entro il 31 dicembre 2023. Il requisito anagrafico di 61 anni si riduce, come in precedenza, di un anno per ogni figlio entro il limite massimo di due anni, cioè fino a non meno di 59 anni.

Per la valutazione della contribuzione utile per il perfezionamento dei 35 anni sono utili, i contributi a qualsiasi titolo accreditati: obbligatori, da ricongiunzione, volontari, figurativi, e da riscatto. Riscatto anche agevolato, così come previsto utilizzabile dai lavoratori la cui pensione viene calcolata interamente con il sistema contributivo, per un importo, nel 2024, di 6.077 euro per ogni anno riscattato. E' previsto che la domanda di riscatto sia presentata contestualmente alla domanda di pensione dove va indicata l'opzione della lavoratrice per il calcolo della pensione interamente con il sistema contributivo. Condizione essen-

le per conseguire il diritto alla pensione "Opzione donna" Per le lavoratrici iscritte all'assicurazione generale obbligatoria, cioè le lavoratrici dipendenti del settore privato, non concorrono, però, i contributi accreditati per malattia e disoccupazione.

Per effetto del passaggio al sistema di calcolo totalmente contributivo le lavoratrici che optano per il regime in questione subiscono mediamente una decurtazione sull'assegno che oscilla intorno al 20-30% rispetto alle regole del sistema misto.

Il taglio è tuttavia molto variabile a seconda dell'età della lavoratrice e dalle caratteristiche di carriera, retribuzione ed anzianità contributiva maturata alla data di accesso al regime. L'entità della riduzione dipende ovviamente dalle caratteristiche personali delle lavoratrici.

In primo luogo, la loro evoluzione retributiva. In linea generale, più la lavoratrice vanta una carriera anticipata, con livelli retributivi molto elevati percepiti fin dai primi anni di iscrizione all'INPS, più la riduzione sarà minore. Viceversa maggiore è l'anzianità contributiva al 31 dicembre 1995, e quindi

la prestazione teorica maturata avrebbe previsto una quota rilevante calcolata attraverso il sistema retributivo, più elevata sarà la riduzione dell'assegno pensionistico. Sicuramente l'entità dell'assegno pensionistico spinge molte donne a rinunciare a questo tipo di pensionamento. Secondo quanto riporta l'Osservatorio Inps, alla quota maggiore di "opzioniste" del primo trimestre 2024 (518 su un totale di 1.276) spettano assegni inferiori ai mille euro; 505 donne hanno una pensione tra mille e 1.500 euro; solo 152 hanno un assegno compreso tra 1.500 e 2 mila euro e appena 101 pensionate con Opzione Donna hanno un assegno di oltre 2mila euro.

Infine, ricordiamo, e questo rappresenta un ulteriore "sacrificio" per le donne, che la decorrenza della pensione non è immediata e si determina dalla data di maturazione dei requisiti. Per le lavoratrici dipendenti, il diritto decorre dopo dodici mesi dalla maturazione dei requisiti. Per le lavoratrici autonome, il diritto decorre dopo diciotto mesi.

22 Maggio 2024

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)



Sono un medico anestesista rianimatore dirigente medico a tempo indeterminato in una struttura pubblica dal 2012.

Precedentemente ho lavorato per 7 anni presso una struttura privata accreditata, sempre nella medesima disciplina.

I 7 anni prestati presso tale ente non mi sono stati riconosciuti come anzianità di servizio, mentre so di colleghi che lavorano in altra regione a cui tale anzianità, alla luce del nuovo contratto, è stata accreditata.

Esiste la possibilità che venga riconosciuta anche me?

Il nuovo CCNL (2019/2021) prevede la possibilità che gli anni trascorsi con qualifica dirigenziale c/o istituti privati accreditati possano essere utilizzati ai fini del computo dell'anzianità di servizio utile al conferimento di un incarico professionale per il quale siano necessari >5 anni.

Questo però vale solo per gli incarichi, e non per il medesimo computo finalizzato all'indennità di esclusività.

Avendo tu già superato i 5 anni di anzianità di servizio, immaginiamo ti sia già stato conferito un incarico professionale commisurato all'anzianità stessa; immaginiamo altresì tu stia percependo l'indennità di esclusività relativa alla fascia 5-15 anni e quindi non avrai notato, in proposito, beneficio alcuno, dato che l'anzianità maturata presso istituti privati ancorché accreditati, quota solo ai fini del conferimento degli incarichi.

Dovrai dunque attendere il 2027 per accedere alla fascia superiore (>15anni).

La mia Azienda mi chiede di compilare un modulo ove, tra l'altro, leggo:

*"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, con o senza soluzione di continuità, anche a tempo determinato e/o a tempo ridotto con incarico dirigenziale, **nella medesima disciplina relativa all'incarico da conferire [...]**".*

In riferimento alla parte in corsivo, cosa si intende per "medesima disciplina"? Nella fattispecie io, avendo prestato servizio come Ufficiale Medico presso la Marina Militare Italiana, dovrei inserire tale periodo?

Ne approfitto per chiedere se tale anzianità vada conteggiata non solo ai fini del conferimento di incarichi, ma anche in senso generale come anzianità di servizio ("scatto dei cinque anni").

Per medesima disciplina si deve intendere quella per la quale è stato bandito il concorso/avviso di mobilità a copertura del posto che si sta occupando.

Ai fini dell'anzianità di servizio richiesta per il conferimento dell'incarico, pertanto, valgono quelli trascorsi nella qualità di Dirigente Medico di area ARTID.

Se cioè, a puro titolo d'esempio non esaustivo, in qualità di Ufficiale Medico, hai prestato servizio come Anestesista Rianimatore c/o un Ospedale Militare, quello può essere considerato utile.

Relativamente al secondo quesito, circa il calcolo dell'anzianità di servizio utile alla corresponsione dell'indennità di esclusività, dal combinato disposto degli artt. 1 comma 1 e 64 comma 2 del CCNL 2019/2021, dell'art. 2 comma 5 del CCNQ 10 agosto

2022 e dell'art. 6 CCNQ 3 agosto 2021, riteniamo che il periodo trascorso nella Marina Militare non possa essere computato.

Ho una collega la cui anzianità lavorativa è costituita da 7 anni nel privato convenzionato (assunta a tempo indeterminato col contratto della sanità privata AIOP), seguiti, nel pubblico, da circa un anno a tempo determinato e poi da circa altri 2 a tempo indeterminato, essendo risultata vincitrice di posto su apposito concorso pubblico.

Il nostro contratto 2019-21 prevede il riconoscimento degli anni prestati in regime di dipendenza nel privato convenzionato (non previsto nel contratto 2016-18), per cui:

**- deve essere istituita la valutazione per il passaggio dei 5 anni, con conseguente conferimento di incarico professionale diverso da quello iniziale?
- la sua carriera risulterebbe quindi di $7+1+2 = 10$ anni, e gli arretrati ad adesso sarebbero dovuti dal 24 gennaio scorso, o da quando ha compiuto i 5 anni?**

Con la firma del CCNL 2019/2021 sono state parzialmente modificate le regole d'ingaggio relative al conferimento degli incarichi.

L'art. 55 comma 5 prevede che sia riconosciuta anche l'anzianità con analoga funzione nella medesima disciplina relativa all'incarico da conferire, maturata presso ospedali privati accreditati.

Il primo passo da compiere è pertanto quello di verificare la struttura c/o la quale la Collega ha maturato l'esperienza professionale, sia o meno accreditata dalla regione Lombardia.

Se la struttura è accreditata, l'anzianità è aggregabile a quella maturata nel Servizio Pubblico e quota pertanto nel computo del requisito per accedere al conferimento di un incarico tra quelli di cui all'art. 22, par. I lettera "c" (Incarico di Direzione di Struttura Semplice) o di quelli di cui al par. II lett. "a-b-c" (Incarichi di altissima professionalità, oppure di alta specializzazione o ancora di consulenza, studio, ricerca, ispettivo, di verifica e controllo).

L'articolo entra in vigore il giorno successivo alla stipula e non ha valore retroattivo.

Dal 24 di gennaio se ha maturato l'anzianità richiesta e se il Collegio Tecnico ha espresso una valutazione positiva, le dev'essere conferito un incarico tra quelli sopra declinati e quindi corrisposta la relativa parte economica, nelle componenti fissa e variabile.

È bene ricordare che quanto sopra vale esclusivamente per il conferimento degli incarichi, ma non per la progressione relativa all'indennità di esclusività.

Buonasera, al mio rappresentante aziendale è stata fornita la documentazione dall'Asl per la contrattazione decentrata

Il fondo per la retribuzione risultato dei dirigenti medici è di 750mila euro ed il loro numero al 1/1/2023 era di 735. Il rapporto viene 1000 euro di retribuzione di risultato media pro-capite. Il calcolo delle ore extra coperte dal raggiungimento dell'obiettivo sarebbe quindi 25? È corretto questo calcolo?

Come può venire "solo" 1000 euro di retribuzione di risultato quando io personalmente ho preso 4500 euro l'anno scorso, la collega che aveva valutazione massima 5700 euro e una collega che ha preso meno comunque ha percepito 3500 euro.

Altra domanda come facciamo a capire se nel fondo degli incarichi c'è margine per la quota variabile che ancora è zero per tutti i dipendenti?

Premesso che il numero dei DM in servizio dev'essere quello relativo al 1° gennaio dell'anno di riferimento e dunque del 2024 (anche se immagino, non differirà di molto da quello del 2023), la differenza nel computo dello stipendio di risultato, rispetto all'anno precedente è probabilmente da ricondurre al fatto che per il calcolo di cui al comma 3 dell'art. 27, il dividendo è al netto di eventuali residui del fondo degli incarichi.

Per questo motivo, se la nostra deduzione avesse fondamento (ed è questo quindi il quesito che dovete porre in sede di Contrattazione Integrativa Aziendale), quel residuo andrà, in massima parte, utilizzato per incrementare la variabile aziendale dato che il fondo in questione, con il nuovo CCNL, va interamente consumato nel corso dell'anno di riferimento.

Il calcolo comunque è corretto e 25 sono le ore che, **AL MASSIMO**, ove gli obiettivi non venissero raggiunti nell'ambito delle 34+4 ore contrattualmente dovute, possono essere utilizzate a tal fine. A partire dalla 26esima ora (nel vostro caso, ovviamente), previa certificazione da parte del Direttore UO, tutte le successive andranno recuperate secondo la tempistica declinata negli ultimi due periodi del comma 3 dell'art. 27.

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*