

il nuovo Anestesista Rianimatore

OCTOBRE - NOVEMBRE - DICEMBRE
2016
4
Anno XXXVII

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

Direzione: Via XX Settembre n° 98/E - 00187 Roma - Redazione: Via Ferrante Imparato n° 140 - 80146 Napoli - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli

Partoanalgesia e LEA Il documento dell'Associazione



I Nuovi LEA proseguono il percorso verso l'approvazione definitiva. Il DPCM è in questi giorni al vaglio delle Commissioni Affari Sociali della Camera e dell'Igiene e

Sanità del Senato. Al momento tutto tace di fronte alle richieste dell'Associazione, ma l'AAROIEMAC non rimane a guardare.

Un documento dettagliato sulle modalità organizzative per il reale inserimento della partoanalgesia nei LEA è stato messo a punto ed inviato al Ministero della Salute, già sensibilizzato nei mesi precedenti.

a pagina 6

DDL Resp. Professionale Appreziamo l'idea, ma...

Presentato come la "panacea" di tutti i mali, il DDL Responsabilità Professionale, ora in Senato, non raccoglie un consenso unanime. Discordanti sono, infatti, i giudizi sul Provvedimento che alcuni accolgono con sollievo, mentre per altri i punti critici rimangono. L'AAROIEMAC è tra questi e ritiene che ci siano motivi per non lasciarsi andare del tutto all'ottimismo.



Ultim'ora Conv. Ass.tiva Lib. Professionisti

a pagina 5

Centro AAROIEMAC "SimuLearn®"

Il Calendario

È molto ricco il calendario del primo semestre 2017 proposto dal Centro AAROIEMAC "SimuLearn®" di Bologna.

Dopo il successo dei nuovi Corsi ACLS CRM e H-MIMMS (Hospital Major Incident Medical Management and Support), lanciati nel 2016, si aggiunge quest'anno una nuova proposta: il Corso Avanzato di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione.

Iscrizioni su www.aaroiemac.it

a pagina 11

NOTIZIE IN TEMPO REALE Sito Web e Social Networks

Sempre più informazioni per gli Iscritti. Oltre al Nuovo Anestesista Rianimatore, organo ufficiale dell'Associazione che approfondisce e riassume l'attività svolta, l'AAROIEMAC utilizza diversi canali:
il sito internet: www.aaroiemac.it, il profilo Twitter: @AaroiEmac, l'account Flickr
<https://www.flickr.com/photos/aaroi-emac/>
il canale YouTube:
www.youtube.com/channel/UCF1eZB7Yj660XM6MLCFgh3g/
A breve anche la pagina Facebook...StayTuned!!!



StayTuned
@AaroiEmac

SIARED 2017

A Roma dal 25 al 27 Maggio



Save The Date a pagina 16

Punizioni? Non ci stiamo! Di fronte ai blitz governativi l'AAROIEMAC non arretra



Novembre è stato un mese intenso in cui l'AAROIEMAC insieme alle altre OO.SS. delle Dirigenze Medica, Veterinaria, Sanitaria ha messo in campo una serie di iniziative di cui si parla nei diversi articoli proposti.

Gli obiettivi - bisogna dirlo chiaramente - non sono stati raggiunti ed è per questo che proprio nelle ore di chiusura della Rivista è stato deciso con altre OO. SS. lo Sciopero Nazionale del 16 Dicembre.

alle pagine 2, 3, 4



Previdenza Opzione Donna

Passato l'emendamento alla Legge di Bilancio dedicato all'Opzione Donna: "Le porte dell'Inps si apriranno per le pensionande dell'ultimo trimestre 57 e 58 (a seconda che siano dipendenti o autonome) con almeno 35 anni di versamenti maturati al 31/12 del 2015".

a pagina 13

Regioni Accolti i ricorsi dell'AAROIEMAC

Successo per due azioni legali portate avanti dall'AAROIEMAC Sardegna e dall'AAROIEMAC Umbria.

Nel primo caso il Giudice del Lavoro del Tribunale di Cagliari ha parzialmente accolto il Ricorso presentato dall'AAROIEMAC Sardegna nel Gennaio del 2016 in cui si segnalavano "plurimi comportamenti antisindacali" da parte dell'Azienda, a partire dal 2015.

In Umbria, il TAR ha ritenuto illegittima l'Unità di Degenza Infermieristica dopo il ricorso dell'AAROIEMAC Umbria e della CIMO Umbria.

a pagina 12

Buon Natale e Felice



EDITORIALE

Mobilizzazione a oltranza: è Sciopero!

La strada per il rinnovo del Contratto è lunga e impervia

La mobilitazione generale non è mai una decisione facile da prendere, non chiediamo a cuor leggero ai nostri Iscritti di partecipare alle azioni di protesta, tra cui anche uno sciopero. Crediamo, però, che la fiducia accordata al Governo la scorsa primavera con la revoca di due giornate di sciopero precedentemente annunciate (17 e 18 Marzo 2016) sia stata tradita. Ed è per questo che, insieme ad altre nove Sigle Sindacali della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, l'AAROI-EMAC si è resa promotrice nel mese di Novembre di una serie di iniziative che avrebbero dovuto culminare nello sciopero generale del 28 Novembre, purtroppo non autorizzato dalla Commissione di Garanzia dell'Attuazione della Legge sullo Sciopero nei servizi Pubblici Essenziali per la cosiddetta "procedura di rarefazione oggettiva".

In questo periodo, attraverso Comunicazioni agli Iscritti, il Sito Internet, SMS abbiamo cercato di rendere quanto più possibile capillare le informazioni. Il successo dell'AssembleaDay del 21 Novembre, volutamente richiesta a livello nazionale, ci ha spronato ad andare avanti.

In questa sede, anche in considerazione dei tempi di stampa e di diffusione della Rivista, riteniamo utile ribadire i motivi che sono alla base della mobilitazione e per i quali si è resa necessaria la proclamazione di un nuovo sciopero per il 16 Dicembre.

Le promesse, purtroppo, non sono state mantenute. Le condizioni di lavoro dei Medici e in generale del personale sanitario non sono affatto migliorate. In particolare quelle dei Collegi precari che attendono le più volte annunciate stabilizzazioni, a cui si aggiungono le non attuate nuove assunzioni indispensabili a garantire in sicurezza le nostre cure ai Cittadini. Intanto permane il sostanziale rifiuto ad avviare le trattative per il rinnovo del CCNL a condizioni normative ed economiche accettabili.

La Legge di Bilancio 2017 non fa altro che confermare questo modus operandi: i fondi per le stabilizzazioni e le nuove assunzioni risultano ampiamente insufficienti e gli aumenti stipendiali ipotizzabili dalla Manovra Economica sono irrisori.

E' ormai manifesta la volontà di costringerci a ritmi di lavoro insostenibili, mal pagati, peggio organizzati, con sempre minor garanzie di sicurezza per noi e per i Pazienti che si affidano alle nostre cure, a rischio crescente di contenziosi medico-legali, devastando deliberatamente un SSN in cui oltre la metà dei Dirigenti medici e sanitari ha più di 55 anni.

Sarebbe forse meglio, a questo punto, mettere le carte sul tavolo e confrontarci apertamente: il Governo ritiene che i Medici siano una categoria privilegiata che evidentemente può fare sacrifici ad oltranza. Non si può leggere diversamente una previsione di aumenti stipendiali variabili da 54 a 77 euro lordi al mese, dopo anni e anni di utilizzo dei Medici come un bancomat per risanare conti pubblici devastati dalla politica e non certo da chi ha continuato

a garantire le cure ai cittadini nonostante tutto.

Nel mentre i Medici sono obbligati ad assistere a progetti di riconoscimento di "lavoro usurante" da cui sono esclusi a priori, rivolti invece a favore di categorie rispetto alle quali il loro impegno lavorativo non è certo da meno. Basterebbe un solo giorno nelle vesti di un Anestesista Rianimatore per comprendere il livello di tensione che si accumula nelle attività quotidianamente svolte.

Il rinnovo contrattuale che si sta preparando suona come l'ennesimo strumento per spingere sempre più al ribasso le buste-paga.

Sappiamo bene come negli ultimi anni siano andate le cose con disposizioni governative adottate d'imperio anche sotto forma di decreti urgenti che hanno abolito diritti sanciti dal CCNL attualmente in vigore. Ad esempio il diritto dei Medici ad avere tutele (conservazione posto di lavoro) in caso di trasferimento ad altre aziende o il "via libera" ad utilizzare Medici spostati d'autorità come pedine di giochi di potere aziendale in un'intera regione.

Per i Medici iscritti all'AAROI-EMAC la situazione è particolarmente problematica. I tagli sono stati pesantissimi e hanno portato al sempre più frequente addossamento in capo a loro di più attività nello stesso momento, per non parlare del crescente sfruttamento degli Specializzandi, perpetrato sia in molte UO a gestione primaria universitaria (soprattutto) sia in alcune a gestione primaria ospedaliera.

Su questo l'AAROI-EMAC pretende coerenza da tutti, soprattutto da coloro che hanno posto veti ad una organizzazione normativa delle attività dei medici in formazione al solo scopo di continuare a poterli gestire come servi.

L'ultimo aggravio di lavoro in assenza di dotazioni organiche sufficienti, allarmante già oggi, potrebbe essere l'inserimento della partoanalgesia nei LEA "isorisorse" senza un piano congruo di assunzioni e di individuazione degli ospedali dove esistono le condizioni per poterla eseguire in sicurezza. In pratica si sta promettendo un servizio che - allo stato attuale - non potrà essere garantito ovunque, urbi et orbi, come invece viene propagandato. Purtroppo proprio sulle assunzioni abbiamo assistito a balletti e a false promesse che non hanno portato a nulla. E' stato contrabbandato il concetto di nuove assunzioni con quelle che si sono rivelate solo parzialmente stabilizzazioni. Senza voler parlare della diffusione di contratti fantasiosi che spesso vengono applicati a chi lavora in Ospedali Pubblici in cui le assunzioni devono avvenire attraverso



CCNL e non contratti di tipo diverso, chiamato.

Per concludere, facendo un excursus no Renzi ci vengono in mente altre pro non fare tagli in sanità, riforme non co Patto per la Salute?), provvedimenti di p zione delle prerogative sindacali mentre tratti a cui dobbiamo opporci con tutte

Ed è dei giorni precedenti al Referen Madia alla bocciatura da parte del Cons Sera in cui afferma relativamente al r parte economica, gli aumenti medi di per modificare alcuni istituti, come la

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

L'AAROI-EMAC, dal 1952 una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, a tutela dei Medici Anestesiisti Rianimatori, dell'Emergenza e dell'Area Critica, offre a titolo completamente gratuito e soltanto per i propri Iscritti, i seguenti servizi:

PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI

Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti

CONSULENZE MANAGERIALI

Sul controllo di gestione dei servizi sanitari

PARERI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ETC.

A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia

CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL'AAROI-EMAC E DALLA SIARED, PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE AVANZATA, CON L'ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM

INVIO DEL PERIODICO UFFICIALE

"Il Nuovo Anestesista Rianimatore", rinnovato e aggiornato

CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:

- Responsabilità Civile e Professionale
- Tutela Legale
- Responsabilità Amministrativa
- Altri Settori (in corso di attivazione)

GLI ISCRITTI SONO LA VERA FORZA DELL'AAROI-EMAC SE ANCORA NON SEI ISCRITTO, RENDILA PIÙ FORTE, ISCRIVITI ANCHE TU!

Per richiedere l'iscrizione all'AAROI-EMAC occorre compilare e firmare la domanda (il modulo è disponibile in formato pdf anche sul sito web www.aaroiemac.it) ed inviarla come specificato:

in allegato email a: iscrizioni@aaroiemac.it
in alternativa via fax al n°: 06 92912888

L'AAROI-EMAC su INTERNET: www.aaroiemac.it

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 • emilia-romagna@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIAARTI • Dr ANTONIO CORCIONE • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • ufficioesteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

ABRUZZO • Dr MICHELE FAVALE • abruzzo@aaroiemac.it
BASILICATA • Dr FRANCESCO ALLEGRI • basilicata@aaroiemac.it
CALABRIA • Dr VITO CIANNI • calabria@aaroiemac.it
CAMPANIA • Dr GIUSEPPE GALANO • campania@aaroiemac.it
EMILIA ROMAGNA • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroiemac.it
FRIULI-VENEZIA GIULIA • Dr SERGIO CERCELLETTA • friuli@aaroiemac.it
LAZIO • Dr QUIRINO PIACEVOLI • lazio@aaroiemac.it
LIGURIA • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • liguria@aaroiemac.it
LOMBARDIA • Dr ALESSANDRO VERGALLO • 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 FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
UMBRIA • Dr ALVARO CHIANELLA • umbria@aaroiemac.it
VENETO • Dr ATTILIO TERREVOLI • veneto@aaroiemac.it
PROVINCIA DI BOLZANO • Dr MASSIMO BERTELLI • bolzano@aaroiemac.it
PROVINCIA DI TRENTO • Dr ALBERTO MATTEDI • trento@aaroiemac.it

il nuovo **Anestesista Rianimatore** Anestesista Rianimatore

Periodico Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - E.M.A.C.

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
FABIO CRICELLI
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

Direzione e Amministrazione
VIA XX Settembre, 98/E
00187 - Roma
Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733
email: ilnuovoar@aaroiemac.it

Redazione, progetto grafico, realizzazione e stampa
INK PRINT SERVICE s.r.l.
Via Ferrante Imparato, 190
80046 Napoli (Na)

Il giornale è inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'AAROI-EMAC

Chiuso in Redazione il
5 Dicembre 2016
Tiratura: 10.600 copie
Spedito il
9 Dicembre 2016



e in un modo o nell'altro sono capora-
s delle azioni portate avanti dal Gover-
ommesse non mantenute come quella di
omplete (che fine ha fatto l'art. 22 del
denalizzazione professionale e di ridu-
e si va verso la lenta eutanasia dei con-
le forze.
ndum la reazione nervosa del Ministro
ulta della Riforma PA sul Corriere della
nnovo dei Contratti: "È prevista una
circa 85 euro, e una parte normativa
valutazione o il salario accessorio. Ab-

biamo la possibilità di inserire queste modifiche nel testo unico sul pubblico
impiego, la cui scadenza è fissata per febbraio. Ma ora, dopo la sentenza, bi-
sogna capire come posso impegnarmi sulla parte normativa, se prima non rag-
giungo l'intesa con tutte le Regioni".

Il percorso per un rinnovo dignitoso del CCNL è lunga e difficile e non si
esaurirà con la Legge di Bilancio: metteremo in campo altre iniziative di pro-
testa per mantenere alta la pressione la classe politica che, anche attraverso la
demotivazione dei medici e degli altri operatori sanitari, ha soffocato negli
anni il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AARO-EMAC

IL SIT IN

Bandiere azzurre in Piazza Montecitorio

Il 17 Novembre si è svolta a Roma la manifestazione di protesta



Numerose bandiere azzurre
giovedì 17 Novembre hanno sven-
tolato in Piazza Montecitorio a Ro-
ma per il Sit In di protesta orga-
nizzato da dieci sigle sindacali
della Dirigenza Medica, Veterina-
ria e Sanitaria.

Come di consueto in questa

occasione, gli Iscritti hanno dimo-
strato di esserci al momento del
bisogno. Una rappresentanza di
Collegi provenienti, come richie-
sto, dalle regioni vicine ha trascor-
so la mattinata davanti alla sede
della Camera.

La loro protesta ha dato voce

ai tanti Iscritti all'AARO-EMAC che
ogni giorno devono affrontare
problemi legati all'organizzazione,
alla carenza di organico, a decisio-
ni prese dall'alto che nulla hanno
a che vedere con la sicurezza e la
cura dei pazienti, rispondendo a
logiche esclusivamente economi-

cistiche.

Il grande successo dell'Assem-
bleaDay, il 21 Novembre, organizza-
ta per la prima volta a livello na-
zionale con l'invio della richiesta
a tutti gli Enti Pubblici del SSN, non
ha fatto altro che confermare la
compattezza dell'Associazione.



Tutte le fotografie della giornata al link:
<https://www.flickr.com/photos/aaroi-emac/>

LA CONFERENZA STAMPA

Poche risorse e nessuna certezza

L'incontro con i giornalisti per spiegare i motivi della protesta

In contemporanea con il Sit In, si è svolta la Conferenza Stampa dei Segretari e
dei Presidenti delle OO.SS. che aderiscono alla protesta. Un incontro con i gior-
nalisti che ha avuto una grande eco mediatica. Nell'occasione è stato annunciato
lo sciopero nazionale poi non autorizzato, ma soprattutto le OO.SS. hanno spie-
gato le motivazioni della mobilitazione, a partire dalle risorse irrisorie previste
per il rinnovo dei contratti dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale.

"I finanziamenti contrattuali - ha spiegato Costantino Troise, segretario del-
l'Anaa - sono incerti ed esigui. Il depauperamento delle risorse accessorie
dei vecchi contratti prosegue indisturbato. Sono incerti i numeri volti a fi-
nanziare nuova occupazione, che ci dovrebbe consentire di rispettare gli
orari europei di lavoro e di stabilizzare 14.000 precari. Sembra una miscela
punitiva verso una categoria professionale che svolge un lavoro sempre più
pesante".

«Dopo ben sette anni di blocco della contrattazione collettiva - ha precisato
Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AARO-EMAC - la previsione dei fondi
disponibili per il rinnovo del nostro contratto collettivo sono, giorno dopo
giorno, più erose. Alla fine la disponibilità economica in busta paga sarà di
poche decine di euro ciascuno».

Al centro della protesta, anche aspetti relativi all'organizzazione del lavoro col-
legati alla sicurezza e tutela della salute dei cittadini e quello del precariato e del-
l'abuso fatto di contratti flessibili e atipici.

Punti che il 15 Novembre erano stati spiegati anche al Ministro della Salute Lo-
renzini: "Sulla defiscalizzazione del trattamento accessorio - ha sottolineato
Vergallo in un'intervista al Sole 24 Ore di quel giorno - il Ministro non può dare
certezze perché il ministero della Salute non ha competenze dirette. Ma si è
detta disponibile a intervenire con il MEF. Restano comunque sul tavolo tutti
i problemi aperti sul fronte delle assunzioni. Come AARO-EMAC abbiamo
evidenziato due forti criticità: la prima riguarda il fabbisogno ospedaliero
di Anestesisti Rianimatori espresso dalle Regioni, che è largamente sottosti-
mato. La seconda criticità riguarda l'inserimento della parto-analgesia tra
i Lea a isorisorse".

Il video dell'intervento del Presidente Nazionale
AARO-EMAC è disponibile al link:
<https://www.youtube.com/watch?v=7cPvYpRojXM>



ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SANITARI - FVM – FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAF0-SNR) – CISL MEDICI – FESMED – ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI – UIL FPL MEDICI

Ultim'ora: Renzi annuncia le dimissioni dopo l'esito flop del referendum che ha diviso l'Italia Finanziamenti per i contratti di lavoro: ripresenteremo le richieste negategli

Il Documento inviato dalle OO.SS. della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria



AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
 AL MINISTRO DELLA SALUTE
 AL MINISTRO DELLA FUNZIONE PUBBLICA
 AL COORDINATORE COMMISSIONE SALUTE STATO REGIONI
 AI CAPIGRUPPO PARLAMENTARI

Ill.mi,
 medici, veterinari e dirigenti sanitari dipendenti del SSN subiscono, al pari del resto del pubblico impiego, un blocco contrattuale da 7 anni che, però, solo per loro, si è accompagnato ad un taglio pesantissimo delle risorse accessorie, che servono a valorizzare il merito professionale e retribuire il disagio di un lavoro che non conosce soste e coinvolge il personale, che ha la età media più alta del mondo, nelle ore notturne anche al di là dei 65 anni di età.

La legge di bilancio 2017 assegna risorse incerte al finanziamento del contratto dei dipendenti dello Stato, sul quale è parametrato quello del comparto della sanità, e quindi dei medici, veterinari e dirigenti sanitari.

Per questi ultimi appare prevedibile, per quanto è dato comprendere stando così le cifre, un incremento medio inferiore a 80 euro al mese, lordi ed a regime nel 2018.

Il merito e la fatica di un lavoro chiamato, tutti i giorni e tutte le notti dell'anno, a garantire la esigibilità di un diritto definito fondamentale dalla nostra Costituzione, non può essere retribuito al massimo ribasso. Si allontanano tempi e condizioni per un contratto di lavoro innovativo e non peggiorativo dell'esistente, strumento di governo, anche della spesa, garanzia della qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Diventa fondamentale, pertanto, non solo assicurare finanziamenti idonei a frenare il progressivo impoverimento delle retribuzioni e la dilagante demotivazione professionale, ma intervenire anche con misure che rendano disponibili risorse già presenti nelle realtà aziendali, lascio dei precedenti contratti, per valorizzare il merito, retribuire il disagio, incentivare la produttività, finanziare innovazioni organizzative e gestionali indispensabili a reggere la sfida della sicurezza e della qualità dei LEA vecchi e nuovi. Risorse sottoposte in questi anni a continuo depauperamento dalle leggi, e dalla interpretazione che ne hanno fatto le aziende sanitarie. E garantire la estensione anche alla sanità dei benefici concessi a 24 milioni di lavoratori privati, quali la defiscalizzazione della produttività ed il welfare aziendale. Il primo elemento potrebbe essere finalizzato ad un piano nazionale per l'abbattimento delle liste di attesa, il secondo concede alle donne medico, che si preparano a diventare maggioranza, strumenti con i quali meglio conciliare vita e lavoro.

Le Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, sottopongono alla attenzione delle SSLL alcune rivendicazioni che, già inoltrate come emendamenti alla legge di Bilancio perchè necessarie di modifiche legislative, mirano a creare, nell'ottica illustrata, le condizioni per un rinnovo del CCNL che ne valorizzi le risorse umane.

Esse sono alla base di una mobilitazione che vedrà un sit-in in Piazza Montecitorio il 17 novembre ed Assemblee di 4 ore in tutti i luoghi di lavoro il 21. Senza escludere la possibilità, in caso di risposte assenti o insoddisfacenti, di uno Sciopero Nazionale di 24 ore entro la fine del mese (ndr. la lettera è stata inviata prima che si svolgessero le iniziative citate).

1) Estendere anche al settore pubblico le previsioni di cui alla legge 28 dicembre 2015 n. 208.

La legge di bilancio è un'occasione per il rilancio della produttività ed anche il servizio pubblico deve poter dare il suo contributo allo sviluppo del Paese, in coerenza con lo spirito delle riforme della pubblica amministrazione. Occorre superare pre-

giudizi ideologici contrari al lavoro pubblico e discriminazioni nei confronti dei lavoratori pubblici.

Nel settore privato da due anni il salario legato alla produttività è soggetto a tassazione agevolata come ribadito dai commi 182-186 dell'ultima legge di bilancio (legge 28 dicembre 2015 n.208). Non è accettabile che questo beneficio, disponibile per 24 milioni di lavoratori privati, venga negato ai 3 milioni di lavoratori pubblici. Non si tratta di aumentare le retribuzioni, ma di uniformare il trattamento fiscale tra pubblico e privato per le retribuzioni in godimento correlate al salario accessorio di produttività. E di eliminare un'ingiusta penalizzazione costituendo un incentivo per la stipula del contratto nazionale scaduto da sette anni nonché per l'avvio della contrattazione decentrata di secondo livello.

Il costo aggiuntivo, esclusivamente da ascrivere a minori entrate fiscali, è quantificabile in circa 1/8 di quanto già preventivato per il settore privato (non si dispone del dato messo a bilancio per il settore privato al momento). La disparità di trattamento fiscale per uguali voci retributive costituisce discriminazione di dubbia costituzionalità che, se mantenuta, non potrà che essere oggetto di istanza presso la Suprema Corte.

Tra l'altro, il S.S.N. necessita di incrementi di produttività per far fronte alle aumentate richieste della popolazione, per ridurre le liste di attesa e per venire incontro a richieste di salute che se non soddisfatte possono determinare maggiori oneri sia per ritardate diagnosi e trattamenti precoci sia per invalidità conseguenti gravate da oneri assistenziali. Senza contare il rischio di un'alterazione della concorrenza tra i servizi sanitari erogati dalle strutture pubbliche e quelli erogati dal privato accreditato, avvantaggiato da incentivi alla produttività esclusivi.

2) Estendere le previsioni dell'articolo 23 del ddl di bilancio anche ai dipendenti pubblici.

L'attuale formulazione del disegno di legge esclude i dipendenti pubblici anche dai benefici previsti dalle modifiche del comma 184 della legge 28 dicembre 2015 n.108 che si applica solo ai dipendenti privati.

Pertanto sia i contributi alle forme pensionistiche complementari che quelli di assistenza sanitaria, sia quelli comunque collegati al welfare sono ammessi, solo per i dipendenti privati, con favorevoli condizioni. Si viene, così, a determinare una grave discriminazione sulla deducibilità fiscale di numerosi e importanti spese sostenute dai dipendenti pubblici e dalle loro famiglie, che priva la contrattazione nazionale e decentrata di un'importante risorsa e, se mantenuta, non potrà che essere oggetto di istanza presso la Suprema Corte.

3) Attribuzione al trattamento accessorio del personale dipendente delle risorse derivanti dalla riduzione operata nelle Aziende Sanitarie Pubbliche del numero di Unità Operative Complesse e Semplici.

L'articolo 9-quinquies della Legge 6 agosto 2015, n.125 modifica in modo unilaterale il dettato del CCNL dell'Area della Dirigenza del Ruolo Sanitario, sottraendo per sempre alla retribuzione accessorio le risorse liberate dalla riduzione operata nelle Aziende Sanitarie Pubbliche del numero di Unità Operative Complesse e Semplici, in ottemperanza a disposizioni legislative. Tale decurtazione, in particolare del fondo di posizione variabile aziendale, determina una forte riduzione della consistenza dei fondi contrattuali utilizzabili per premiare il merito professionale.

D'altra parte, il dettato dell'art. 22, comma 4, lett. D del Patto della Salute della Conferenza Stato Regione del luglio 2014 individua l'obiettivo condiviso di introdurre per i dirigenti del ruolo sanitario uno sviluppo di carriera prevalentemente professionale, di pari graduazione e di pari dignità economica di

quello già esistente a sviluppo prevalentemente gestionale. La pesante riduzione della retribuzione accessorio dei dirigenti del ruolo sanitario rende, però, impossibile finanziare nelle aziende nuove posizioni di tipo professionale di elevata graduazione e determina inevitabilmente la scomparsa della dinamica di carriera e quindi l'immobilismo. Non è, infatti, ipotizzabile che le irrisorie risorse destinate al rinnovo del Contratto Nazionale riescano a soddisfare anche questa necessità.

4) Non applicazione alla dirigenza medica e sanitaria del SSN delle disposizioni concernenti il congelamento al 2015 delle risorse destinate al trattamento accessorio.

L'articolo 1 della L. 28 dicembre 2015, n. 208 al comma 236 dispone il congelamento delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, all'anno 2015., nelle more dell'adozione dei decreti legislativi attuativi degli articoli 11 e 17 della legge Madia, a decorrere dal 1 gennaio 2016. La legge Madia del 7 agosto 2015, n.124 prevede per la dirigenza pubblica un ruolo unico nazionale ed un ruolo unico regionale, dal quale, però, per sua esplicita previsione, è esclusa la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Servizio sanitario nazionale, la quale, pertanto, non è interessata dai decreti attuativi previsti dallo stesso art. 11 e dall'art. 17.

Malgrado la suddetta esclusione della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Servizio sanitario dal ruolo unico della dirigenza pubblica, e quindi anche dagli effetti sulla retribuzione accessorio sanciti dal comma 236 dell'art. 1, della Legge 208/2015, le aziende sanitarie pubbliche hanno esteso con interpretazione unilaterale gli effetti attuativi di tale comma a questa dirigenza. Questa lettura estensiva determina effetti negativi per la retribuzione accessorio, e pertanto impoverimento dei fondi contrattuali aziendali, finalizzati allo sviluppo professionale ed alle innovazioni organizzative, e della massa salariale complessiva e media pro capite. Non c'è evidenza di contabilizzazione dei risparmi derivanti per la finanza statale dalla applicazione di questo comma

5) Determinazione dei fondi aziendali, a decorrere dal 1 gennaio 2017, secondo le previsioni dell'ultimo contratto collettivo nazionale sottoscritto.

Il lavoro pubblico è stato penalizzato, sia con il blocco contrattuale dal 2009 sia con penalizzazioni economiche che hanno eroso il salario per la produttività ed il merito. Sono stati manomessi i contratti di lavoro, il cui rinnovo si gioverebbe del ripristino delle condizioni economiche previste dell'ultimo contratto nazionale di lavoro sottoscritto. Occorre, cioè, ripristinare la vigenza contrattuale riportando i fondi contrattuali ai meccanismi previsti dall'ultimo contratto di lavoro sottoscritto e valido fino al 31.12.2009.

Il taglio dei fondi contrattuali ha colpito quella parte del salario accessorio che andava a remunerare la produttività, il merito e il lavoro flessibile e disagiato, nonché l'incremento dei carichi di lavoro correlati al taglio degli organici.

Costantino Troise ANAAO ASSOMED
 Riccardo Cassi CIMO
 Alessandro Vergallo AAROI-EMAC
 Massimo Cozza FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SANITARI
 Aldo Grasselli FVM
 Corrado Bibbolino FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAF0-SNR)
 Biagio Papotto CISL MEDICI
 Carmine Gigli FESMED
 Raffaele Perrone Domorso ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI
 Roberto Bonfili UIL FPL MEDICI

DDL Responsabilità Professionale al rush finale

Il Provvedimento atteso da anni non soddisfa completamente la Nostra Associazione

Il Disegno di Legge 2224 recante "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" è in questi giorni al vaglio del Senato, dopo aver subito alcune modifiche alla Camera. Discordanti sono i giudizi sul Provvedimento che alcuni accolgono con sollievo, mentre altri rimangono perplessi. L'AAROI-EMAC è tra questi e ritiene che diversi siano i motivi per non lasciarsi andare del tutto all'ottimismo, rilevando che "se è da apprezzare l'avvio dell'iter per portare a soluzio-

ne legislativa una tematica in campo da oltre 20 anni, occorre però evitare sia un parcheggio indefinito in una lista di attesa tra le varie proposte legislative che affollano il calendario delle Camere, sia di lasciare nel limbo delle libere interpretazioni della Magistratura, o peggio delle aberrazioni potenzialmente accessibili alle Compagnie Assicuratrici, alcune fondamentali previsioni del DDL. Tocca ai gruppi parlamentari permettere al Senato in tempi brevi l'esame in Aula

del testo in modo che si possa approvare la legge in via definitiva.

Deve però essere un provvedimento che non sia inutile o addirittura che non rischi di peggiorare alcuni aspetti, come per esempio l'azione diretta del presunto danneggiato sul sanitario e il regresso operato nei suoi confronti dalla struttura in cui opera, o addirittura dalla stessa Compagnia di assicurazione che dovrebbe tutelarlo".

Ultim'ora: La nuova Convenzione Assicurativa AAROI-EMAC 2017-2019

Dall'analisi sinistri effettuata con il Broker AON e con la Compagnia AmTrust è emerso che la maggior parte dei sinistri riguardano gli Iscritti Liberi Professionisti.

Di seguito una breve sintesi delle due principali ragioni.

Da un lato, la legge 114/2014 ("Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari") all'art. 27 dedicato alle "Disposizioni di semplificazione e razionalizzazione in materia sanitaria" prevede che "A ciascuna azienda del Servizio sanitario nazionale (SSN), a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o accreditato con il SSN e a ciascuna struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi è fatto obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale".

Questa disposizione ha legittimato sia le Strutture Sanitarie Pubbliche sia quelle Private a non stipulare più polizze assicurative vere e proprie, ma a dotarsi di forme di auto-assicurazione la cui effettiva copertura è sempre più aleatoria. Così, sia le Aziende Pubbliche, sia – soprattutto – quelle Private saranno ancor più tentate di scaricare il rischio sui Medici, in particolare sui Liberi Professionisti, nel mentre i Pazienti saranno indotti ad incrementare le chiamate in causa direttamente contro i Medici, con o senza una propria polizza assicurativa, in quanto più facilmente aggredibili rispetto all'Azienda nella quale lavorano (soprattutto se non assicurata).

Dall'altro, da anni la Giurisprudenza ha assunto nei confronti dei Liberi Professionisti un atteggiamento severo, affermando che la loro responsabilità è di tipo "contrattuale", con la prescrivibilità della citazione in giudizio estesa a 10 anni, e con un kafkiano obbligo di onere della "prova a discolora".

Una situazione ulteriormente confermata dal DDL "Gelli", che prevede espressamente (all'art. 10) la possibilità per le Aziende anche Private di non assicurarsi e di potersi rivalere nei confronti del Medico a rapporto libero-professionale.

Tutto questo ha determinato un incremento dei sinistri posti a riserva, che ha indotto la Compagnia AmTrust ad una prima intenzione di cessare la sua offerta assicurativa per i Liberi Professionisti, prospettando in seconda battuta un pesantissimo aggravio dei premi loro riservati.

Una prospettiva che abbiamo ritenuto inaccettabile, in quanto la AAROI-EMAC rappresenta sia Dip. Pubblici, sia Dip. Privati, sia Liberi Professionisti: perciò, dopo non facile trattativa, **siamo riusciti a mantenere i Liberi Professionisti nella nostra Convenzione Assicurativa di Responsabilità Civile Professionale (RCP) e a limitare il loro incremento di premio ad un aumento di "soli" 400 Euro annui** per poter continuare a fruire della possibilità di stipulare la Polizza tramite il Broker AON con la stessa Compagnia AmTrust, che continuerà a coprire:

- l'azione di risarcimento esercitata dal Paziente nei confronti dell'Assicurato avanti al Tribunale civile;
- l'azione di manleva esercitata dalla Struttura Sanitaria nei confronti dell'Assicurato avanti al Tribunale civile;
- il processo per tutto quello che comporta la costituzione di parte civile da parte del presunto danneggiato avanti al Tribunale penale.

In altre parole, la Convenzione Assicurativa AAROI-EMAC è già pronta a fronteggiare anche le eventuali innovazioni legislative.

Un ultimo accenno agli Iscritti all'AAROI-EMAC di età inferiore ai 35 anni, che lavorano presso le strutture del SSN con un contratto libero professionale, spesso la prima forma di rapporto di lavoro che – in questi tempi bui –, possono ottenere.

Per questi giovani specializzati, la AAROI-EMAC ha deciso di farsi carico direttamente di tale incremento di premio (400 Euro annui).

QUINDI, GLI ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC DI ETÀ INFERIORE AI 35 ANNI LIBERI PROFESSIONISTI che lavorano presso le Strutture del SSN (sia Pubbliche sia Private) NON AVRANNO ALCUN INCREMENTO DI PREMIO RISPETTO ALL'ANNO SCORSO. Inoltre, aderendo per la prima volta alla Convenzione Assicurativa AAROI-EMAC, dovranno pagare solo la parte di premio relativa al periodo intercorrente fra la data di adesione e la fine dell'anno.

In questo modo, l'AAROI-EMAC si fa carico di una azione diretta, tangibile e favorevole, verso gli Iscritti più giovani, che sono appena entrati nel mercato del lavoro e che rappresentano il futuro della nostra Associazione.

LAVORARE

PROTETTI!
con l'AAROI-EMAC

CONVENZIONI ASSICURATIVE
AAROI-EMAC 2017
IN COLLABORAZIONE CON AON S.p.A.

SU WWW.AAROIEMAC.IT TUTTE LE
INFORMAZIONI SUL SISTEMA DI
PROTEZIONE PROFESSIONALE 2017
RISERVATO ESCLUSIVAMENTE AGLI
ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

#AAROI-EMACPerLaSicurezza

TUTELA

AAROI EMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

PROFESSIONALE



La petizione AAROIEMAC rimane aperta!

#AAROIEMACPerLaSicurezza: pretendiamo le assunzioni di Anestesisti Rianimatori

L'AAROIEMAC lo scorso Marzo ha lanciato la petizione online "Per l'anestesia del parto è urgente assumere i Medici Anestesisti Rianimatori!", diretta al Presidente del Consiglio, al Ministro dell'Economia e delle Finanze e al Ministro della Salute.

La petizione sottolinea che «Nel percorso nascita i medici specialisti in anestesia e rianimazione rivestono un ruolo fondamentale per quanto attiene alla sicurezza, in particolare per il "parto indolore", per tutte le imprevedibili esigenze di parto cesareo, oltre che per le eventuali necessità di supporto rianimatorio dei neonati».

La campagna era stata affiancata da comunicati stampa ed interviste per arrivare ai decisori politici, ma soprattutto per sensibilizzare la popolazione, in particolare le donne esortandole a farsi alcune domande:

Partorire in un Ospedale dove non c'è la presenza continua h24 del Medico Anestesista Rianimatore? NO, Grazie!

Partorire in un Ospedale dove in caso di bisogno l'Anestesista Rianimatore dovrà muoversi da casa? NO, Grazie!

Per sale parto sicure bisogna assumere tutti i medici anestesisti rianimatori che servono!

Mai come adesso sarebbe importante dare nuovo vigore alla Petizione firmando e/o commentando il documento disponibile al seguente link:

<https://www.change.org/p/presidente-consiglio-ministri-per-l-anestesia-del-parto-e-urgente-assumere-i-medici-anestesisti-rianimatori?recruiter=246926186>

I LEA in Parlamento, ma sulla partoanalgesia tutto tace

Non solo Campagna Mediatica: le nostre richieste per la sicurezza dei Punti Nascita

I Nuovi LEA hanno cominciato nei giorni di chiusura del giornale l'iter parlamentare, ma ancora non risultano, al momento, risposte chiare sulle modalità che si intende adottare per la reale introduzione della partoanalgesia tra i Livelli Essenziali di Assistenza.

Proprio per questo motivo, oltre alle numerose iniziative di sensibilizzazione portate avanti dall'AAROIEMAC nei mesi scorsi, anche di esponenti politici, è stata inviata una nota al Ministero della Salute, che ha assicurato il suo interesse a farsi carico delle osservazioni contenute nel documento. Di seguito i principali passaggi:

"Già oggi, anche senza la Partoanalgesia, gli Anestesisti Rianimatori in servizio sono largamente insufficienti rispetto alle prestazioni specialistiche che devono garantire ai Cittadini affidati alle loro cure, tant'è vero che nella stragrande maggioranza degli Ospedali sono costretti a ritmi di lavoro che vanno ben oltre i volumi di attività e il tempo di lavoro a cui sono contrattualmente tenuti, oltre che oltre i limiti di resistenza psico-fisica.

Né si tratta, a differenza di altri settori, di volumi e tempi in alcun modo comprimibili, dato che la peculiare specializzazione fa sì che ad ogni singolo Anestesista Rianimatore presente in servizio corrisponda almeno una specifica attività indispensabile al funzionamento di intere équipes multiprofessionali, e molto spesso addirittura, illecitamente, più incombenze allo stesso tempo.

Finora, nella vana attesa che l'effettivo inserimento della Partoanalgesia nei LEA tenesse debito conto di tutte le note diffuse anche ufficialmente, oltre che dell'individuazione precisa delle strutture dove erogarla, in attuazione di un Accordo Stato-Regioni (sempre quello del 2010) comple-

tamente disatteso, e delle successive emanazioni istituzionali nel merito, anche sulla base di audizioni ufficiali specifiche, altrettanto rimaste lettera morta, l'AAROIEMAC ha evitato di esplicitare che questa assurda illegittimità porterà inevitabilmente a creare condizioni di rischio inaccettabili.

Finora, l'AAROIEMAC ha cercato di seguire, anche nelle note rivolte agli Anestesisti-Rianimatori italiani, ultima nel merito quella pubblicata sul n° 3/2016 (Luglio-Agosto-Settembre) de "Il Nuovo Anestesista Rianimatore", Organo ufficiale di informazione associativa, il solco tracciato dalle Istituzioni, che ha demarcato limiti numerici relativi ai parti/anno dei Punti Nascita italiani, limiti tutti inesorabilmente rimasti sulla carta.

Tali limiti numerici, rispetto all'organizzazione del lavoro degli Anestesisti Rianimatori, potevano avere un senso fino a ieri, cioè finché, non essendo la Partoanalgesia ancora nei LEA, eventuali ritardi o impossibilità di eseguirla per contemporaneo impegno lavorativo anestesio-rianiimatorio in altre necessità assistenziali su pazienti in pericolo di vita (in Rianimazione, in Sala Operatoria, in Pronto Soccorso, nei trasferimenti inter-ospedalieri, etc.) non avrebbero comportato, sempre per responsabilità organizzative e strutturali, e non certo individuali, disagi all'utenza denunciabili come inaccettabili disservizi.

Da oggi è inevitabile dover prendere atto, ribadendo un allarme più volte lanciato, che l'assenza di qualsivoglia seguito pratico di tale demarcazione nelle realtà lavorative ospedaliere determinerà, in conseguenza diretta dell'inserimento acritico della Partoanalgesia nei LEA, addirittura la corsa forsennata a questo servizio proprio nei Punti Nascita privi dei requisiti stabiliti dalle stesse Istituzioni di governo del SSN per poter restare aperti, laddove i rischi sono maggiori per l'intero Percorso Nascita, a prescindere dalla Partoanalgesia, e laddove, oltretutto, esiste un rapporto ridicolo tra numero di prestazioni e operatori in servizio diversi dagli Anestesisti Rianimatori (per questi ultimi, infatti, l'impegno nei suddetti Punti Nascita è praticamente "a costo zero", in quanto è svolto, oltretutto illecitamente, in regime di "pronta disponibilità").

L'AAROIEMAC ribadisce pertanto che è illusorio, oltre che pericoloso inserire la Partoanalgesia nei LEA, per poterla erogare con metodiche locoregionali o farmacologiche realmente efficaci, che sono di competenza specialistica esclusiva degli Anestesisti Rianimatori (escludendo quindi metodiche di scarsa efficacia come il Protossido d'Azoto), se non si prevedono da una parte le indispensabili nuove assunzioni di Anestesisti Rianimatori, e dall'altra la riorganizzazione dei Punti Nascita, nel rispetto della massima sicurezza per la donna e per il bambino, sicurezza che è indispensabile per l'intero ambito del Percorso Nascita, il quale peraltro esigerebbe di per sé una guardia anestesio-rianiimatoria dedicata, a prescindere dalla Partoanalgesia.

L'ultima stesura (per quanto ad oggi si conosce) dell'art. 38, comma 3 del DPCM "Nuova Definizione dei LEA" recita:

«Il Servizio sanitario nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle regioni e dalle province autonome tra quelle che garantiscono le soglie di attività fis-



sate dall'Accordo sancito in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 16 dicembre 2010 e confermate dal decreto 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse».

In pratica viene tutto rinviato a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 2010, nel quale tra le altre cose viene specificato «La riorganizzazione delle strutture ospedaliere prevista dall'Intesa del 3 dicembre è, infatti, un'occasione per le Regioni di migliorare la rete dei Punti nascita».

Inoltre, fissando il numero di 1000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere, può assicurare la presenza/disponibilità di specialisti in Anestesia e Rianimazione e quindi garantire la sicurezza e la implementazione delle procedure analgesiche, nelle strutture individuate dalle regioni e all'interno di appositi programmi volti a diffonderne l'utilizzo».

Di seguito, per evitare ogni rischio di fraintendimenti, le inequivocabili precisazioni dell'AAROIEMAC affinché il parto senza dolore possa essere realmente garantito attraverso il suo inserimento nei LEA e non resti un'alea dipendente dall'esistenza di un Anestesista Rianimatore in servizio di guardia, libero da altre necessità assistenziali su pazienti in pericolo di vita.

Per una reale e non aleatoria applicabilità dell'inserimento del parto senza dolore nei LEA, l'AAROIEMAC ribadisce che per organizzare un servizio di Partoanalgesia che ne garantisca l'erogazione con tecniche specialistiche riservate agli Anestesisti Rianimatori a tutte le partorienti che la richiedano (previo obbligatorio percorso dedicato di pre-ricovero durante la gravidanza) devono PRIMA essere garantiti REQUISITI SOSTANZIALI, esposti di seguito, che riguardano personale, organizzazione del servizio, adeguamenti strutturali.

1) La Partoanalgesia, nelle Strutture individuate attraverso i LEA e secondo i criteri previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 2010, per la sua normale garanzia (che è cosa ben diversa dalla sua potenziale erogabilità), per poter avvenire con tecniche di esclusiva competenza specialistica degli Anestesisti Rianimatori, deve obbligatoriamente contare su una guardia anestesio-rianiimatoria h24 dedicata esclusiva-

mente alla Sala Parto, a prescindere dal numero di parti/anno.

2) Per garantire la Partoanalgesia con tecniche locoregionali (in qualunque Ospedale il servizio di PA sia istituito, a prescindere dal numero dei parti annui), la guardia dedicata all'intera Sala Parto dell'Anestesista Rianimatore deve intendersi come guardia esclusivamente dedicata, distinta dalla guardia di rianimazione e dalla guardia di anestesia.

Infatti, l'assenza di guardia anestesio-rianiimatoria dedicata esclusivamente alla Sala Parto non può in alcun modo garantire la PA con tecniche specialistiche, ma potrebbe consentirla unicamente qualora l'Anestesista Rianimatore di guardia anestesio-rianiimatoria (laddove esiste) non sia impegnato in altre attività, che per loro stessa natura medico-specialistica richiedono inderogabilmente e prioritariamente la sua costante assistenza ai Pazienti per i quali è richiesta la sua opera.

Pertanto, laddove non vi sia guardia anestesio-rianiimatoria esclusivamente dedicata alla Sala Parto, nessuna responsabilità può essere riversata sugli Anestesisti Rianimatori impossibilitati a garantirla perché impegnati in altra attività; a tal proposito si precisa che non è assolutamente accettabile chiamare ad eseguire una Partoanalgesia l'Anestesista Rianimatore reperibile, né tantomeno l'Anestesista Rianimatore di guardia in Rianimazione.

3) Le Sale Parto devono essere adiacenti alle Sale Operatorie destinate ai Tagli Cesarei da eseguirsi in Urgenza/Emergenza; è impensabile che possano continuare ad esistere tali Sale Operatorie distanti diversi piani, e/o diversi corridoi, o addirittura poste in padiglioni diversi, rispetto alle Sale Parto, e che si pensi, in tali situazioni, di aggiungere ulteriori condizioni di rischio conseguenti all'istituzione di servizi di Partoanalgesia.

In conclusione, prima si adeguino le dotazioni organiche, l'organizzazione del lavoro nelle Sale Parto (oltre che in generale negli Ospedali), nonché le stesse strutture presso le quali sono operanti i Punti Nascita, poi si individuino gli Ospedali dove poter istituire il servizio di Partoanalgesia, ed infine, solo a quel punto istituisca il servizio; i servizi già istituiti senza tali presupposti vanno ricondotti ai medesimi requisiti.

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

[Fisica Quantistica - Dramma in atto singolo] Ci sono due gemelli. Il primo si iscrive a medicina, e dopo sei anni e una laurea, entra in specialità di anestesia e rianimazione. Dopo altri cinque anni, finalmente sfoggia la sua licenza di uccid... ehm, il suo diploma e inizia a lavorare come rianimatore. Suo fratello invece si imbarca su un'ambulanza lanciata sulla Pontina alla velocità della luce (e questo è il primo paradosso) per diventare infermiere superspecialistico provoca e speck urgentista marnaro.

I due fratelli si ritrovano nello stesso posto di lavoro e con somma sorpresa l'anestesista rianimatore esclama: 'Oh, guarda! Sono passati undici anni e lavoriamo nello stesso posto!'

L'altro, infermiere, rivela il paradosso: 'Undici? Per me ne sono passati solo tre. E guarda anche io prescrivo farmaci, intubo e faccio diagnosi! In pratica facciamo lo stesso lavoro!' 'Ma è un paradosso!'

'Eh lo so, è strano che per me siano passati solo tre anni...'

'No no, è che FACCIAMO LO STESSO LAVORO!!' Fine (del mondo).

le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Ventilazione in anestesia: stato dell'arte (Prima parte)

Current Anaesthesia & Critical Care 21 (2010) 239e243

Caratteristiche funzionali dell'apparecchio d'anestesia con circuito rotatorio

INTRODUZIONE

Ci sono alcune caratteristiche funzionali di base comuni a tutti gli apparecchi d'anestesia con un circuito respirazione rotatorio che è importante conoscere per capire le loro prestazioni cliniche: il volume interno (con la costante di tempo), la compressibilità (o compliance interna), la resistenza, l'impermeabilità, l'efficacia (percentuale di utilizzazione di gas freschi) e la composizione della miscela di gas inspirato.

Attualmente, la maggior parte delle macchine per anestesia o stazioni di lavoro sono ventilatori che si presentano con un circuito rotatorio classico con un assorbitore di CO₂ che permette la rirespirazione dei gas espirati. Le caratteristiche di rendimento di queste macchine sono legate alla struttura fisica del circuito respiratorio classico stanno progressivamente scomparendo con l'arrivo sul mercato delle macchine per anestesia moderne con circuiti rotatori modificati, che offrono una serie di vantaggi rispetto al circuito rotatorio classico. Sono di seguito descritte le caratteristiche funzionali di base comuni a tutte le macchine per anestesia la cui conoscenza è essenziale per il loro uso clinico e per analizzare la loro evoluzione.

Volume del circuito respiratorio rotatorio: costante di tempo

Il volume totale del circuito respiratorio è la somma del volume di tutte le parti. Nell'apparecchio d'anestesia con circuito respiratorio il volume interno determina importanti aspetti della performance clinica. Per calcolare questo volume, è necessario conoscere il volume di tutte le componenti interne ed esterne del circuito respiratorio che è diverso da una macchina all'altra. Per esempio il volume interno dell'apparecchio d'anestesia Cicero (Dräger Medical, Lübeck, Germany) può essere calcolato come la somma dei 2 tubi da 1 metro che vanno al paziente (0,9 l), il circuito respiratorio interno della macchina (0,6 l), il canestro assorbitore della CO₂ Jumbo (2,3 l), il pallone di riserva di 2,3 litri riempito per più del 75% della sua capacità massima (1,5 l), i connettori del tubo (0,5 l) e il volume interno del ventilatore (0,7 l); pertanto il volume totale della macchina è intorno a 6,2 litri. Quando la composizione del gas fresco viene modificata, la velocità con cui si raggiunge la composizione del gas impostato dipende dal volume interno del circuito e dall'entità del flusso di gas freschi (e dall'assorbimento dell'anestetico). Questi 2 fattori determinano la costante di tempo. La velocità con cui il gas fresco è miscelato con gas espirato per produrre la miscela inspiratoria è proporzionale al volume interno della macchina e inversamente proporzionale al flusso di gas fresco.

La miscelazione del gas rirespirato con il gas fresco è un processo esponenziale. In ge-

neri i processi esponenziali sono caratterizzati da una riduzione della velocità con l'avanzare del processo. La costante di tempo (CT) è la modalità di solito utilizzata per indicare questa variazione e si definisce come il tempo richiesto per completare questo processo. Tuttavia per la variazione della velocità durante questo processo il fenomeno si può considerare circa completo quando sono trascorse tre costanti di tempo.

Per illustrare questo concetto immaginiamo un canestro con un volume di 10 litri. Se si apre un rubinetto posto alla base del fusto che consente al volume contenuto di uscire alla velocità di 1 l/min è ragionevole pensare che ci vorranno 10 minuti per svuotare completamente il canestro, valore ottenuto dividendo il volume del canestro per la velocità del flusso di svuotamento (volume/flusso). Tuttavia questo presupposto non è corretto perché il processo di svuotamento non è lineare ma esponenziale; cioè mentre il canestro si svuota la velocità di flusso diminuisce progressivamente.

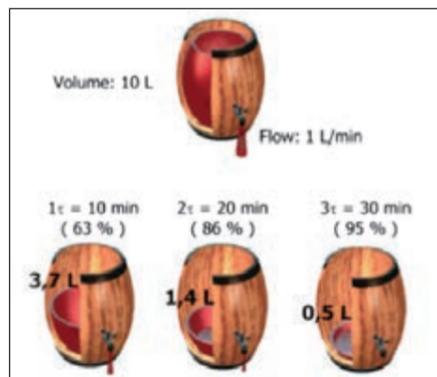


Figura 1 Esempio di un processo esponenziale τ = costante di tempo

I 10 minuti calcolati in precedenza rifletterebbero il tempo necessario per svuotare il canestro se la velocità iniziale non cambiasse nel tempo ed è definita la CT di questo sistema (volume/flusso). Con tutti i fenomeni esponenziali dopo aver superato un periodo di tempo pari a 1 CT (10 minuti nell'esempio di sopra) il processo di svuotamento si è realizzato del 63% (il canestro si è svuotato di 6,3 litri); dopo un periodo di tempo equivalente a 2 CT (20 minuti) si è completato dell'86% (8,6 litri) e solo dopo un periodo di 3 CT (30 minuti) il processo di svuotamento sarà del 95% e pertanto può essere considerato praticamente completo (anche se matematicamente richiederebbe una quantità di tempo infinita) (nella figura).

Riassumendo, qualsiasi processo esponenziale può essere considerato completo dopo un periodo pari a 3 volte la TC (il canestro richiederebbe $3 \times 10 \text{ min} = 30 \text{ min}$ svuotarsi). Se al canestro è aggiunto del liquido mentre si svuota, questo fattore dovrebbe essere preso in considerazione perché ci vorrebbe più tempo per svuotare il canestro, secondo la velocità del flusso nel cilindro come segue: $CT = V / (\text{velocità del flusso in uscita meno quello in entrata})$. Nei circuiti rotatori (sebbene non siano vuoti ma riempiti con gas freschi) il fenomeno di miscelazione del gas fresco con il gas espirato che

occupa il volume del circuito è esponenziale; quindi, è governato dagli stessi principi descritti nell'esempio. Il tempo necessario per raggiungere qualsiasi cambiamento nella composizione dei gas freschi è equivalente a 3 CT del circuito.

Nel paziente collegato al sistema come nel canestro portato ad esempio, questo è calcolato dividendo l'intero volume del sistema (volume del circuito più la capacità funzionale residua del paziente) per il flusso di gas freschi impostato (FGF). Quando s'imposta sul Cicero il VGF di 2 litri/minuto, la costante di tempo sarebbe: $CT = (6,2 \text{ litri (circuito)} + 2,4 \text{ litri (CFR)}) / 2 \text{ litri/min} = 4,3 \text{ minuti}$. Se io modifico la miscela N₂O/O₂, questa modifica può richiedere $3 \times 4,3 \text{ minuti} = 12,9 \text{ minuti}$ per modificare la FiO₂. Se si usa la metà del FGF la CT diventa il doppio; al contrario se si raddoppia il FGF la CT si dimezza. Qualsiasi cambiamento nella composizione dei gas richiederebbe rispettivamente il doppio o la metà del tempo. Nella pratica clinica il tempo necessario per produrre tale variazione è ancora più lungo di quello calcolato, per l'assorbimento da parte del polmone del gas somministrato in quel momento (ossigeno o anestetici volatili).

In accordo con Conway, la CT si calcola nel modo seguente:

$$CT = \frac{V_{\text{interno}} + V_{\text{CFR}}}{\text{FGF} - \text{volume assorbito}}$$

Nella pratica clinica con il circuito rotatorio, per accelerare il processo e ridurre la CT la soluzione consiste nell'aumentare in maniera transitoria il FGF. Con un Cicero usando un VGF di 6 l/minuto, la costante di tempo può essere di circa 1 minuto e possono essere necessari circa 3 minuti per modificare la composizione dei gas inspirati.

Soluzione del volume interno

Per ridurre il volume interno, alcune macchine mescolano il gas respirato con i gas freschi dentro il ventilatore (generatore di volume corrente (TV) eliminando il pallone di riserva. Le macchine come Aespire, Advance, Aisys (General Electric Healthcare) hanno eliminato il pallone ma hanno il sistema generatore di TV (concertina) che non si svuota completamente a fine inspirazione. Quando si riduce il FGF, il volume di riserva nella concertina previene le riduzioni del TV, ma il volume interno della macchina si riduce di poco, migliorando a sua volta solo di poco la CT. Tuttavia in questa macchina l'arrivo continuo di gas freschi migliora le loro prestazioni.

Il volume interno di queste macchine è di circa 2,8 litri (concertina 1,5 litri; canestro assorbitore di CO₂ 1 litro e circuito interno circa 300 ml). Con un FGF di 1 litro/minuto la CT è di circa 4 minuti. Nelle macchine Dräger Medical (Fabius, Primus), il generatore di TV è un pistone che si svuota completamente durante l'inspirazione in modo che il volume interno è di circa 2,5 litri (compreso il canestro di calce sodata). Tuttavia per mescolare i gas è necessario un pallone che aumenta il volume interno. In queste macchine con un VGF di 1 litro la CT è di circa 4 minuti. La riduzione del canestro per ridurre il volume interno non è praticabile poiché l'assorbitore di CO₂ si esaurirebbe dopo poche ore con bassi flussi. Questo

spiega perché poter cambiare il canestro della calce sodata durante il funzionamento del ventilatore è una caratteristica importante e non può essere realizzata in tutte le macchine. I ventilatori Aespire, Advance, e Aisys della General Electric Healthcare (GE) hanno un contenitore usa e getta di 950 ml riempita con 850 g di calce sodata che può essere sostituito molto rapidamente senza interrompere la ventilazione.

La soluzione definitiva per la riduzione del volume interno è stata affrontata in una prospettiva di automazione. Nel ventilatore Zeus (Dräger Medical), il FGF e la concentrazione inspiratoria dell'anestetico sono impostati in modi indipendenti (il modulo è chiamato "iniezione diretta di anestetici volatili, DIVA). Il modulo DIVA inietta il volume di alogenati necessario (vapore saturo) nel FGF in un tempo breve per raggiungere la concentrazione di fine espirazione impostata dall'anestesista confrontando la concentrazione di fine espirazione impostata con una misura continua della concentrazione di fine espirazione. Per esempio è possibile aumentare o diminuire il FGF senza influenzare l'alogenato e viceversa, ed è possibile aumentare o diminuire la concentrazione di fine espirazione dell'alogenato indipendentemente dal FGF. Con questo sistema qualsiasi modificazione si realizza in meno di 2 minuti (CT inferiore a 1 minuto). Lavorando nella modalità automatica (autocontrollo) che corregge automaticamente il FGF minimo, la CT è mantenuta in circa 1 minuto.

Compressibilità del circuito (compliance interna)

Nelle macchine d'anestesia, durante l'inspirazione, una parte del volume somministrato dal generatore del TV è compressa all'interno del circuito respiratorio, e pertanto non raggiunge i polmoni. In questo modo, la perdita di TV causata dalla compressione del gas all'interno del circuito non è rilevata dallo spirometro. La comprimibilità del circuito è il parametro che caratterizza il rapporto volume/pressione della macchina e, di conseguenza, indica il volume che è compresso all'interno della macchina per ogni centimetro di H₂O d'aumento della pressione; questa è chiamata compliance interna del circuito (V/P espresso in ml/cm H₂O). L'effetto netto è che maggiore è la pressione alla fine dell'inspirazione (P plateau), più il volume è mantenuto nel sistema e più il TV si riduce.

Durante l'espirazione sia il volume compresso sia quello espirato dai polmoni sono misurati come TV dallo spirometro (quando è posizionato alla fine della branca espiratoria).

In questo modo, la perdita di TV causata dalla compressione del gas all'interno del circuito non è rilevata dallo spirometro.

Nelle macchine d'anestesia la comprimibilità è determinata dal suo volume interno e dalla distensibilità delle sue componenti (soprattutto le concertine). In condizioni ideali la comprimibilità del volume di 1 litro è pari a 1 ml per ogni centimetro d'acqua di pressione aumentata. Pertanto la macchina con un volume interno di 6 litri ha una compliance (com-

pressibilità) interna di 6 ml/cm H₂O. Questo significa che la compliance è calcolata prendendo in considerazione solo il volume interno e non la distensibilità dei suoi componenti. Tuttavia durante il test di autocontrollo alcune macchine (Fabius, Dräger Medical) rilevano valori di compliance tra 0,8 e 2 ml/cm H₂O che sono inferiori al valore atteso del loro volume interno. Questo accade perché sono controllate solo le componenti interne (pistone e circuito interno della macchina) senza tener conto del circuito respiratorio esterno, assorbitore, pallone, ecc., mentre considerando tutte queste componenti la compliance si avvicina a 5 ml/cm H₂O. Nel caso dei pazienti pediatrici una riduzione involontaria del TV somministrato a causa della compressione del circuito può essere di entità importante. Se non si utilizza una pausa inspiratoria, la pressione di fine inspirazione (pressione di picco) potrebbe essere molto alta e il TV somministrato molto più basso per cui si potrebbe avere un'ipoventilazione. Lo stesso accadrebbe nei pazienti con ridotta compliance toracica o polmonare (obesità grave, scoliosi, chirurgia laparoscopica o ARDS).

Soluzioni della riduzione del TV determinato dalla compressibilità dei gas

Le macchine d'anestesia hanno incorporato un meccanismo chiamato compensazione della compliance interna. In sintesi durante il controllo automatico della macchina, c'è un processo automatico per calcolare la sua compressibilità (compliance interna). Ipotizziamo ad esempio che la macchina ha rilevato una compliance interna (CI) di 5 ml/cm H₂O. Conoscendo la CI e la pressione di picco (Ppl), il volume compresso (calcolato come VC = IC x Ppl) è aggiunto al valore del TV impostato per correggere il TV somministrato al paziente.

Il meccanismo della compensazione non elimina la compliance interna, ma evita la riduzione del TV causata dalla compressione. Non tutte le macchine d'anestesia sono uguali e tra quelle che compensano, la modalità di correzione può essere diversa. Ci sono macchine in cui il generatore del TV è un pistone azionato elettricamente (Fabius, Primus, Dräger Medical) che si svuota completamente con l'insufflazione del volume corrente. In queste macchine il meccanismo di compensazione è molto preciso; una semplice misura della pressione d'inspirazione determina il volume addizionale necessario a compensare il volume compresso. La precisione del TV corretto è di $\pm 5\%$ o poco più quando si corregge un TV inferiore a 200 ml.

Quando il generatore del TV è una concertina compressa da un gas esterno (Aestiva, Aespire, Advance, e Aisys, GE) il soffiato non si svuota completamente durante l'inspirazione: il volume che resta nella concertina è variabile; pertanto anche il volume-compresso è variabile. Per questo nei ventilatori della serie 7900 e nell'Advance, la compliance è compensata in un modo particolare (nella serie 7100, questa compensazione è ottimale). Questo consiste nel misurare il volume inspirato con un sensore di flusso posto sulla branca inspiratoria e confrontando questo valore con il TV impostato per somministrare la differenza nella stessa inspirazione. Contemporaneamente un sensore di flusso si trova sulla branca espiratoria per verificare che il volume che il paziente espira equivale al TV impostato. Questo doppio sistema di misura del flusso per compensare la compliance è stato indicato come Duo-flow. La precisione del TV somministrato è \pm del 10% o migliore per un volume impostato inferiore a 200 ml e del 15% per un TV impostato inferiore a 60 ml.

La soluzione più recente è stata realizzata in una macchina con un generatore a turbina (Zeus, Dräger Medical). In questa macchina i gas espirati e quelli freschi sono miscelati all'interno del circuito, quando una turbina spinge la miscela di gas nei polmoni. Il volume occupato dalla turbina è piccolo costante e non trattiene gas. Peraltro non è necessario un pallone di riserva esterna poiché il gas è miscelato all'interno del sistema. Pertanto la CT è costante e facile da compensare misurando la pressione di picco. Inoltre è presente un sensore di flusso sull'Y che informa il sistema sul volume somministrato per adattarlo a quello che è stato impostato. La velocità di compensazione nello stesso atto respiratorio è molto superiore rispetto agli altri sistemi a causa della velocità di rotazione della turbina e la precisione del TV è migliore del 5%.

Resistenza del circuito

La resistenza interna del circuito è definita come la pressione minima che permette la circolazione del gas. Le macchine d'anestesia hanno diverse parti resistive. Un punto di partenza è capire che ogni circuito rotatorio ha bisogno di una valvola di scarico per il gas in eccesso (valvola di fuoriuscita di gas a pressione (APL)) in quanto il FGF è maggiore del gas assorbito dal paziente. Nel circuito rotatorio deve restare chiusa alla fine dell'espirazione in modo che i gas espirati possano ricircolare. Da questo momento quando i gas (miscela di gas freschi ed espirati) si accumulano nel circuito e la pressione aumenta, la valvola si apre e l'eccesso di gas fuoriesce.

La pressione necessaria per aprire la valvola è la PEEP osservata nelle macchine d'anestesia e di solito è di circa 2-4 cm H₂O. Questa pressione residua è la resistenza minima del circuito. In generale la PEEP è leggermente più alta quando il FGF è molto alto. Nella pratica clinica, questa PEEP che può essere considerata come non voluta non è importante (e talvolta può essere utile) ma talvolta confonde l'anestesista che non ha inserito la PEEP. Una seconda componente è data dall'attrito al flusso dei gas che dipende dal diametro interno e dalla portata dei gas. In sintesi i diametri più piccoli, la presenza di un maggior numero di curve nel circuito (turbolenza) e un alto flusso inspiratorio e espiratorio del gas, possono tutti generare una maggiore resistenza. La normativa europea EN 740 richiede che le resistenze inspiratorie ed espiratorie debbano essere inferiori a 6 cm H₂O (misurata con un flusso di 60 l/min). Le resistenze hanno una notevole importanza nella ventilazione spontanea nel circuito respiratorio. La resistenza espiratoria non deve ostacolare la fuoriuscita dei gas espirati; diversamente si può creare una PEEP dinamica. In altre parole la resistenza inspiratoria deve essere più bassa possibile per minimizzare il lavoro respiratorio durante l'inspirazione spontanea o minimizzare lo sforzo per attivare il trigger quando si utilizza un supporto assistito (ventilazione a pressione di supporto). Una terza resistenza è la stessa valvola PEEP che è una resistenza modificabile inserita per applicare una pressione residua alla fine dell'espirazione.

Soluzioni ai problemi della resistenza

Tutte le macchine d'anestesia hanno una resistenza interna inferiore a quell'accettata dalla normativa europea.

Tuttavia la struttura del circuito e la valvola APL determinano una PEEP minima non modificabile e indipendente dal FGF; pertanto la PEEP varia da una macchina all'altra. Alcune macchine hanno una PEEP minima di 2 cm H₂O (Fabius, Dräger Medical) o inferiore (Primus, Dräger Medical), e non è modificabile dal FGF. Altre hanno una PEEP che è di 3-4 cm H₂O ed è più influenzata dal FGF (Aespire, Advance, Aisys, GE). Nello Zeus (Dräger Medical), che lavora con una turbina che ruota continuamente, si genera una PEEP di 3 cm H₂O. La resistenza inspiratoria, indispensabile nella modalità di ventilazione assistita (pressione di supporto) è ridotta al minimo utilizzando dei trigger molto sensibili (Primus, Dräger Medical). Tuttavia migliora di più con un sensore del flusso (modificabile da 0,2 a 1,0 l/min) che circola continuamente all'interno del circuito ed è allo stesso tempo disponibile per il paziente come trigger inspiratorio. La sensibilità nello Zeus è migliorata molto da quando il sensore di flusso si trova sulla Y, molto vicino al paziente.

Da ultimo il funzionamento della valvola PEEP è un elemento fondamentale per una buona macchina d'anestesia. In generale le valvole della PEEP sono molle regolabili per cui il flusso espiratorio non è alterato in modo significativo.

Tuttavia, solo nelle macchine con valvole PEEP meccaniche regolate elettronicamente (Fabius, Zeus, Dräger Medical and Advance, Aisys GE) l'espirazione non è limitata ed è indipendente dal livello della PEEP. L'impostazione della PEEP è molto precisa e non modificabile dalla frequenza respiratoria e dal FGF.

Impermeabilità del circuito respiratorio

Il circuito d'anestesia, quando è in pressione durante la ventilazione meccanica non è a perfetta tenuta per il gran numero di componenti. I punti di perdita frequenti sono i col-legamenti e la valvola APL. La quantità di gas perso dipende dalle

dimensioni della perdita e dalla pressione nel circuito d'anestesia. Nella ventilazione spontanea la perdita non modifica il TV in modo importante ma cambia la composizione del gas. Tuttavia in ventilazione controllata la perdita aumenta se la pressione inspiratoria (picco e pressione di plateau) aumenta, e con un aumento della PEEP. Una perdita inferiore a 200 ml/min a 30 cm H₂O di pressione non è importante. Le norme Europee, le EN per esempio, richiedono che la perdita attraverso la valvola APL, quando è chiusa completamente, non deve essere superiore a 50 ml/min. In letteratura alcuni articoli hanno descritto le problematiche sulla ventilazione causate dalle perdite durante l'anestesia. Quando si sospetta una perdita è necessario continuare seguendo l'algoritmo delle basse pressioni proposto da Raphael.

Soluzione del problema delle perdite

I moderni circuiti rotatori hanno affrontato il problema delle perdite da 2 punti di vista. Inanzitutto le connessioni esterne; si tende a eliminare il classico blocco esterno di solito collegato alla macchina, che comprende valvole, reservoir, canestri, ecc. Questi sono ancora presenti in molte macchine (Fabius, Dräger Medical) o nascoste in altre (Aestiva, GE), ma come blocco esterno sono stati eliminati quasi completamente (Primus, Dräger Medical e Advance, GE) o eliminati completamente (Zeus, Dräger Medical) nelle macchine moderne.

Altre stazioni di lavoro senza blocco esterno (Aespire, Aisys, GE) hanno diverse connessioni interne che possono essere disconnesse per facilitare la sterilizzazione in auto-clave. Un punto critico di una macchina d'anestesia è il numero di connessioni esterne (e/o interne) poiché aumentano il numero di parti che devono essere valutate per le possibili perdite (e disconnessioni).

Il secondo approccio alle perdite è la quantificazione automatica delle perdite della macchina durante l'autocontrollo iniziale confrontando il valore ottenuto con un valore prestabilito di perdite tollerabili. Se la perdita è eccessiva, appare un messaggio sullo schermo del monitor, e in molti casi impedisce alla macchina di entrare in funzione (Dräger Medical). Nelle macchine della GE l'utente può scegliere se verificare se ci sono perdite maggiori di 250 ml. In ogni caso la presenza delle perdite non impedisce di iniziare la ventilazione.

Composizione della miscela di gas inspirata

In un circuito rotatorio la composizione dei gas inspirati che arriva ai polmoni può essere praticamente identica ai gas freschi (impostati sul flussometro), o può essere molto diversa. Cinque fattori determinano la composizione del gas inspirato: 1: il flusso e la composizione dei gas freschi; 2: la rirespirazione; 3: l'assorbimento dei gas anestetici dalle componenti di gomma rossa/plastica del circuito d'anestesia; 4: la perdita di gas e, in ventilazione spontanea; 5: l'entrata dell'aria ambiente.

Nel circuito rotatorio i gas freschi sono diluiti nei gas respirati; quindi il FGF e il rirespirato svolgono un ruolo determinante nella composizione del gas inspirato. Con un FGF alto e una minore quantità di gas rirespirato la composizione del gas inspirato è più simile al gas fresco; mentre con un FGF basso e una maggiore quantità di gas rirespirato la differenza tra la composizione del gas inspirato e il gas fresco può essere maggiore. Quest'effetto dipende dal coefficiente di utilizzazione dei gas freschi del circuito. In altre parole è necessario pensare che la più frequente causa di modificazione della composizione del gas inspirato siano le perdite i cui effetti ovviamente dipendono dall'entità delle perdite.

Soluzione dei problemi concernenti la composizione dei gas inspirati

La prima soluzione attualmente richiesta nella norma EN 7140 del 1999 per le macchine con circuiti rotatori è l'attento monitoraggio della frazione inspiratoria di ossigeno, e l'impossibilità di somministrare miscele ipossiche. Queste caratteristiche sono garantite con il marchio CE delle macchine. Inoltre non influisce il fatto di aver due controlli separati per la regolazione del FGF (in litri/minuto) e la FiO₂ (in %) (Primus, Dräger Medical; Advance, GE). Con questi controlli la miscela

dei gas freschi è regolata in modo esatto, ma l'effetto di diluizione del gas inspirato dovuto all'entità del FGF non è evitato. Il solo meccanismo che realmente evita quest'effetto, usando un flussometro e un miscelatore elettronico, è l'inserimento di un sistema di misura della composizione del gas inspirato e un riaggiustamento automatico del flusso di gas freschi, per somministrare in modo preciso la miscela inspiratoria (Zeus, Dräger Medical).

Infine i controlli automatici delle perdite con un basso livello di tolleranza accettato possono essere considerati un meccanismo indiretto di garanzia della composizione dei gas inspirati.

Efficacia del circuito: coefficiente del flusso di gas utilizzati (FGU)

Il coefficiente del flusso di gas freschi utilizzati (FGU) di un circuito rotatorio è definito come la relazione tra il volume di gas freschi che entra nei polmoni rispetto al volume di gas freschi che entra nel circuito. L'efficacia può essere l'espressione in percentuale di questo coefficiente. In un circuito ideale (in cui il coefficiente è uguale a 1 e l'efficacia è del 100%) tutti i gas freschi entrano nei polmoni e il gas eliminato attraverso la valvola APL è costituito solamente da gas espirato. Tuttavia con i circuiti rotatori utilizzati attualmente il FGU è inferiore. Parte del FGF va direttamente nell'ambiente senza essere passato dai polmoni. Analogamente parte del gas espirato (con una concentrazione di ossigeno inferiore e una concentrazione maggiore di CO₂) diluisce i gas freschi e consuma l'assorbitore di CO₂.

I fattori che ne modificano l'efficacia sono soprattutto la posizione dell'entrata del FGF nel circuito e la posizione e il funzionamento della valvola APL. La maggior parte dei circuiti rotatori utilizzati attualmente hanno un'efficacia maggiore del 95% (coefficiente FGU: 0,95) se utilizzati con un FGF di 1 l/minuto. Tuttavia con un FGF di 6 litri/minuto, la percentuale del FGF che va ai polmoni si può ridurre al 50% in relazione alla macchina. In ogni caso la maggior parte delle macchine hanno la massima efficacia con un flusso di gas freschi basso.

La mancata efficacia non è visibile nella pratica clinica poiché il suo effetto principale è di generare una minore Fi di gas, che può essere attribuita all'effetto diluizione dei gas inspirati. Una ridotta FGU con alti FGF è dimostrata nella pratica clinica, quando, si esaurisce la calce sodata e si ha la respirazione della CO₂, anche se il FGF è aumentato sopra il volume minuto. Questo indica che non tutto il gas fresco arriva ai polmoni.

In generale in tutte le macchine, l'efficacia del circuito migliora quando si usano bassi flussi di gas freschi. Pertanto è un vero problema quando si usa un flusso di gas freschi maggiore di 1 litro/minuto. In conformità a questi risultati l'efficacia è migliorata modificando la struttura e la posizione dei componenti del circuito. Il controllo automatico della concentrazione del gas inspirato corregge simultaneamente l'effetto della diluizione dei gas freschi e l'efficacia.

Riassunto e conclusioni

Pertanto si può concludere che è importante conoscere le caratteristiche funzionali di un circuito respiratorio, in quanto questo determina la funzionalità della macchina d'anestesia nella pratica clinica. I requisiti minimi per le caratteristiche funzionali della macchina d'anestesia attualmente sono: (1) una costante di tempo bassa con flussi bassi; (2) un sistema di compensazione che permetta la ventilazione con un TV tra 200 e 700 ml con un'accuratezza maggiore del 10%; (3) resistenza inspiratoria ed espiratoria che produce una PEEP trascurabile e sono compensate da un trigger sensibile che facilita la respirazione spontanea e l'uso di una modalità ventilatoria assistita (PSV); (4) una valvola della PEEP elettronica e (5) un flussometro elettronico e un sistema di miscelazione che permetta di modificare separatamente il FGF e la concentrazione del gas inspirato (rendendo l'effetto della diluizione dei gas inspirati trascurabile). Sfortunatamente sono stati eseguiti solo pochi studi di confronto sulle caratteristiche delle diverse macchine d'anestesia. L'automazione è preziosa, ma non potrà mai sostituire completamente la conoscenza dell'anestesista delle caratteristiche funzionali di base delle macchine d'anestesia.

Ventilazione in anestesia: stato dell'arte (Seconda parte)

DA: *Current Anaesthesia & Critical Care* 21 (2010) 244e249

Come ventilare il nostro paziente in sala operatoria

L'anestesiologia è una specialità medica ad alta complessità. Lo specialista deve conoscere la fisica e la fisiopatologia delle funzioni d'organo, deve avere familiarità con la farmacologia di numerosi farmaci, deve avere competenza ed esperienza nell'anestesia locoregionale e nel trattamento del dolore, conoscere il monitoraggio moderno come anche una miriade di altri aspetti della pratica in sala operatoria.

Tra tutte queste competenze la ventilazione meccanica e la gestione della ventilazione del paziente è indubbiamente una delle problematiche più importanti. Nonostante questo, non sono disponibili dati recenti su come sono ventilati i pazienti durante l'anestesia generale ed è improbabile che ci siano grandi differenze nel mondo.

Le macchine d'anestesia sono di solito usate con un circuito rotatorio usando una ventilazione controllata a volume con un volume corrente (TV) tra 8 e 12 ml/Kg di peso, una frequenza respiratoria tra 10 e 15 atti per minuto il mantenimento della EtCO₂ intorno a 35 mmHg o 4,5-5 kPa con un rapporto I/E di 1/2 e di solito senza PEEP.

Oggi sappiamo che queste impostazioni non sono adeguate per la maggior parte dei pazienti in cui questa impostazione determina atelettasia, altera la meccanica respiratoria e gli scambi dei gas e può indurre infiammazione polmonare.

Una revisione dettagliata delle conseguenze polmonari della ventilazione meccanica durante l'anestesia generale è stata recentemente pubblicata da Hans. Questi effetti secondari possono contribuire alle complicanze respiratorie postoperatorie e possono interessare la morbilità e la mortalità.

Sono cambiate le nostre conoscenze sulle modalità di applicare la ventilazione meccanica in sala operatoria. Attualmente sono applicate nuove strategie protettive e manovre di reclutamento sebbene gli effetti sulla prognosi non sono ancora noti. Sono state messe a punto nuove macchine d'anestesia che comprendono modalità di ventilazione a pressione che presentano dei potenziali vantaggi rispetto alla ventilazione classica a volume controllato.

Come ventilare il nostro paziente in sala operatoria

Manovre di reclutamento polmonare nel collasso alveolare indotto dall'anestesia

INTRODUZIONE

L'atelettasia indotta dall'anestesia è un'entità ben nota osservata in circa il 90% dei pazienti sottoposti ad anestesia generale.

Il collasso inizia con l'induzione dell'anestesia e permane numerose ore dopo la fine dell'intervento.

Il collasso polmonare non dipende dall'età, dal genere, dai farmaci anestetici o dai miorelaxanti. Il collasso polmonare può interessare tutti gli alveoli, i bronchioli respiratori (chiusura delle vie aeree) e/o i capillari polmonari.

Le alterazioni funzionali delle unità polmonari rendono la ventilazione e la perfusione distribuite in modo eterogeneo nel parenchima polmonare. Le ovvie conseguenze sono un'alterazione degli scambi dei gas per alterata funzionalità locale della membrana alveolo-capil-

lare. L'alterato rapporto ventilazione/perfusione (V/Q) osservato è dovuto a un aumento degli shunt per un aumento del numero di unità polmonari a basso rapporto V/Q nelle zone di polmone dorsali e per aumento dello spazio morto nelle unità di polmone ad alto rapporto V/Q nelle zone più ventrali del polmone.

Il meccanismo del collasso polmonare può essere multifattoriale. Può essere dovuto alla perdita di tono dei muscoli respiratori per un effetto centrale degli anestetici, a uno spostamento del sangue fuori dal torace, all'inattivazione del surfattante da parte degli anestetici o tra i tanti altri fattori al cambiamento della forma del torace.

C'è una forte evidenza che il fattore chiave alla base del collasso polmonare è la disfunzione del diaframma osservata durante l'anestesia.

Si ritiene che la pressione addominale è trasmessa nella gabbia toracica in conseguenza di questa disfunzione diaframmatica e comprime il parenchima polmonare nelle zone più dipendenti.

Queste sono le zone polmonari con pressione trans-polmonare più bassa (Ptp) e pertanto sono predisposte al collasso alla fine dell'espansione. Questa modalità di collasso polmonare è indicata come atelettasia compressiva.

Altri importanti fattori correlati al collasso polmonare sono l'elevata FiO₂ usata durante l'induzione dell'anestesia. L'elevata FiO₂ induce atelettasia per riassorbimento dell'O₂ nelle aree polmonari con basso rapporto V/Q, poiché la velocità della diffusione dell'O₂ dagli alveoli nel sangue capillare è maggiore della quantità di gas che entra in queste unità scarsamente ventilate. La conseguenza è una progressiva perdita di volume nelle unità polmonari fino a quando si ha un collasso polmonare.

Le atelettasie da riassorbimento si manifestano soprattutto nei soggetti in cui è presente un certo numero di zone con basso rapporto V/Q come nei fumatori o nelle persone anziane. Tuttavia, se l'anestesia riduce la capacità funzionale residua (FRC) e altera la ventilazione in molte zone dipendenti del polmone in quasi tutti i pazienti, le atelettasie da riassorbimento possono essere osservate anche nei pazienti giovani con polmoni sani.

Il collasso polmonare si accompagna a conseguenze cliniche negative e complicanze che influenzano la prognosi del paziente. Non è facile mettere in correlazione il collasso polmonare e le complicanze respiratorie tardive poiché la diagnosi di atelettasia al letto del paziente non è facile.

La TAC evidenzia che circa il 90% dei pazienti sviluppa atelettasie durante l'anestesia, che non si evidenziano alla semplice radiografia del torace. Pertanto, per la difficoltà della diagnosi del collasso polmonare al letto del paziente con la tecnologia standard il legame tra atelettasia, complicanze respiratorie e prognosi del paziente è impossibile da stabilire con precisione.

Le conseguenze più importanti del collasso polmonare sono quelle associate al peggioramento nello scambio dei gas (ipossia e ipercapnia), la riduzione del contenuto arterioso di ossigeno e la liberazione di ossigeno ai tessuti.

Questo è il motivo per cui è necessaria una FiO₂ maggiore del 21% durante l'anestesia e nell'immediato postoperatorio. Maggiori sono gli shunt polmonari, maggiore è la FiO₂ necessaria nel perioperatorio per evitare l'ipossiemia.

In gruppi particolari di pazienti (grandi obesi o pazienti critici per cause diverse) e tipi di chirurgia (cardiaca, toracica, laparoscopi-



ca), l'ipossiemia si può osservare quando si usa una FiO₂ elevata.

L'aumento della FiO₂ è efficace per trattare "il sintomo" ma non il meccanismo fisiopatologico alla base dell'ipossiemia e dell'ipercapnia. Inoltre l'aumento della FiO₂ favorisce l'atelettasia da riassorbimento e può alterare il rapporto V/Q dopo l'intervento.

Oltre al noto effetto dannoso dell'ipossiemia acuta e/o dell'ipercapnia, la persistenza di un basso contenuto arterioso di ossigeno e della sua liberazione ai tessuti, si accompagna a insufficienza d'organo causata da uno squilibrio locale tra apporto e richiesta di O₂.

La ridotta diuresi e una predisposizione alla traslocazione batterica nell'intestino sono entrambi esempi clinici che si ritiene siano dovuti a un inadeguato apporto di O₂ ai tessuti. Nel postoperatorio, un basso apporto di O₂ determina l'infezione della parete, nausea, vomito e ischemia miocardica acuta.

Un'altra importante complicanza del collasso polmonare è il danno polmonare indotto dalla ventilazione meccanica. C'è un'evidenza crescente che dimostra che la ventilazione in pressione positiva induce un danno polmonare quando i polmoni sono parzialmente collassati, non solo nei polmoni malati ma anche in quelli sani. Il collasso polmonare che determina un danno polmonare può essere dovuto a 2 meccanismi principali:

1. Uno dei meccanismi è rappresentato dallo stiramento e dallo stress che le zone normalmente aerate soffrono quando ricevono un volume e una pressione positiva eccessivi.

Se le zone collassate non possono essere reclutate completamente usando un'impostazione della ventilazione standard, il flusso inspiratorio non è in grado di ventilare quelle aree.

Queste sono le zone del polmone poste più ventralmente rispetto al piano gravitazionale.

2. L'altro meccanismo è il reclutamento ricorrente; ad esempio ripetendo un reclutamento inspiratorio seguito da un collasso espiratorio indotto dalla ventilazione mecca-

nica in molte unità polmonari. Questo tipo di meccanismo si ha in quelle zone polmonari dove la loro apertura (pressione di plateau) e chiusura (PEEP) cade nel range di ripetizione ciclica. Il parenchima coinvolto soffre uno stress in cui la forza scaricata sulle pareti bronchiolari/alveolari è di circa 100 cm H₂O.

3. Studi clinici e sperimentali hanno rilevato una progressiva alterazione della funzione immunitaria nei polmoni sani durante l'anestesia e l'intervento chirurgico. Un modello di ventilazione dannoso con un TV elevato e una bassa PEEP ha determinato un aumento della produzione di citochine osservato nei campioni del lavaggio bronco-alveolare. Questa relazione tra la risposta infiammatoria e le dimensioni del volume corrente si correla con la mortalità nel danno polmonare acuto; quando si riduce il volume corrente a 6 ml/Kg si ha un aumento della sopravvivenza. Le conseguenze e le complicanze del collasso del polmone nel polmone sano richiedono una soluzione di là dall'effetto cosmetico dell'aumento della FiO₂ nel perioperatorio.

Meccanismo del collasso e del reclutamento polmonare

Il collasso e il reclutamento polmonare sono fenomeni pressione-dipendenti poiché il principale fattore responsabile dell'integrità degli acini durante la ventilazione meccanica è la pressione transpolmonare (Ptp), cioè la differenza di pressione tra le vie aeree e lo spazio pleurico.

La gravità trasforma la pressione pleurica da negativa a positiva nelle zone polmonari dipendenti per il peso del tessuto polmonare all'interno del torace. Supponendo che la pressione nelle vie aeree è omogeneamente distribuita all'interno dei polmoni, il gradiente di pressione verticale nello spazio pleurico rende la Ptp inferiore nelle zone dipendenti rispetto alle zone polmonari non dipendenti.

Durante l'anestesia questo gradiente verticale della pressione pleurica è esagerata perché il diaframma è mal funzionante e viene spostato

verso l'alto dalla pressione addominale, comprimendo i polmoni nelle zone più bassa.

Ogni unità polmonare ha una pressione di chiusura o una soglia di Ptp a cui inizia a collapsare e una pressione di apertura o una soglia di Ptp a cui l'unità collapsata è di nuovo ventilata.

La pressione di chiusura si ha alla fine dell'inspirazione poiché la Ptp è la pressione delle vie aeree più bassa possibile durante questa parte del ciclo respiratorio meccanico. Al contrario, la pressione di apertura si raggiunge alla fine dell'inspirazione poiché questa pressione è la più alta.

L'equazione di Young Laplace spiega perché una formazione emisferica come l'alveolo necessita di una pressione elevata per aprirsi ma di una pressione più bassa per restare aperto in accordo con l'equazione: $P = 2T/r$.

Dove P è la pressione delle vie aeree, T è la tensione superficiale e r il raggio dell'unità polmonare. La P necessaria per aprire e mantenere aperte le unità polmonari è inversamente proporzionale al raggio. Ciò significa che il raggio di un'unità collapsata è corto e ha bisogno di una pressione alta durante l'inspirazione per aprirsi. In maniera opposta un'unità aperta con un grande raggio (a un valore normale di CFR) ha bisogno di una pressione delle vie aeree inferiore alla fine dell'espiazione per evitare il collasso.

Riassumendo possiamo dire che il reclutamento polmonare è un processo inspiratorio che si realizza con la pressione di plateau mentre il collasso alveolare è un fenomeno che si ha con l'espiazione, che può essere evitato mantenendo una pressione di fine espiazione maggiore della pressione di chiusura nelle zone dipendenti del polmone.

Trattamento del collasso polmonare

Il collasso polmonare può essere in parte prevenuto con 2 strategie principali: una di queste è l'uso di una pressione positiva continua (CPAP) durante l'induzione dell'anestesia.

Il meccanismo d'azione principale della CPAP è di evitare una riduzione della CFR mantenendo la pressione delle vie aeree più alta rispetto alla pressione di chiusura degli alveoli. È stato dimostrato nei pazienti che la quantità di atelettasie diminuisce quando si applica la CPAP durante l'induzione dell'anestesia.

Il problema è che la CPAP non è possibile nel paziente in apnea addormentato e che la maggior parte delle atelettasie si manifestano rapidamente quando si interrompe la CPAP durante la laringoscopia.

La seconda strategia per prevenire le atelettasie è quella di ridurre la FiO2 durante l'induzione. È ben noto che una FiO2 bassa riduce le atelettasie da riassorbimento nei polmoni con CFR ridotta, ma a costo di ridurre il tempo di apnea sicura durante la laringoscopia.

Questo è sicuramente una tecnica rischiosa poiché la ventilazione e/o l'intubazione difficile non si può prevedere con precisione in tutti i pazienti.

Entrambi queste strategie di prevenzione potrebbero avere un effetto sinergico anche se parziale sulla comparsa del collasso alveolare. Le manovre di reclutamento polmonare sono strategie ventilatorie in cui lo scopo principale è di recuperare le aree polmonari collapsate.

Queste manovre si basano su quanto descritto da Lachmann, qualche decennio fa, tenendo conto dell'equazione di Young Laplace: i polmoni possono essere aperti applicando una pressione alta nelle vie aeree e quindi, per mantenerle aperte nel tempo utilizzando una CPAP sufficiente Ci sono essenzialmente 2 tipi di manovre di reclutamento:

- La manovra di reclutamento con la CPAP che consiste nell'applicazione di una

pressione positiva continua alta nelle vie aeree per pochi secondi in un paziente che non respira.

- Le manovre cicliche, in cui la pressione delle vie aeree è aumentata in maniera graduale durante il normale ciclo respiratorio. La strategia di reclutamento alveolare (ARS) è una manovra ciclica che è stata originariamente utilizzata per risolvere il collasso polmonare nella fase intraoperatoria. L'ARS consiste di un aumento e in una diminuzione controllata della pressione delle vie aeree usando un'impostazione fissa nella ventilazione a pressione controllata (pressione inspiratoria di 15 cm H2O, una frequenza respiratoria tra 10 e 15 atti al minuto, un rapporto I:E 1:1 e una FiO2 di 1). L'ARS è costituita da 3 fasi ben definite il cui razionale è il seguente:

1. Fase di preconditionamento emodinamico. Il problema principale della ventilazione in pressione positiva è la possibilità di un'instabilità emodinamica nei pazienti ipovolemici.

Un'elevata pressione delle vie aeree riduce il precarico nel ventricolo destro e sinistro nei pazienti ipovolemici senza un effetto diretto sulla contrattilità miocardica. La conseguenza è una riduzione della portata cardiaca e della pressione arteriosa sistemica. Quest'evenienza emodinamica è trattata per ottenere un precarico adeguato con una somministrazione di liquidi per via endovenosa.

I pazienti con ipovolemia occulta (ad esempio una condizione ipovolemica inaspettata) rappresentano una sfida clinica per gli anestesisti perché l'applicazione di una PEEP può indurre episodi d'instabilità emodinamica nei pazienti. Per questo motivo si esegue un semplice test all'inizio dell'ARS chiamato fase emodinamica di preconditionamento.

Questo test fa parte dell'ARS e verifica la risposta emodinamica in presenza di 10 o 15 cm H2O di PEEP prima di raggiungere pressioni delle vie aeree più alte durante la fase di reclutamento. Questi valori di PEEP sono adeguati affinché un'ipovolemia occulta inizi a manifestarsi clinicamente. La manovra è interrotta se la pressione arteriosa media, la frequenza cardiaca e la portata cardiaca si modificano di un valore maggiore del 15-20% rispetto al valore di base o se la pressione arteriosa media scende sotto a 55 mm Hg. Se si osservano questi valori si riduce la PEEP a valori più sicuri.

L'ipovolemia occulta è trattata con infusione endovenosa di cristalloidi/colloidi prima di riprendere la manovra. La quantità di volume di liquidi da somministrare dipende dal grado d'ipovolemia, ma 3-5 ml/Kg di cristalloidi/colloidi dovrebbero essere sufficienti nella maggior parte dei casi.

La fase di preconditionamento fa parte dell'incremento progressivo a tappe di 5 cm H2O della PEEP, da 0 a 20 cm H2O. Ciascuna tappa della PEEP è mantenuta per almeno 5 atti respiratori.

Il medico deve dedicare pochi minuti a una PEEP di 10 o 15 cm H2O per valutare la risposta emodinamica descritta in precedenza. Quindi la manovra può continuare. Il razionale incremento a tappe della pressione delle vie aeree è quello di raggiungere un reclutamento progressivo con la pressione di plateau, mantenendo queste nuove aree reclutate aperte con la PEEP. Questa strategia riduce la forza e lo stress sul parenchima polmonare durante le manovre poiché l'aumento della pressione e del volume sono distribuite su una superficie di tessuto maggiore. Inoltre questo incremento a tappe della PEEP rende possibile un adattamento emodinamico. Lo scenario è diverso per le manovre di reclutamento con la CPAP che determina un forte e improvviso gradiente di pressione durante

le manovre e pertanto un'instabilità emodinamica più frequente.

2. Fase di reclutamento. È importante rilevare che l'effetto di reclutamento si osserva lungo il tratto ascendente della curva V/P dei polmoni. Questo si realizza attraverso un progressivo (anche se incompleto) effetto di reclutamento in tutti i momenti in cui la pressione di plateau aumenta a ogni tappa della PEEP durante la fase di preconditionamento emodinamico. Tuttavia la pressione di apertura per tutto il polmone si ha a circa 40 cm H2O di pressione alveolare in accordo con i risultati di Rothen. A questa pressione alveolare si aprono le ultime aree polmonari collapsate poste in zone polmonari molto dipendenti.

Questo è il motivo per cui questa fase dell'ARS si chiama "fase di reclutamento" nonostante un'importante quantità di tessuto polmonare è normalmente aerata durante la fase precedente.

Una volta che sia stata valutata e stabilizzata l'emodinamica del paziente la fase di reclutamento consiste in un incremento sia della pressione di insufflazione a 20 cm H2O sia della PEEP a 20 cm H2O per raggiungere la pressione di apertura a 40 cm di H2O della pressione di plateau. Una pressione d'insufflazione di 20 cm H2O di solito determina un TV sicuro di 8 ml/Kg. In questi pazienti con elevata compliance respiratoria la pressione d'insufflazione deve essere regolata su 15 cm H2O per evitare un TV alto. In questo caso, si deve aumentare la PEEP a 25 cm H2O con l'intenzione di raggiungere lo stesso livello di pressione di apertura, mantenendo il TV entro valori normali. Mantenendo questa impostazione per dieci respiri è sufficiente ad aprire l'intero polmone nei pazienti sani.

3. Fase di titolazione della riduzione della PEEP. Dal punto di vista accademico questa fase identifica la pressione di chiusura del polmone o il valore di PEEP a cui il polmone inizia a collapsare di nuovo nelle zone dipendenti del polmone. Pertanto la fase di titolazione della PEEP consiste in una progressiva riduzione della PEEP a tappe di 2 cm H2O dopo alcuni minuti.

Questa pressione di chiusura si può determinare osservando le atelettasie nelle immagini polmonari (TAC, MRI, tomografia a impedenza elettrica), un'improvvisa caduta della PaO2, un aumento improvviso dello spazio morto o ottenendo informazioni dalla cinetica della CO2 espirata. Una volta determinata questa pressione si applica una nuova fase di reclutamento per recuperare tutto il tessuto polmonare durante il processo di titolazione della PEEP.

La ventilazione di base è quindi ripresa con una strategia preventiva del trauma alveolare (TV bassa) ma impostando un valore di PEEP a pochi cm H2O sopra la pressione di chiusura. Questo livello di PEEP che tiene i polmoni aperti nel tempo dopo la fase di reclutamento è chiamata PEEP dei "polmoni aperti" (OL-PEEP). L'impostazione dell'OL-PEEP è un tema caldo in ventilazione meccanica poiché i metodi usati per rilevare questo livello di PEEP sono invasivi e tecnicamente impossibili da utilizzare al letto dei pazienti. In sala operatoria comunemente si applica un valore predefinito non solo della pressione di chiusura ma anche per quella di apertura.

Questi valori di riferimento derivano da studi fisiologici eseguiti nei pazienti anestetizzati. È stato calcolato che la pressione di apertura dei polmoni normali è di circa 40 cm H2O mentre la pressione di chiusura si ritiene compresa tra 5 e 15 cm H2O in relazione alle circostanze cliniche.

Risultati clinici, indicazioni e controindicazioni delle manovre di reclutamento polmonare

Risultati clinici, indicazioni e controindicazioni delle manovre di reclutamento polmonare

Le manovre di reclutamento polmonare durante la fase intraoperatoria sono state valutate estesamente negli ultimi anni. Sono state applicate con successo in pazienti di età diversa e in diversi tipi di chirurgia.

La principale risposta clinica alle manovre di reclutamento è data da un miglioramento della funzionalità polmonare come osservato nel miglioramento degli scambi gassosi e nell'efficacia ventilatoria. Questi risultati sono la conseguenza del trattamento di zone a ridotta ventilazione (vie aeree chiuse) e di shunt (atelettasie) con l'applicazione delle manovre.

Questi studi clinici e i dati sperimentali hanno dimostrato che le manovre di reclutamento sono sicure per i pazienti.

Se la compliance respiratoria e la resistenza delle vie aeree migliorano dopo il reclutamento, la possibilità di sovradistensione di aree polmonari normali è ridotta poiché la ventilazione è distribuita più omogeneamente nel parenchima polmonare. Questo effetto è supportato dalla riduzione dello spazio morto osservato dopo le manovre di reclutamento che indica che i capillari polmonari non sono compressi dalla pressione alveolare.

Poiché il 90% dei pazienti sottoposti ad anestesia generale presenta un collasso polmonare, il reclutamento polmonare può essere applicato in pressoché tutti i pazienti anestetizzati.

Il restante 10% sono day surgery o chirurgia minore in soggetti giovani, sani e magri in cui si manifesta un collasso polmonare minimo. In questi pochi pazienti le manovre di reclutamento potrebbero non essere indicate.

Al contrario, nella chirurgia media e maggiore nei pazienti con ASA >2 è possibile migliorare le condizioni cliniche con le manovre di reclutamento polmonare. L'ARS deve essere eseguita una volta dopo l'induzione dell'anestesia per avere i vantaggi clinici durante tutta la chirurgia. Agni volta che le vie aeree sono aperte all'atmosfera (disconnessione del tubo endotracheale dal circuito d'anestesia) si deve eseguire una nuova manovra di reclutamento in quanto il collasso polmonare avviene in pochi secondi. Pertanto è indispensabile evitare la disconnessione del circuito durante l'intervento fino all'estubazione del paziente alla fine dell'anestesia.

Le manovre di reclutamento sono controindicate in quei pazienti in cui le vie aeree non sono chiuse con un tubo endotracheale cuffiato (maschera laringea o facciale).

Nei pazienti emodinamicamente instabili per qualsiasi motivo, soprattutto quelli ipovolemici, le manovre di reclutamento polmonare sono controindicate fino al raggiungimento di una condizione stabile adeguata al trattamento. I pazienti con broncospasmo, fistola bronchiale, pneumotorace o pressione intracranica alta non sono idonei.

Conclusioni

Il collasso polmonare durante l'anestesia generale è un'entità ben descritta che spiega le alterazioni funzionali dei polmoni e la maggior parte delle complicanze respiratorie osservate nel perioperatorio. Il collasso può essere facilmente risolto con le manovre di reclutamento polmonare. Queste manovre normalizzano la funzionalità polmonare che si manifesta con un aumento dell'ossigenazione arteriosa e della compliance respiratoria e una riduzione dello spazio morto.

I danni indotti dal ventilatore sono teoricamente minimizzati o evitati dalle manovre di reclutamento polmonare in quanto può essere impostata una ventilazione protettiva in polmone con CFR normale, senza lo stress e lo stiramento che la ventilazione meccanica causa nei polmoni collapsati.

“Medici e professioni sanitarie: un dialogo mai interrotto”

L'intervento del Presidente AAROI-EMAC alla Tavola Rotonda organizzata dall'OdM di Bologna



Lo scorso 15 Ottobre, l'Ordine dei Medici di Bologna ha organizzato una Tavola Rotonda dal titolo “Medici e professioni sanitarie: un dialogo mai interrotto”. Un incontro che ha messo a confronto, tra gli altri, la FNOMCeO, l'IPASVI e il Ministero della Salute.

L'AAROI-EMAC ha accolto l'invito considerando un'occasione importante per poter riprendere - come ha sottolineato il Presidente Alessandro Vergallo - un dialogo che in realtà qualche interruzione l'ha subita, sin da quando la “Cabina di Regia”, progettata su input del Ministero della Salute per gestire le problematiche derivanti dall'implementazione delle competenze infermieristiche, si è arenata a causa di una preponderante avanzata delle stesse priva di ogni condivisione e di ogni accordo con i Medici.

Di seguito il testo dell'intervento del Presidente Nazionale AAROI-EMAC:

“Le criticità che oggi investono l'intero mondo del Sistema Sanitario riguardano sia i rapporti tra Cittadini e Operatori Sanitari, sia quelli tra i Professionisti Medici e non

medici, sia quelli all'interno di ciascuna professione.

I rapporti tra Cittadini e Operatori Sanitari risentono senza dubbio della responsabilità di una certa diffusione mediatica di facili speranze di salute che travalicano le possibilità reali della scienza medica, e di altrettanto facili accuse di malasana, diffusione che ha finora causato una credulità popolare sconfinante quasi in un'aspettativa di salute e di vita da doversi garantire all'infinito.

I rapporti tra i Professionisti Medici e non medici, in primis gli Infermieri, sono stati viziati da una politica che è entrata in tali rapporti a gamba tesa, non solo direttamente, ma anche attraverso commistioni di rappresentanza professionale, che in certi casi hanno portato ad affermare che alla professione infermieristica, numericamente e politicamente preponderante sino a poter minacciare azioni parlamentari a proprio vantaggio, spetterebbe “la parte del leone”. Non è su questi presupposti che può esserci dialogo.

Oggi, a livello ordinistico medico e collegiale infermieristico, l'avvicinamento delle rappresentanze di vertice delle due professioni può rappresentare un elemento favorente il dialogo, a patto che l'evoluzione professionale non significhi che la professione infermieristica, come finora è stato progettato, progredisca a discapito di quella medica, ma vi sia una coevoluzione che si ponga come obiettivo comune la miglior cura e assistenza sanitaria possibile da poter offrire al cittadino.

Gli ambiti di cura maggiormente interessati dai conflitti interprofessionali tra i medici e gli infermieri, senza tralasciare i conflitti tra gli infermieri e gli altri operatori sanitari, riguardano le cronicità e l'emergenza-urgenza, mentre negli ambiti di cura intermedii, sia ospedalieri che territoriali, i conflitti di competenze sono senz'altro minori.

I rapporti all'interno di ciascuna professione sono resi sempre più tesi dal medesimo preconcetto che oggi viene propagandato come vessillo di efficienza e di economicismo, riassumibile nell'aforisma “chi sa fare fa”, che ha condizionato lo svilimento del valore dei titoli di studio indispensabili per poter svolgere attività professionali per le quali è necessaria una precisa qualifica professionale, e nei casi di maggior rilievo, specialistica.

Nella professione infermieristica, il problema che emergerà è il progressivo passaggio di un discreto numero, in valore assoluto, di Infermieri non soltanto nella “dirigenza”, ma dalle corsie negli uffici: quando i loro colleghi si accorgeranno che la loro sbandierata “evoluzione di competenze” è strumentale soprattutto alla carriera di una ristretta minoranza che anela a svincolarsi dall'assistenza al paziente, questo problema si rivelerà nell'imponenza che finora è stata nascosta.

All'interno della professione medica, per quanto riguarda principalmente gli Anestesiisti Rianimatori e i Medici di Emergenza-Area Critica, i primi, pur avendogli dato vita, vengono arbitrariamente esclusi dal Sistema di Emergenza-Urgenza, e gli altri vengono sempre più reclamati dalla Medicina di Base, che proditoriamente, anche attraverso il cosiddetto “b16”, pretende di ridurre a succursale della “continuità assistenziale” (denominazione altisonante per riclassificare la “guardia medica territoriale notturna e festiva”) il Sistema 118, che per sua natura e finalità è invece una messa a disposizione sul territorio di professionalità specialistiche ospedaliere, le quali non possono essere di certo acquisite con qualche corso di poche ore gestito dalla Medicina di Base”. La Medicina di Base si occupi del servizio sanitario che talvolta, ancora oggi, non è in grado di garantire, evitando per esempio l'overcrowding dei Pronti Soccorso, ed il ricorso improprio al 118, per patologie che con l'emergenza e l'urgenza poco hanno a che fare. La confusione di ruoli, sia tra le professioni, sia all'interno delle professioni, non giova al cittadino, ma a chi da questa confusione spera di ricavare vantaggi corporativi a scapito della qualità delle cure.

Non sarà certo l'AAROI-EMAC a difendere il mito secondo il quale su ogni mezzo di soccorso di emergenza-urgenza territoriale debba esserci un medico, qualunque esso sia. Molto meglio un Sistema nel quale vi siano, opportunamente distribuiti, mezzi infermierizzati e mezzi medicalizzati, questi ultimi con medici specialisti in Anestesia e Rianimazione e in Medicina d'Urgenza, non certo con medici di altra provenienza specialistica, né, tantomeno, con medici “di famiglia”, da occupare in questo settore come “lavoratori socialmente utili”.

CENTRO AAROI-EMAC “SimuLearn®”: CALENDARIO CORSI PRIMO SEMESTRE 2017

È molto ricco il calendario del primo semestre 2017 proposto dal Centro AAROI-EMAC “SimuLearn®” di Bologna. Dopo il successo dei nuovi Corsi ACLS CRM e H-MIMMS (Hospital Major Incident Medical Management and Support), lanciati nel 2016, si aggiunge quest'anno una nuova proposta: il Corso Avanzato di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione.

Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il “Modulo di iscrizione” disponibile sul sito www.aaroiemac.it, dove sono pubblicate tutte le informazioni di riferimento. Tutti i Corsi prevedono la priorità riservata agli Iscritti all'AAROI-EMAC da almeno un anno, e il pagamento di una quota di partecipazione alle spese. Tale quota è diversificata in base alla tipologia dei Corsi e ai loro costi sostenuti dall'AAROI-EMAC, che hanno importi di gran lunga maggiori, come evidente in base al raffronto con analoghi eventi formativi offerti da altri.

Per ulteriori ragguagli, è possibile rivolgersi al seguente recapito telefonico: 051.18899425

Corso Base di Gestione delle aritmie cardiache durante l'intervento chirurgico con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 15/Giovedì 16 Febbraio

Corso Base di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 23/Martedì 24 Gennaio

Lunedì 6/Martedì 7 Febbraio

Lunedì 13 / Martedì 14 Marzo

Lunedì 8/Martedì 9 Maggio

Lunedì 5/Martedì 6 Giugno

Corso Base di Ecografia In Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

Lunedì 16/Martedì 17 Gennaio

Lunedì 20/Martedì 21 Febbraio

Lunedì 20/Martedì 21 Marzo

Mercoledì 12/Giovedì 13 Aprile

Lunedì 22/Martedì 23 Maggio

Corso Base di Simulazione Medica Avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia

Lunedì 30/Martedì 31 Gennaio

Lunedì 27/Martedì 28 Febbraio

Lunedì 27/Martedì 28 Marzo

Lunedì 29/Martedì 30 Maggio

Lunedì 12/Martedì 13 Giugno

Corso ACLS-CRM

Lunedì 13/Martedì 14 Febbraio

Lunedì 6/Martedì 7 Marzo

Lunedì 3/Martedì 4 Aprile

Lunedì 15/Martedì 16 Maggio

Mercoledì 14/Giovedì 15 Giugno

Corso H-MIMMS - Hospital Major Incident Medical Management and Support

Mercoledì 22/Giovedì 23 Marzo

Corso Avanzato di Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione

Lunedì 10/Martedì 11 Aprile

Corso Avanzato di Ecografia in Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 7/Giovedì 8 Giugno

Corso Avanzato di Ecografia nel peri-arresto e nell'arresto cardiocircolatorio con Sistemi di Simulazione

Mercoledì 3/Giovedì 4 Maggio

AAROI-EMAC Sardegna

Accolto ricorso contro Asl 7 Carbonia

Condotta antisindacale per l'istituzione della Pronta Disponibilità sostitutiva

Riconosciuta la condotta antisindacale per la Asl n. 7 di Carbonia. Il Giudice del Lavoro del Tribunale di Cagliari ha parzialmente accolto il Ricorso presentato dall'AAROI-EMAC Sardegna nel Gennaio del 2016 in cui si segnalavano "plurimi comportamenti antisindacali" da parte dell'Azienda, a partire dal 2015.

In particolare, il documento depositato dall'Associazione individuava tre specifici episodi in cui era mancato il confronto con le OO.SS..

Il primo del Giugno 2015 riguardante la trasformazione del Servizio Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) da struttura semplice distrettuale a struttura semplice a valenza aziendale con la conseguente trasformazione organizzativa in Struttura del Dipartimento Aziendale ospedale territorio di Carbonia Iglesias, denominata Terapia del Dolore, cure palliative e Hospice. Decisione non preceduta da alcuna informazione e consultazione sindacale.

Il secondo episodio, strettamente correlato al primo, concerneva il conferimento dell'incarico di responsabile della struttura di cui sopra avvenuto omettendo il contenuto e la diffusione del relativo bando.

L'ultimo motivo del ricorso era stato il provvedimento d'istituzione del servizio di pronta disponibilità sostitutiva dei dirigenti

medici della struttura complessa di Anestesia e Rianimazione per lo svolgimento di prestazioni non programmabili nella neo struttura di terapia del dolore e l'organizzazione dei turni ordinari per lo svolgimento di prestazioni programmabili nella medesima struttura.

In particolare il documento di ricorso presentato dall'AAROI-EMAC Sardegna puntava il dito sulla *Determinazione 5648 del 27 novembre 2015* con la quale veniva disposto che gli Anestesiisti Rianimatori dovessero assicurare 24 ore di attività diurne programmate e un servizio di reperibilità per le attività non programmate in violazione di quanto previsto dall'articolo 6 del CCNL.

Di fronte al ricorso, l'Asl n. 7 di Carbonia ha ribadito la correttezza delle decisioni e del comportamento adottati e ha tentato di opporsi ritenendo l'AAROI-EMAC Sardegna "riconducibile ad una sigla che nè ha partecipato, nè sottoscritto il CCNL".

Nella Sentenza del 12 Settembre 2016, il Tribunale del Lavoro di Cagliari ha chiarito la questione a partire dal riconoscimento della legittimità di presentazione del ricorso da parte dell'AAROI-EMAC in quanto sigla firmataria del CCNL del 2005 e di altri contratti collettivi nazionali del comparto. Il Giudice parla inoltre di "una capillare presenza sul territorio nazionale che dal dato relativo all'ampia rappresentatività, invero superiore a quello vantato dalle organizzazioni sindacali affiliate alla CGIL, alla CISL ed alla UIL, le quali, senza alcun dubbio, costituiscono al pari dell'AAROI, associazioni nazionali nel significato richiesto dalla disposizione in parola".

Per quanto riguarda gli episodi segnalati, se per i primi due, il Tribunale non ha accolto il ricorso, nell'ultimo caso ha riconosciuto la condotta antisindacale dell'Azienda determinando "la sospensione degli effetti prodotti dai provvedimenti mediante

LEGISLATION



...
 i quali la stessa risulta essersi perfezionata e la revoca degli atti conseguentemente adottati come da dispositivo".

La motivazione alla base di una simile decisione sta nel fatto che "la materia concernente l'articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze e la organizzazione disciplinata delle strutture, servizi ed uffici è soggetta ad informazione preventiva...". "Al contrario - si legge nella Sentenza - l'amministrazione ha adottato tali regimi orari (relativi alle attività programmabili e non, dei dirigenti assegnati alla struttura anestesia e rianimazione, con creazione di turni di reperibilità diurna non contemplati dalla contrattazione collettiva e di un servizio di pronta disponibilità festivo/notturno) senza informare debitamente le organizzazioni sindacali

...
 Le condotte antisindacali descritte producono effetti permanenti sia con riguardo alla istituzione di una nuova struttura dipartimentale, la cui dotazione organica è ancora in fase di definizione, sia relativamente alla unilaterale fissazione delle modalità orarie di svolgimento della prestazione lavorativa dei dirigenti medici della struttura complessa Anestesia e Rianimazione".

Il testo completo della Sentenza è disponibile al link:
<http://sardegna.aaroiemac.it/website/sentenza-aaroi-emac-asl-7-carbonia-n953.html>

Sardegna, sospensione Provvedimento turni festivi

Arru prende posizione a favore dei Sindacati

Sospensione immediata della nota sui turni di lavoro festivi e infrasettimanali, d'intesa con i direttori generali delle aziende ospedaliere e Brotzu e con il commissario della ASL di Cagliari. È la decisione dell'assessore della Sanità, Luigi Arru, comunicata ai rappresentanti sindacali nei giorni scorsi.

Sulla questione era intervenuta l'AAROI-EMAC attraverso una diffida - pubblicata sul numero 2 2016 del Nuovo Anestesista Rianimatore - alle Asl della Sardegna, condivisa con altre Organizzazioni Sindacali.

A distanza di alcuni mesi la situazione sembra sbloccarsi grazie

anche alla decisa presa di posizione dell'Assessore.

"Direttori e commissario hanno preso quel provvedimento dopo ben due pareri dell'Aran - ha ricordato Arru -, pareri sui quali non sono politicamente d'accordo.

Daremo massimo supporto alle direzioni delle aziende e valutiamo se ritirare del tutto le note inviate nei giorni scorsi. Solleverò il problema a livello nazionale, ha detto ancora Arru, perché si tratta di una questione estremamente delicata e di livello sovregionale".

AAROI-EMAC Emilia Romagna

I Sindacati sottoscrivono l'Accordo

Risultato raggiunto dopo una protesta compatta di 16 Sigle

Una denuncia "ad alta voce", prima attraverso un documento congiunto, poi con una conferenza stampa in cui i Relatori hanno evitato "giri di parole" andando dritto al sodo.

Riunite intorno al tavolo 16 sigle sindacali della Dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e di tutto il personale che lavora nel Servizio Sanitario dell'Emilia Romagna, rappresentative di 24 Organizzazioni Sindacali - tra cui l'AAROI-EMAC -, hanno lanciato l'allarme.

La sanità dell'Emilia Romagna, sebbene si tratti di una Regione universalmente riconosciuta come virtuosa - secondo i Sindacati - corre il rischio di perdere la propria caratteristica di eccellenza, imboccando la strada della decadenza attraverso scelte politiche tutt'altro che vincenti.

Diverse le criticità contro cui le OO.SS. hanno puntato il dito, a partire dall'assenza di relazioni sindacali che hanno prodotto il mancato coinvolgimento dei Medici nelle scelte sanitarie della Regione. Tra gli altri punti sottolineati nel documento congiunto:

- condizioni lavorative esasperate in molti delicati settori dell'assistenza;
- scarse risorse economiche aggiuntive e molte sottratte a quelle stanziare nei contratti;
- proliferare di reclutamento di personale con contratti di lavoro atipico e addirittura attraverso cooperative;
- mancanza di una reale valorizzazione del territorio nel contesto del riordino ospedaliero;
- sempre più diffusa inadempienza di parte pubblica a impegni liberamente sottoscritti;
- mancato rispetto di norme e contratti.

"Il ricorso a contratti atipici e a gettonisti, anche a copertura dei turni di guardia notturni sembra essere sempre più diffuso - ha sottolineato la Presidente AAROI-EMAC Emilia Romagna, Teresa Matarazzo -. In questo modo oltre a violare apertamente le norme previste per il reclutamento del personale nel SSN, si rischia di avere ripercussioni serie sulla sicurezza dei pazienti e sulla continuità assistenziale".

Nei giorni successivi alla Conferenza Stampa i Sindacati sono stati convocati in un incontro con il presidente della Regione, Stefano Bonaccini, l'assessore regionale alle Politiche per la salute, Sergio Venturi e la direttrice generale dell'assessorato, Licia Petrapulacos che hanno presentato alle sigle sindacali la proposta di un accordo quadro.

Tale proposta si è trasformata - dopo successivi incontri - nell'"Accordo in merito alle politiche regionali d'innovazione e qualificazione del Sistema Sanitario" sottoscritto dalla Regione Emilia Romagna e dai Sindacati della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria. Un risultato raggiunto lo scorso 28 Novembre che mette sul piatto 174 stabilizzazioni e 100 nuove assunzioni principalmente nell'area medica con una copertura del turn over del 90%. Vengono, inoltre, confermati i contratti in essere dei 149 medici reclutati per vincere la sfida della riduzione delle liste di attesa, con



i tempi per visite ed esami specialistici riportati entro i 30 e 60 giorni praticamente nella totalità dei casi.

L'intesa prevede anche la formulazione di Linee di indirizzo per garantire e tutelare la genitorialità e fornire indirizzi vincolanti in tema di sostituzioni per assenze per maternità e paternità. Prevista l'apertura di un tavolo di confronto, dedicato alle politiche occupazionali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA del SSR a cui le Aziende dovranno fornire tempestivamente i dati necessari, e a partire da metà dicembre la calendarizzazione di incontri mensili. Un tavolo tecnico, in specifico, sarà dedicato all'emergenza urgenza. Nell'ambito del processo di stabilizzazione viene previsto il superamento dei contratti libero professionali con la trasformazione di almeno l'80% di quelli in essere con contratti a tempo determinato entro il 2019.

Un paragrafo dell'Accordo riguarda la valorizzazione, con 1 milione di euro, del personale del SSR impegnato, in particolare, nell'attività di tutoraggio dei medici in formazione nelle scuole di specializzazione.

Il testo integrale è disponibile sul sito AAROI-EMAC Emilia - Romagna:
<http://emilia-romagna.aaroiemac.it/>

AAROI-EMAC Umbria

Il TAR: l'UDI dell'Azienda Ospedaliera di Perugia deve essere chiusa

Accolto il ricorso di AAROI-EMAC e CIMO

Il TAR Umbria con la Sentenza del 10 Novembre 2016 ha accolto il ricorso delle Associazioni Sindacali CIMO Umbria (con il Dott Marco Coccetta) e AAROI-EMAC Umbria (con il Dott Alvaro Chianella), entrambi difesi dall'Avv. Romina Pitoni del Foro di Terni, ritenendo illegittima l'Unità di Degenza Infermieristica (cd UDI) istituita presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia e la Deliberazione di Giunta Regionale 1084 del 22.09.2015 che aveva avvalorato detta modalità organizzativa.

La decisione costituisce un precedente unico nel panorama nazionale avendo ritenuto, contrariamente a quanto sostenuto dalla Regione Umbria, detto modello organizzativo non conforme e anzi in contrasto con la normativa nazionale e regionale a tutela del diritto alla salute dell'individuo/paziente che richiede l'intervento coordinato (e non temporalmente disgiunto) del medico e dell'infermiere.

Secondo il TAR Umbria "... il Piano Sanitario Regionale non prevede l'UDI dunque la sua istituzione con delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera risulta illegittima"; l'U.D.I., prosegue il TAR, è foriera di "confusione di ruoli tra personale medico ed infermieristico", spettando soltanto al medico la gestione del percorso terapeutico e clinico del paziente e all'infermiere quello assistenziale. Diversamente "si verrebbe a creare una traslazione delle responsabilità, non consentita dall'ordinamento".

Soddisfazione per le OO.SS. per il risultato ottenuto ritenendo la sentenza espressione di una decisione equilibrata a tutela non solo dei compiti e delle responsabilità del medico ma anche degli infermieri e soprattutto a garanzia della salute dei cittadini. Resta il grande rammarico dei Sindacati ricorrenti di non esser stati ascoltati dalla Regione Umbria, come purtroppo ultimamente troppo spesso accade, e di esser stati costretti a ricorrere al Tribunale amministrativo al fine di garantire e tutelare i percorsi assistenziali, nell'interesse della salute del cittadino e per la tutela delle professionalità tutte, quelle dei medici e degli infermieri, che nel SSN credono ed operano.

Opzione Donna: una mini proroga insufficiente

Nella Legge di Bilancio un emendamento per l'accesso alla pensione anticipata



Arriva dalla Camera l'estensione per l'accesso alla pensione anticipata tramite Opzione Donna.

Si tratta, tuttavia, di una semplice correzione della disposizione originaria che, per causa della "aspettativa di vita" aveva lasciato fuori le donne nate nel quarto trimestre del 1957 e del 1958.

Le porte dell'Inps si apriranno, quindi, per le pensionande dell'ultimo trimestre 57 e 58 (a seconda che siano dipendenti o autonome) con almeno 35 anni di versamenti maturati al 31/12 del 2015. Cioè secondo i requisiti originari non incrementati alla speranza di vita.

Nell'emendamento si legge, anche, che la decorrenza alla quiescenza potrà partire in qualsiasi momento dopo la prima maturazione del diritto, cioè ad un anno dall'ottenimento del requisito.

Ma, ed è questa la novità che riduce fortemente l'entusiasmo di essere riusciti a recuperare le lavoratrici che si erano trovate tagliate fuori dall'opzione per tre mesi, ai fini dell'accesso alla pensione, però, dovranno aspettare, anche, i 57 anni e 7 mesi (58 anni e 7 mesi le autonome) d'età, a partire dalla quale, poi, far decorrere la «finestra» di 12/18 mesi che fissa il giorno d'erogazione della prima rata di pensione. A stabilirlo è l'art. 33-bis introdotto al DDL Bilancio 2017 da un emendamento approvato dalla Commissione Bilancio della Camera.

La proroga favorisce le donne classe 1958 (1957 le autonome) che, sfortunatamente, avendo compiuto i 57 anni nell'ultimo trimestre del 2015, erano rimaste escluse dall'opzione (circa 4.130 lavoratrici).

L'Opzione Donna è un regime sperimentale introdotto dalla legge n. 243 del 2004 (riforma Maroni) a favore delle lavoratrici donne, sia del settore pubblico che del privato, titolari di un rapporto di lavoro dipendente o autonomo. L'opzione consente di andare in pensione prima rispetto ai requisiti ordinari ma ad una condizione fortemente restrittiva: optare per il calcolo contributivo del trattamento pensionistico.

Originariamente, richiedeva i seguenti requisiti da maturare entro il 31 dicembre 2015: almeno 35 anni di contributi e un'età non inferiore a 57 anni e (58 anni per le lavoratrici autonome).

Dal 1° gennaio 2013 l'età è salita di tre mesi per via della speranza di vita e, pertanto, attualmente l'opzione richiede i seguenti requisiti maturati al 31 dicembre 2015: almeno 35 anni di contributi e un'età non inferiore a 57 anni e tre mesi (58 anni e tre mesi le autonome).

Chi si avvale dell'Opzione Donna soggiace anche alla cd «finestra

mobile» di pensionamento: un periodo di 12 mesi nel caso delle dipendenti e di 18 mesi delle autonome che deve trascorrere prima della liquidazione della pensione.

Il comma 2 dell'art. 33-bis, per aggravare la condizione già restrittiva dell'opzione, aggiunge che rimangono fermi gli incrementi delle speranze di vita ai fini dell'accesso alla pensione, nonché la finestra mobile. In pratica, ciò vuol dire che il diritto vero e proprio alla pensione scatta all'età di 57 anni e 7 mesi (58 anni e 7 mesi alle autonome), perché ci sono stati due incrementi della speranza di vita (3 mesi nel 2013 e altri 4 mesi quest'anno) e che l'effettiva erogazione della pensione avverrà trascorsi altri 12/18 mesi dal giorno di compimento dei 57 anni e 7 mesi (58 anni e 7 mesi le autonome), con un trattamento ridotto del 20/25 per cento in relazione al calcolo integralmente contributivo rispetto al più favorevole calcolo retributivo.

E c'è, comunque, chi continua a sperare che con i risparmi si possa ottenere una ulteriore proroga di Opzione donna possibilmente fino al 2018.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 24 Novembre 2016

Connessi&Informati

sul sito www.aaroiemac.it
i Commenti dell'Esperto
sulla Legge di Bilancio 2017
a cura di Claudio Testuzza

In ricordo del Professor Gismondi

Il 15 novembre u.s. è deceduto il Prof. Antonio Gismondi, nato a Cerreto Sannita (BN) nel 1926 e Primario di Anestesia e Rianimazione a Lecce dal 1966 al 1996.



Attenzione al particolare mai disgiunta da una visione d'insieme, intuito, concretezza, perseveranza sono stati i suoi punti di forza nell'attività clinica. Capacità di motivare e spinta costante all'aggiornamento hanno caratterizzato il rapporto con noi Suoi allievi. Esigente con se stesso ha dato esempio di una dedizione totale agli ammalati. Capacità di individuare strade nuove e mentalità sempre aperta alle innovazioni hanno caratterizzato il suo impegno assistenziale e didattico. Centro di rianimazione, ossigenoterapia iperbarica, centro antiveleni, prelievo di organi, attivazione del 118, neuro riabilitazione in terapia intensiva - sono stati alcuni settori di cui è stato protagonista assoluto.

È stato punto di riferimento per generazioni di medici ed infermieri, anche di altre branche.

Ha organizzato nel Salento - ad Alimini di Otranto - congressi internazionali ancora vivi nel ricordo di chi ha partecipato, promuovendo anche la conoscenza del nostro territorio di cui lui, campano di origine ma salentino d'adozione, andava fiero.

Silvio Colonna

SENTENZA / 2

Condannabile l'addetto del 118 che ritarda l'invio del soccorso

Non erano state acquisite le informazioni complete



L'Operatore di 118 che non acquisisce in maniera completa le informazioni e che, a causa di questa inadempienza, non risponde correttamente alla richiesta di soccorso è passibile di condanna.

Lo stabilisce la Sentenza 40036 della Corte di Cassazione - Sezione IV Penale del 27 Settembre 2016 che ha giudicato condannabile per negligenza un addetto del 118 per non aver provveduto ad inviare tempestivamente un'ambulanza con Anestesista Rianimatore a bordo per un grave caso di crisi epilettica.

La Sentenza si riferisce alla vicenda di un ragazzo siciliano morto in seguito a un attacco epilettico. Nonostante la richiesta di soccorso da parte della madre, l'ambulanza che avrebbe potuto salvargli la vita, intervenne dopo oltre 30 minuti rispetto alla prima chiamata al 118, sprovvista del medico rianimatore e delle attrezzature necessarie per soccorrere il giovane.

Stando alla Suprema Corte, nonostante l'insistenza nel corso della prima richiesta d'aiuto, l'addetto del 118 non aveva effettuato tutte le verifiche necessarie a valutare la gravità del paziente. "Tale omissione - si legge nella Sentenza - non aveva consentito all'operatore di comprendere la criticità della situazione e la possibile evoluzione negativa della crisi epilettica".

Soltanto dopo una seconda chiamata di richiesta di soccorso, l'operatore aveva deciso di inviare l'ambulanza. La macchina da lui inviata era, però, non adeguata alla situazione emergenziale che nel frattempo si era venuta a creare al punto che non era stato possibile salvare il giovane paziente colpito da arresto cardiocircolatorio consecutivo alle crisi epilettiche.

Sulla base dei fatti, l'operatore è stato ritenuto colpevole di grave negligenza. Inoltre lo stesso addetto è colpevole di leggerezza e superficialità e può essere accusato, assieme all'ospedale di riferimento, di "mancata presa in carico del paziente".

Come dimostrano le registrazioni acquisite dal Giudice, l'operatore fornì informazioni fuorvianti ed elusive rispetto alla richiesta di una ambulanza con la conseguenza che "la richiesta urgente di intervento, piuttosto che evolvere nella direzione invocata dalla madre della vittima (ovvero il soccorso immediato), veniva 'paralizzata' dall'operatore, con un conseguente cambio di prospettiva".

In conclusione - si legge nella Sentenza - se l'Operatore "avesse esplorato, con la diligenza e il rispetto dei protocolli richiesti dal caso concreto, le reali condizioni del paziente, valutando l'urgenza dell'intervento, i progressi stati morbosi, la durata della crisi (che già si protraveva al momento del primo contatto), sarebbe stato in grado di fornire adeguate risposte all'interlocutore, veicolando l'assistenza necessaria nel ragionevole termine prospettato (un quarto d'ora, venti minuti); ovvero avrebbe indirizzato il richiedente verso il trasporto familiare, se ne avesse ravvisato la convenienza rispetto ai tempi di verosimile intervento e previa la constatazione di pratica realizzabilità".

SENTENZA / 1

Legittimità del diritto di critica nei confronti del superiore

La Sentenza della Corte di Cassazione

La Corte di Cassazione - Sezione lavoro nella Sentenza del 25 Ottobre 2016 n. 21649 si è pronunciata a favore del diritto di critica del dipendente nei confronti del proprio superiore.

Diritto che - secondo la Suprema Corte - va riconosciuto senza che si rischi il licenziamento.

La Sentenza si riferisce alla vicenda di un dipendente che - attraverso un documento scritto - si era rivolto nei confronti del capo prospettando alcuni aggiustamenti organizzativi.

In primo grado era stata confermata la legittimità del licenziamento, mentre nel secondo grado di giudizio, i Giudici avevano ribaltato la Sentenza ritenendo che la lettera dovesse essere inquadrata nell'esercizio del legittimo diritto di critica del dipendente.

La Corte di Cassazione ha ritenuto corretto il ragionamento dei giudici di secondo grado e ha chiarito che, in tema di esercizio del diritto di

critica da parte del lavoratore nei confronti del datore di lavoro, "il prestatore si era limitato a difendere la propria posizione soggettiva, senza travalicare così, con dolo o colpa grave, la soglia del rispetto della verità oggettiva con modalità e termini tali da non ledere gratuitamente il decoro del datore di lavoro o del proprio superiore gerarchico e determinare un pregiudizio per l'impresa".





Affrontare le maxi-emergenze in cui c'è una forte sproporzione tra feriti e soccorritori, un incidente di natura chimico-biologica o un attentato terroristico. Sono situazioni in cui l'organizzazione, la preparazione e la disponibilità di presidi adeguati fanno la differenza. Non solo, a tali requisiti va aggiunta la definizione di un coordinamento tra forze diverse, in primis tra quelle sanitarie e le forze dell'ordine.

Per far fronte a simili eventi complessi, in particolare quelli di stampo terroristico, è nato a Vicenza il NISS, il Nucleo Intervento Sanitario Speciale, messo a punto dalla Centrale Operativa del SUEM 118 diretta dal Dr Federico Politi e in cui i medici - i Dr Massimo Andreoni, la Dr.ssa Ornella Di Biase, il Dr Angelo Mariani, il Dr Stefano Menini, la Dr.ssa Federica Vian - sono tutti Anestesiisti Rianimatori, senza dubbio i più adeguati ad interventi in emergenza e maxi-emergenza.

L'idea nasce, oltre che dall'esperienza personale del Dr Politi, medico militare con un master in medicina delle catastrofi e partecipazione a corsi di emergenza in Israele e negli Stati Uniti, anche dalla consapevolezza di trovarsi in un territorio "sensibile" per la presenza della Base USA intorno alla quale gravitano oltre 10mila tra militari e civili americani.

Al Nucleo appartengono oltre ai medici, gli infermieri e gli autisti soccorritori del 118 che su base volontaria hanno seguito uno specifico percorso di formazione per essere operativi nel caso di un attacco terroristico.

La formazione parte dai corsi di autodifesa e di controllo dell'emotività in situazioni di stress per poi passare ad argomenti specifici come la conoscenza delle principali armi au-



quindi vanno attrezzati ad operare in modo diverso dal solito".

Particolari sono infatti anche le dotazioni predisposte: Il Niss dispone di un kit ideato appositamente che comprende - tra le altre cose - presidi che consentono interventi per bloccare emorragie e tamponare ferite in pochi secondi.

Per mettere a punto la formazione sono stati studiati i più recenti eventi terroristici di Parigi, Bruxelles e Nizza. Uno studio che ha consentito di confermare quanto sia importante il coordinamento dell'azione tra forze dell'ordine e sanitari che, quindi, vanno formati per agire in estrema sintonia.

Da una parte, ad esempio, il personale sanitario è stato istruito a procedere a sirene e lampeggianti spenti, ad attendere in sicurezza le «bonifiche» della polizia, ad intervenire strisciando o camminando carponi, a rimuovere i feriti il più velocemente possibile per metterli in punti sicuri.

Dall'altra parte per le forze dell'Ordine è stata predisposta una formazione ad hoc che ha tra gli altri obiettivi quello addestrare i poliziotti ad automedicarsi.

Pronti in caso di atti terroristici

A Vicenza nasce il NISS, Nucleo Intervento Sanitario Speciale

tomatiche e semiautomatiche, nozioni di balistica e degli effetti delle esplosioni, lezioni di tattica in caso di conflitto armato e tecniche di assistenza sanitaria in ambito terroristico.

"L'intervento in determinati contesti terroristici è completamente diverso rispetto a situazioni "ordinarie" di soccorso - spiega Politi -, come ad esempio incidenti stradali. Gli operatori sono esposti a un pericolo estremo,

Proprio lo scorso 19 e 20 Ottobre si è svolta una grande sessione formativa rivolta a 24 poliziotti al quale hanno partecipato, oltre ad alcuni membri del NISS, anche un militare americano. Divisi in squadre, i partecipanti sono stati messi di fronte a diverse situazioni di emergenza simulate attraverso l'utilizzo dei manichini (nelle fotografie in alto e in basso). Ustioni, arti amputati, compromissione delle vie aeree sono solo alcune delle emergenze che i partecipanti hanno dovuto affrontare.

Nella seconda giornata si è svolta una serie di esercitazioni con scenari diversi in orario serale durante le quali le forze dell'ordine e i sa-

nitari hanno simulato un intervento coordinato.

"La capacità operativa congiunta in un ambiente ostile è sicuramente uno degli elementi principali per la riuscita di un intervento di fronte ad accadimenti drammatici come un atto terroristico - spiega Politi - .

Il compito del NISS non è quello d'intervenire in azioni di antiterrorismo, ma di avere le competenze per affrontare il problema antiterroristico qualora vi incappassero loro malgrado e/o qualora dovessero prestare le cure sanitarie a persone colpite da atti terroristici sotto la copertura delle Forze dell'Ordine".



Un AR nominato Cavaliere al Merito della Repubblica Italiana

I complimenti dell'AAROI-EMAC a Stefano D'Amico

Il 12 Novembre il Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, ha conferito - come si legge nel Comunicato Stampa del Quirinale - , quaranta onorificenze al Merito della Repubblica Italiana a donne e uomini che si sono distinti per atti di eroismo, per l'impegno nella solidarietà, nell'integrazione, nel soccorso, per l'attività in favore dell'inclusione sociale, nella promozione della cultura, della legalità e per il contrasto alla violenza.

Il Presidente Mattarella ha individuato, tra i tanti esempi presenti nella società civile e nelle istituzioni, alcuni casi significativi di impegno civile, di dedizione al bene comune e di testimonianza dei valori repubblicani.

Stefano D'Amico, Anestesista Rianimatore dell'Ospedale di Legnano, è uno dei 40 "casi significativi".

Mattarella lo ha nominato Cavaliere dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana: "Per il coraggio e l'altruismo con cui, senza esitazione, si è tuffato in acqua per salvare una donna e la sua bambina".

D'Amico, il 26 agosto scorso stava facen-



do jogging lungo l'Alzaia del Naviglio Grande quando si è accorto di una donna caduta in acqua con la bicicletta e con la figlia di sette mesi legata al seggiolino. Si è immediatamente tuffato riportando a riva la donna e la bambina, alla quale ha praticato il massaggio cardiaco, in attesa dell'arrivo dell'ambulanza, salvandole la vita.

L'AAROI-EMAC si congratula con il Collega D'Amico per il riconoscimento ricevuto e lo ringrazia per aver, in questo modo, contribuito a diffondere il valore di un'intera categoria di Medici Anestesiisti Rianimatori che ogni giorno salvano le vite di migliaia di persone.

Zibaldone semi-serio: il florilegio arguto di Gian Maria Bianchi

Vene

Vene. Oggi non sono in vena di scherzi. Non hai sangue nelle vene! È riuscito a prendere la vena. Mi sento ribollire il sangue nelle vene...

Apriamo il dizionario. Vena: "vaso sanguigno a pareti sottili che conduce il sangue verso il cuore". È la definizione anatomica.

Le possiamo vedere - le vene superficiali - anche dall'esterno. D'estate, sul dorso della mano, c'è un reticolo di cordoncini bluastri che fa contrasto col rosa più o meno abbronzato della pelle. Sono le vene inturgidite che hanno raccolto il sangue dopo che questo ha trasportato l'ossigeno dai polmoni fino ai muscoli delle mani, per fare castelli di sabbia o arrampicate sulla roccia.

"Vaso sanguigno". La vena, quella ispiratrice, è una specie di vaso, è un recipiente pieno di un fluido che scorre, a volte rapido, a volte lento. L'ispirazione, essendo un fluido, segue la legge dei fluidi. Non ha forma propria, ma assume la forma del contenitore, cioè di chi la possiede e l'ha fatta propria. Scorre, si sposta e va dove la pressione è minore. Nel corpo, la vena va dalla periferia al centro e "conduce il sangue verso il cuore". Nella mente, l'ispirazione va dai pensieri dispersivi all'essenziale e "conduce lo spirito verso il cuore delle cose".

Questo creativo recipiente (dal latino *recipere*, re- e capere: prendere di nuovo) è molto reattivo, diventa turgido di idee, di parole, di versi (la vena poetica), di note (la vena musicale).

L'ispirazione è a volte un recipiente "sanguigno", caldo, forte, irruento. A volte è pallido e languido e allora vuol dire che è anemico, debole, scarso: manca di ferro e di forza. È poco marziale. È *sidero-penico*, cioè carente di altezze sideree (dal latino *sidera*, astri, costellazioni). E le *desidera*, perchè è *as-siderato*. La fantasia si è irrigidita ed è fredda come un corpo esangue.

La vena, da definizione, è "a pareti sottili". L'ispirazione è molto delicata. Le sue ali sono sottilissime, come quelle di una farfalla. Un duro colpo, una trafittura possono aprire una ferita e possono far sanguinare a lungo.

C'è chi, troppo delicato, non ha resistito ai traumi e alle trafitture e si è autoinferto l'apertura delle vene dei polsi.

C'è stato, invece, chi, come Lucio Anneo Seneca, il grande filosofo stoico vittima di Nerone, si è reciso le vene come segno di forza d'animo. Secondo gli insegnamenti che lui aveva sempre dato ai suoi discepoli, il vero saggio deve raggiungere l'apatheia, apatia, ovvero l'impertur-

bilità che lo rende impassibile di fronte ai casi della sorte.

Il taglio di una vena (flebotomia), per millenni, fu una procedura alla base della medicina. Il salasso venne usato, con e senza raziocinio, con e senza successo, per curare quasi tutte le malattie.

Un altro salasso, quello economico, fu una procedura alla base della rovina per molte famiglie: dis-sanguate da gioco, sperpero, investimenti sbagliati.

Ma ci furono anche molti padri che si "svenarono" per far studiare i propri figli. Svenarsi: "sostenere grandi sacrifici, grandi spese per qualcuno o qualcosa".

Si svenarono i cercatori d'oro, setacciando i torrenti o cercando la vena aurifera in una miniera o in una cava.

Nella vena cava si apre la vena porta, portando il ricco multiproteico sangue proveniente dal fegato, fabbrica instancabile del nostro corpo.

Altra portatrice rinomata è la vena basilica (dal greco *basileus*, re), così chiamata perché è la vena principale del braccio, quella usata per salassi e prelievi.

C'è poi la vena d'acqua, che preferisce scorrere in incognito, sotterranea.

Ci sono le vene del legno o venature e le vene del marmo, multicolorate. Loro impreziosiscono legni e marmi per la gioia di scultori e amanti dell'arte.

La vena artistica la possiedono solo pochi eletti. I più sono dotati di angusti ingegni vena, ovvero "scarso talento". Per scoprire le capacità e la creatività di qualcuno bisognerebbe venas tentare (lo scrisse Svetonio), "tastare il polso" dell'artista presunto. Vene? Polso? Un uomo giace a terra esanime. Il medico tasta il polso e tenta di prendere una vena. Ma è "senza vene", senza vita. La rianimazione (massaggio, ventilazione artificiale) lo ri-anima (dal greco *anemos*: vento, anima) e lo riporta alla vita. Il sangue torna a circolare nelle vene. L'uomo inspira ed espira. Il medico sospira, di sollievo: ha avuto l'ispirazione giusta. Quella dell'ars medica.

Vene trasportatrici e vene ispiratrici. Sangue e arte. Cuore e anima. Socrate non si tagliò le vene, ma bevve la cicuta. Aveva insegnato saggezza a generazioni di Ateniesi. Aveva detto: "Non permettere a nessuno di curarti se non ti ha aperto il suo animo".

G.M.B.

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

Tutti gli Iscritti possono inviare i loro Quesiti a: quesiti@aaroiemac.it

Rubrica a cura di Domenico Minniti (Vice Presidente Sez. Reg. AAROI-EMAC Calabria) e Arturo Citino (Coordinatore Formazione Sindacale)



UTILIZZO ORE PER L'AGGIORNAMENTO

Domanda: A quanto ammonta il numero di giorni di aggiornamento professionale (4 ore settimanali) nel corso di un anno solare?

Risposta: La norma contrattuale cui far riferimento è il comma 4 dell'art.14 del CCNL 3.11.2005 che recita:

4. Nello svolgimento dell'orario di lavoro previsto per i dirigenti medici e veterinari, quattro ore dell'orario settimanale sono destinate ad attività non assistenziali.

Resta chiaro che al fine di valutare le ore annue non assistenziali non vanno calcolate le settimane che non comportano debito orario (ferie, malattie, congedo per rischio anestesiologicalo e radiologico, ecc.)

NORME PER LA DOPPIA GUARDIA

Domanda: Quali sono le norme che sanciscono l'obbligatorietà della doppia guardia negli ospedali forniti di rianimazione?

Risposta: La norma contrattuale in questione è il CCNL 2002/2005 art.17 comma 3 che recita:

Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia dell'art. 16 del CCNL 3.11.2005 ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina. Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa.

Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa. Il servizio sostitutivo coinvolge a turno individuale, solo i dirigenti dell'art. 14 del CCNL del 3 novembre 2005.

Dato che non è prevista la PD sostitutiva, laddove esiste la Rianimazione occorre prevedere due guardie (una per la Rianimazione ed una per le urgenze chirurgiche) - laddove non esiste la Rianimazione occorre prevedere una guardia (per le urgenze chirurgiche).

CALCOLO RETRIBUZIONE DI RISULTATO

Domanda: La Retribuzione risultato dirigenti è presente in tutte le ASL? È uguale per tutti? Come viene calcolata?

Risposta: Si tratta di una voce stipendiale la cui consistenza dipende dalla capienza del relativo fondo e dal nu-

mero di dirigenti medici presenti. Per questo motivo, data l'enorme variabilità, non è uguale in tutte le aziende.

Viene erogata a consuntivo ed in relazione alla percentuale degli obiettivi che, concordati tra Direzione e singolo Dirigente Medico, vengono da quest'ultimo raggiunti.

NUMERO ORE DI STRAORDINARIO

Domanda: Esiste un numero minimo di ore di straordinario che deve essere dato ad una azienda? Si può chiedere di non effettuare ore di straordinario?

Risposta: Il CCNL affronta il lavoro straordinario con l'articolo 28 del CCNL 10.2.2004 che recita:

1. Il lavoro straordinario non può essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del lavoro. Le relative prestazioni hanno carattere eccezionale e devono rispondere ad effettive esigenze di servizio.

2. Le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai soli dirigenti di cui all'art. 16, comma 1 del CCNL 8.6.2000 I biennio economico, per i servizi di guardia e di pronta disponibilità di cui agli del CCNL 5.12.1996 nonché per altre attività non programmabili. Esse possono essere compensate a domanda del dirigente con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze del servizio, di regola entro il mese successivo tenuto conto delle ferie maturate e non fruite.

Di conseguenza non esiste un numero minimo di ore di straordinario da aggiungere al debito orario.

Non si può chiedere di non fare straordinario ma si ha diritto di recuperarlo di regola entro il mese successivo.

DURATA MOBILITÀ D'URGENZA

Domanda: La mobilità d'urgenza può essere utilizzata per un mese all'anno. Si tratta di un mese per ciascun collega o di un mese suddiviso fra i vari colleghi?

Risposta: La mobilità d'urgenza è normata dal comma 4 dell'Art. 20 CCNL 8.6.2000 I biennio economico e art. 41 CCNL 10.2.2004 che recita:

4. La mobilità di urgenza, ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza, ha carattere provvisorio, essendo disposta per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare salvo consenso del dirigente, espresso sia per la proroga che per la durata. La mobilità di urgenza - ove possibile - è effettuata a rotazione tra tutti i dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito

Nel comma in questione il soggetto dei vari verbi è "La mobilità di urgenza" che "ha carattere provvisorio" e "non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare".

È di tutta evidenza, quindi, che il limite massimo di un mese nell'anno solare debba riferirsi alla durata della mobilità di urgenza e non alla mobilità di ciascun collega.

La necessità di un "carattere provvisorio" e la limitazione "per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza" sottolineano ulteriormente l'impossibilità che la mobilità si protragga per lunghi periodi. L'interpretazione che consente una rotazione senza fine è palesemente contraria a quanto stabilisce il contratto di lavoro.

ASSEGNAZIONE CONGEDO ORDINARIO MENSILE

Domanda: L'azienda ospedaliera può in assenza di una mia richiesta, impormi dei giorni di congedo ordinario mensili, precludendomi e/o limitandomi così la possibilità di usufruirne in altri periodi dell'anno secondo le mie reali esigenze?

Risposta: Le ferie sono normate all'articolo 21 CCNL 5.12.1996 I biennio economico, articolo 24 CCNL 3.11.2005, articolo 16 CCNL 6.5.2010 - Ferie e festività

Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili...omissis... Esse sono fruite, anche frazionatamente, nel corso di ciascun anno solare in periodi programmati dallo stesso dirigente nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'azienda o ente; in relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, al dirigente è consentito, di norma, il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre.

Di conseguenza le ferie sono da te programmate nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'ente e non possono essere imposte.

DIMISSIONI E NUOVO INCARICO

Domanda: Esistono dei termini che possano far concordare le dimissioni da una Azienda e la presa di servizio in un'altra senza rischiare la cancellazione dalla graduatoria nell'attesa?

Risposta: Per porre fine ad un rapporto di lavoro presso una Azienda da parte del Dirigente medico occorre un preavviso di 3 mesi (Art.39 CCNL 1994/97) indipendentemente se tale rapporto sia a tempo determinato o indeterminato (Art. 1 CCNL 5.8.1997 comma 5) salvo diverso accordo con l'Azienda all'atto delle dimissioni o nel momento di stipula del contratto di assunzione.

Lo stesso articolo contrattuale prevede inoltre che:

4. La parte che risolve il rapporto di lavoro senza l'osservanza dei termini di cui al comma 1, è tenuta a corrispondere all'altra parte un'indennità pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso. L'azienda o ente ha diritto di trattenere su quanto dalla stessa eventualmente dovuto al dipendente un importo corrispondente alla retribuzione per il periodo di preavviso da questi non dato." e che:

6. Durante il periodo di preavviso non è consentita la fruizione delle ferie. Pertanto, in caso di preavviso lavorato, si dà luogo al pagamento dell'indennità sostitutiva.

Il CCNL non affronta inoltre il problema dell'eventuale recupero di ore straordinarie per cui si giungerebbe alla conclusione che sarebbe opportuno consumare prima le ferie, recuperare le ore di straordinario (o richiedere il pagamento per queste ultime) ed infine dare i 3 mesi di preavviso.

Per quanto riguarda l'Azienda ricevente per vittoria di pubblico concorso o per vittoria di incarico a tempo determinato non vi è norma che consenta la cancellazione dalla graduatoria per non aver preso servizio in tempi stabiliti dall'Azienda.

In sintesi sarebbe da consigliare un accordo tra le due Aziende per evitare di perdere il diritto alle ferie o al recupero delle ore in eccesso e per evitare la cancellazione dalla graduatoria.

Nota Bene: le "Risposte ai Quesiti" si basano sulle fonti legislative e contrattuali riferibili ai casi descritti, che a volte sono lacunose, e pertanto non possono avere alcuna pretesa di infallibilità, stanti le possibili diverse interpretazioni delle normative



Crediti E.C.M. richiesti

13^o Congresso
Nazionale

SIARED

Le Nuove Frontiere in
Anestesia, Rianimazione,
Emergenza, Area Critica,
Dolore:
dalla Scienza alla Clinica



25 - 27 Maggio 2017 - Roma Eventi (Fontana di Trevi)

Save the date

Partecipare per crescere

www.aaroiemac.it
www.siared.it

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

INTESA
PROVIDER **ECM**

 **SIARED**
SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA RIANIMAZIONE
EMERGENZA E DOLORE