

# il nuovo Anestesista Rianimatore

MAGGIO - OTTOBRE  
2013  
5  
Anno XXXIV

**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 Imperato n° 140 - 80146 Napoli - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli

## L'AAROIEMAC resta sindacato di specialità I RISULTATI DEL CONGRESSO: ALESSANDRO VERGALLO È IL NUOVO PRESIDENTE NAZIONALE



L'APPUNTAMENTO



IL MOMENTO DELLE VOTAZIONI



I DELEGATI

Il X Congresso Nazionale eletto si è svolto dal 20 al 22 giugno scorso a Sorrento, alla presenza di 202 Delegati provenienti da tutte le Regioni d'Italia, ha scelto Alessandro Vergallo, a grande maggioranza, per guidare l'Associazione nel quadriennio 2013-2017.

Vergallo subentra dunque a Vincenzo Carpino, già Presidente Nazionale per ben 17 anni, che si era ricandidato ad un altro mandato.

Lo spoglio delle schede di voto ha sancito il successo unitario di tutta la squadra presentatasi con il Presidente neo eletto sul palco con-

gressuale, eleggendo come vicepresidenti: Teresa Matarazzo (area Nord), Fabio Cricelli (area Centro) ed Emanuele Scarpuzza (area Sud).

"L'AAROIEMAC: sindacato di specialità o sindacato generalista?" recitava il tema a sottotitolo del Congresso di Sorrento, preannunciando quello che doveva essere il principale argomento di dibattito.

Ai Delegati veniva in tal modo rimessa la non facile scelta tra il mantenere l'Associazione (già aperta 4 anni or sono a Ferrara ai settori dell'Emergenza e dell'Area Critica) saldamente legata

alla specialità di Anestesia Rianimazione, e il trasformarla in un Sindacato generalista, tale da poter accogliere ancor più estesamente i medici di altre discipline, allo scopo di raggiungere una più forte rappresentatività nell'ambito del sindacalismo medico italiano.

Quest'ulteriore spinta in senso generalista, proposta in apertura del Congresso, non è stata raccolta dalla massima parte dei Delegati.

La storia di ieri: il IX Congresso Nazionale di Ferrara, nel 2009, decretava per l'AAROIEMAC, Associazione Sindacale dei Medici

Anestesiisti Rianimatori sin dalla sua fondazione, avvenuta il 22 novembre del 1952, l'apertura ai Medici dell'Emergenza e dell'Area Critica; si costituiva così l'AAROIEMAC, che avrebbe dovuto beneficiare di un consistente incremento di nuovi Iscritti.

Da allora, tuttavia, proprio dall'ambito dell'Emergenza e dell'Area Critica giungevano molte meno iscrizioni di quelle sperate.

La cronaca di oggi: il Congresso di Sorrento ha scelto di non lanciare l'AAROIEMAC in un'ulteriore apertura, stavolta generalista, che

ne avrebbe mutato l'identità, in una nuova avventura associativa tanto incerta negli obiettivi e nei risultati, quanto problematica nell'attuazione delle proprie relazioni e strategie, in particolare a livello decentrato, oltre che nell'erogazione dei servizi agli Iscritti.

Questa scelta ha premiato la tesi della peculiarità della disciplina di Anestesia e Rianimazione, al centro del programma del Presidente neoeletto e della sua squadra.

alle pagine 2 e 3

## LE RACCOMANDAZIONI CHIRURGIA A BASSA COMPLESSITÀ E NORA



Sono firmati congiuntamente da AAROIEMAC, SIAARTI e SIARED i criteri imprescindibili a cui si deve attenere il medico anestesista chiamato a svolgere attività mediche o chirurgiche "a bassa complessità" o nella "NORA", in qualunque regime di ospedalizzazione (ricovero urgente, ordinario, in day surgery, in day hospital, ambulatoriale).

a pagina 4

## RICAMBIO ALLA SIARED ADRIANA PAOLICCHI È IL NUOVO PRESIDENTE

Come Neo Presidente SIARED, Adriana Paolicchi intende far sì che la SIARED diventi un punto di riferimento culturale sul territorio, che ponga al centro delle proprie attività le reali problematiche della professione, con particolare attenzione ai giovani, che spesso si trovano soli ad affrontare situazioni difficili e senza adeguato addestramento.



a pagina 4

## News dal Governo Una sintesi delle nuove leggi

Tra l'estate e oggi, sono stati molti i provvedimenti ad aver visto la luce. Tutti hanno avuto una gestazione vivace e per molti la parola fine non è ancora stata scritta. Il primo in ordine di tempo è stato il Decreto Lorenzin. Poi sono arrivati il Decreto PA (precari) e la Legge di Stabilità.



alle pagine 5 e 6

## Giurisprudenza Inps, Cassazione e Deontologia



I conti dell'INPS, la sentenza della Corte di cassazione che impone di fare più attenzione al consenso informato e il nuovo codice deontologico dei medici che sarà pronto entro la fine dell'anno.

a pagina 11

## Il nostro periodico si rinnova

Cari Iscritti all'AAROIEMAC, "Il Nuovo Anestesista Rianimatore" si ripresenta a voi rinnovato nella grafica e, in parte, anche nei contenuti. Accanto ad alcune sezioni che avete imparato a conoscere, ne troverete altre nuove di aggiornamento sul dibattito interno alla nostra professione, e di collegamento con gli strumenti telematici, molto utilizzati soprattutto dalle nuove generazioni.

A vostra disposizione, per commenti, richieste di informazione e per suggerimenti avrete da oggi anche una nuova email: [ilnuovoar@aaroiemac.it](mailto:ilnuovoar@aaroiemac.it)  
Arrivederci al prossimo numero!

# Il saluto del Presidente agli Iscritti

27 giugno 2013

Cari Colleghi,

lo scorso 22 giugno il X Congresso Nazionale dell'AAROI-EMAC svoltosi a Sorrento mi ha eletto Presidente della nostra Associazione, accordando la sua preferenza elettorale anche ai seguenti candidati che si sono presentati congiuntamente nella mia lista. Vice Presidente Vicario e Vice Presidente del Centro Italia è stato eletto Fabio Cricelli (Presidente regionale della Toscana), Vice Presidente del Nord è stata confermata Teresa Matarazzo (Presidente regionale dell'Emilia Romagna), Vice Presidente del Sud è stato eletto Emanuele Scarpuzza (Presidente regionale della Sicilia).

Al mandato tecnico in capo ai Revisori dei conti sono risultati eletti: come titolari Paolo Castaldi (Sardegna), Maximiliano Galizia (Puglia), Stefano Minora (Abruzzo), come supplenti Stefano Giannoni (Toscana), Rita Teresa Oliveri (Sicilia). Al mandato di garanzia in capo ai Probiviri sono risultati eletti: come titolari Giuseppina Loria (Sardegna), Fabio Motta (Lombardia), Vincenzo Trotta (Piemonte-Valle d'Aosta), come supplente Giuseppe Cornara (Piemonte-Valle d'Aosta).

La lista non specificava il Coordinatore dell'Ufficio Esteri, da me inteso come mandato svincolato dal confronto elettorale, mandato a cui è infine risultato eletto, separatamente, l'unico aspirante proposto ufficialmente alla carica: Paolo Notaro (Lombardia). Ai neoletti spetta dunque affrontare il mandato loro affidato per i prossimi quattro anni, durante i quali occorrerà impegnarsi per sviluppare il programma presentato al Congresso.

In ambito sindacale, sarà fondamentale implementare la formazione dei nostri rappresentanti incaricati della contrattazione decentrata aziendale, al fine di renderli sempre più in grado di esprimere partecipazione e capacità nel perseguire le tutele contrattuali e normative sul luogo di lavoro. A tale scopo sarà funzionale lo sviluppo capillare della loro formazione, sull'esempio delle "giornate di orientamento sindacale" itineranti. Sul versante formativo professionale, l'AAROI-EMAC continuerà a puntare sul grande valore aggiunto del Centro SimuLearn e della FAD, avviati con successo nel quadriennio appena trascorso. Per quel che riguarda la tutela professionale, la sfida sarà quella di tentare di esercitare un ruolo orientato ad un sistema di protezione preventivo e complementare alla protezione assicurativa, attraverso un monitoraggio degli eventi avversi e per mezzo di un'analisi delle criticità di sistema, nell'ottica di un approccio proattivo al risk management ancora tutto da costruire.

In tale prospettiva sarà cruciale la volontà di creare una stretta collaborazione tra l'AAROI-EMAC, la SIARED e la SIAARTI, affinché la produzione di linee guida scientifiche e di indirizzi organizzativi possano coincidere e favorire la tutela della nostra professionalità, anche alla luce del recente Decreto Balduzzi. Importante sarà senza dubbio la promozione della parità di genere, e di condizioni di lavoro che a fronte della necessaria umanizzazione delle cure non trascurino l'umanità di chi le eroga.

Alle necessità delle nuove generazioni, strette tra una formazione specialistica con responsabilità professionali mal definite e prospettive di lavoro precarie, occorrerà dedicare il giusto rilievo. A coloro che si avvicinano alla pensione dovrà invece rivolgersi l'impegno per una revisione della riforma Fornero, anche attraverso relazioni di coordinamento con componenti di altre categorie professionali, che come la nostra possiedono alcune caratteristiche proprie dei lavori usuranti.

A tutti i Delegati presenti a Sorrento, i veri protagonisti del Congresso, e a tutti i Presidenti regionali, a prescindere dalla preferenza espressa al voto in una direzione o in un'altra, va l'auspicio di poter continuare a confrontarsi e a lavorare insieme, con quel reciproco rapporto di stima e di rispetto che ci lega.

Al presidente uscente Vincenzo Carpio, che in 17 anni ha reso l'AAROI-EMAC quella grande Associazione che è oggi, va la più sentita e profonda gratitudine unanime per l'esemplare opera svolta fin qui per tutti noi; il raccogliere il testimone, con lo stesso entusiasmo e la stessa tenacia che egli ha saputo trasmettere a tanti e per così lungo tempo, è per me un onere e un onore. A tutti gli iscritti, la vera forza della nostra Associazione, va la mia dedizione e il mio saluto.

Alessandro Vergallo

## I Vice Presidenti delle tre aree geografiche



Teresa Matarazzo - Area Nord



Fabio Cricelli (Vicario) - Area Centro



Emanuele Scarpuzza - Area Sud

### 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 Anestesisti 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](http://www.aaroiemac.it)) ed inviarla come specificato:

in allegato email a: [iscrizioni@aaroiemac.it](mailto:iscrizioni@aaroiemac.it)  
 in alternativa via fax al n°: 06 92912888

### L'AAROI-EMAC su INTERNET: [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)

#### CONTATTI

**SEDE NAZIONALE** • [aaroiemac@aaroiemac.it](mailto:aaroiemac@aaroiemac.it)  
**PRESIDENTE NAZIONALE** • Dr ALESSANDRO VERGALLO • [vergallo@aaroiemac.it](mailto:vergallo@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE NORD** • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • [emilia-romagna@aaroiemac.it](mailto:emilia-romagna@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE CENTRO** • Dr FABIO CRICELLI • [toscana@aaroiemac.it](mailto:toscana@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE SUD** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**PRESIDENTE SIARED** • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • [paolicchi@aaroiemac.it](mailto:paolicchi@aaroiemac.it)  
**PRESIDENTE SIAARTI** • Prof MASSIMO ANTONELLI • [presidenza@siaarti.it](mailto:presidenza@siaarti.it)  
**COORDINATORE UFFICIO ESTERI** • Dr PAOLO NOTARO • [ufficioesteri@aaroiemac.it](mailto:ufficioesteri@aaroiemac.it)  
**SEGRETARIO** • Dr ANTONINO FRANZESI • [franzesi@aaroiemac.it](mailto:franzesi@aaroiemac.it)  
**TESORIERE** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [amendola@aaroiemac.it](mailto:amendola@aaroiemac.it)  
**ABRUZZO** • Dr MICHELE FAVALE • [abruzzo@aaroiemac.it](mailto:abruzzo@aaroiemac.it)  
**BASILICATA** • Dr FRANCESCO ALLEGRI • [basilicata@aaroiemac.it](mailto:basilicata@aaroiemac.it)  
**CALABRIA** • Dr VITO CIANNI • [calabria@aaroiemac.it](mailto:calabria@aaroiemac.it)  
**CAMPANIA** • Dr GIUSEPPE GALANO • [campania@aaroiemac.it](mailto:campania@aaroiemac.it)  
**EMILIA ROMAGNA** • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • [emilia-romagna@aaroiemac.it](mailto:emilia-romagna@aaroiemac.it)  
**FRIULI-VENEZIA GIULIA** • Dr SERGIO CERCELLETTA • [friuli@aaroiemac.it](mailto:friuli@aaroiemac.it)  
**LAZIO** • Dr QUIRINO PIACEVOLI • [lazio@aaroiemac.it](mailto:lazio@aaroiemac.it)  
**LIGURIA** • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • [liguria@aaroiemac.it](mailto:liguria@aaroiemac.it)  
**LOMBARDIA** • Dr ALESSANDRO VERGALLO • [lombardia@aaroiemac.it](mailto:lombardia@aaroiemac.it)  
**MARCHE** • Dr MARCO CHIARELLO • [marche@aaroiemac.it](mailto:marche@aaroiemac.it)  
**MOLISE** • Dr DAVID DI LELLO • [molise@aaroiemac.it](mailto:molise@aaroiemac.it)  
**PIEMONTE - VALLE D'AOSTA** • Dr ARTURO CITINO • [piemonte-aosta@aaroiemac.it](mailto:piemonte-aosta@aaroiemac.it)  
**PUGLIA** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [puglia@aaroiemac.it](mailto:puglia@aaroiemac.it)  
**SARDEGNA** • Dr CESARE IESU • [sardegna@aaroiemac.it](mailto:sardegna@aaroiemac.it)  
**SICILIA** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**TOSCANA** • Dr FABIO CRICELLI • [toscana@aaroiemac.it](mailto:toscana@aaroiemac.it)  
**UMBRIA** • Dr ALVARO CHIANELLA • [umbria@aaroiemac.it](mailto:umbria@aaroiemac.it)  
**VENETO** • Dr ATTILIO TERREVOLI • [veneto@aaroiemac.it](mailto:veneto@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI BOLZANO** • Dr MASSIMO BERTELLI • [bolzano@aaroiemac.it](mailto:bolzano@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI TRENTO** • Dr ALBERTO MATTEDI • [trento@aaroiemac.it](mailto:trento@aaroiemac.it)

### il nuovo 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  
 POMPILIO DE CILLIS  
 COSIMO SIBILLA

**Direzione e Amministrazione**  
 VIA XX Settembre, 98/E  
 00187 - Roma  
 Tel: 06 47825272 - Fax: 06 23328733  
 email: [ilnuovoar@aaroiemac.it](mailto: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  
 8 novembre 2013  
 Tiratura: 10.000 copie  
 Spedito il  
 13 novembre 2013

# I VOSTRI VALORI, LA MISSION AAROI-EMAC, LA NOSTRA VISION: IL PROGRAMMA 2013-2017

## 1. INTERAZIONE FUNZIONALE DEI SETTORI STRATEGICI PER L'ASSOCIAZIONE

L'individuazione di settori complementari a quelli delle 3 commissioni statutarie (Contratto, Servizi, Organizzazione e immagine), e la loro miglior interazione, potrà essere funzionale ad un maggior dinamismo operativo nelle aree di interesse della nostra Associazione.

Un ruolo peculiare dovrà essere riconosciuto al Risk Management, inteso come area trasversale, dal contratto ai servizi, dall'organizzazione delle attività alla formazione in ambito sindacale e in ambito scientifico.

Per una migliore efficienza ed efficacia dei metodi di lavoro, sarà opportuna la predisposizione di cronoprogrammi di riscontro delle attività in progetto e di quelle in corso, affinché tali attività siano periodicamente adattate, e quindi sempre appropriate, alle mutevoli condizioni in cui ci troviamo ad esercitare la nostra professione. Proprio da una vision interattiva e trasversale della nostra mission deriva l'intersezione di tutti i punti programmatici a seguire.

## 2. SVILUPPO DEL RUOLO STRATEGICO DEL CONSIGLIO NAZIONALE

I Presidenti Regionali devono attualmente far fronte a diverse attività burocratiche di basso profilo ma di notevole impegno (per esempio la raccolta dei dati relativi agli Iscritti forniti dalle Aziende), che sottraggono tempo ed energie al loro duplice mandato statutario di Presidenti Regionali e di Consiglieri Nazionali.

Per svolgere tali mandati in modo più appropriato sarà opportuno ristrutturare le risorse dedicate alla gestione della burocrazia, ma soprattutto sarà auspicabile implementare modalità di lavoro più agili e più tempestive, preliminari e successive rispetto alle riunioni consiliari; tale implementazione consentirà di riformulare le stesse riunioni in modo più interattivo, per ampliare i margini temporali di confronto in sede di consiglio.

## 3. MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE DELLA TUTELA PROFESSIONALE

La nostra attività professionale sarebbe meglio tutelata correlando la convenzione assicurativa, che è una protezione successiva rispetto ad un evento avverso, allo sviluppo di un sistema di protezione preventivo, che passi attraverso un loro rapporto bidirezionale e sinergico, nel quale rapporto la nostra Associazione deve crearsi un ruolo fondamentale e centrale di coordinazione e di governo sindacale.

## 4. RISTRUTTURAZIONE DELLA FORMAZIONE SINDACALE IN MERITO AL CCNL, ALLE NORME VIGENTI, ALLA LORO APPLICAZIONE DECENTRATA

La progressiva deregulation della contrattazione di lavoro, dal livello nazionale, attraverso il livello regionale, e fino al livello aziendale, rende sempre più anacronistico affidare al solo CCNL come tale la tutela lavorativa degli Iscritti; l'applicazione decentrata di CCNL e norme di legge è resa sempre più difficoltosa dalla dispersione e dalla disomogeneità in ambito regionale e aziendale. Una tale dispersione e disomogeneità esitano in modi e misure preoccupanti in Contratti Integrativi Aziendali (C.I.A.) mal gestiti o addirittura disertati dalla parte sindacale.

È quindi necessario ristrutturare in modo più efficace la formazione dei nostri Rappresentanti Aziendali nelle materie sindacali, sul modello della formazione già ideata come "formazione base" con le "Giornate di Orientamento Sindacale"; ma per motivi analoghi occorre anche curare l'affinamento della formazione sindacale dei nostri Consiglieri Regionali e Nazionali, naturalmente agli opportuni livelli di competenza. In

particolare, va affrontato con metodo il problema dell'impegno lavorativo che ci viene richiesto, sempre più compresso e in crescita: tale metodo dovrebbe implicare la definizione condivisa dei sistemi di computo e di gestione dei carichi di lavoro e delle dotazioni organiche necessarie per poter lavorare in sicurezza, e dovrebbe essere proposto a tutti i livelli come strumento di programmazione e verifica coerente, dal livello nazionale a quello aziendale. La realizzazione di questo progetto renderebbe meno nebulose le regole, più agevoli i rapporti dei nostri Rappresentanti con le amministrazioni aziendali, più trasparenti e uniformi le condizioni di lavoro quotidiano dei nostri Colleghi.

## 5. PECULIARITÀ DELLA DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE E RAPPORTI TRA AAROI-EMAC, SIARED, SIAARTI, ALTRE CATEGORIE SPECIALISTICHE

L'AAROI-EMAC è un'associazione sindacale costituita in massima parte da medici anestesisti-rianimatori. La SIAARTI è una società scientifica specificatamente e acronimamente identificata nei settori monospecialistici di anestesia, analgesia, rianimazione, e terapia intensiva. L'interazione tra le attività sindacali e scientifiche di medici in gran misura specialisti in Anestesia e Rianimazione gioverebbe senz'altro all'immagine e alla compattezza della nostra categoria, oltre ad avere un impatto virtuoso sulla tutela professionale di cui al precedente punto 4, proprio perché gli specifici ambiti di competenza (l'uno sindacale, l'altro scientifico) sono distinti ma strettamente legati dalla medesima disciplina.

La collaborazione potrà dare notevoli vantaggi: per esempio tra tutti, in materia di tutela professionale, laddove sarebbe auspicabile la redazione di linee guida che all'alto profilo scientifico non sacrificino l'applicabilità dei loro criteri nelle realtà del nostro Sistema Sanitario. Linee guida inapplicabili, e a maggior ragione se inapplicabili, spalancano la porta a contenziosi nei quali la posizione del medico coinvolto risulterà indifendibile, anzi, sarà aggravata per colpa grave.

È quindi ormai improcrastinabile individuare e percorrere strategie comuni che abbiano il fine ultimo di tutelare la nostra professione, all'interno di un processo di collaborazione più ampio.

È evidente che in questa prospettiva andrà riconfigurato il ruolo di SIARED, tenendo ben presente un assunto talmente elementare da dover essere sottolineato: essa è una creatura della AAROI dell'epoca, che la stessa AAROI-EMAC di oggi non può certamente dismettere sic et simpliciter sulle basi di un progetto, essendo al contrario indispensabile in ogni fase del progetto stesso un ruolo di SIARED nelle persone dei suoi componenti. Le possibili interazioni tra AAROI-EMAC e altre entità associative non legate alla disciplina specialistica dell'anestesia-rianimazione, così come l'allargamento della stessa AAROI-EMAC ai medici di discipline diverse dall'anestesia-rianimazione e dell'emergenza andranno eventualmente valutate anche alla luce delle prospettive progettuali che sarà possibile definire con SIAARTI, in modo tale da escludere un evidenzissimo contrasto tra il rafforzamento di un'identificazione specialistica precisa da una parte, e la perdita completa di tale connotazione dall'altra.

## 6. RILANCIO DEL "SENSO DI APPARTENENZA" ASSOCIATIVO

Il senso di appartenenza dovrà essere sviluppato e condiviso attraverso un maggior coinvolgimento di tutti i Soci, affinché l'iscrizione possa essere motivata da una partecipazione attiva alla vita e alla crescita della nostra Associazione, e in modo tale che essa non corra il rischio di essere identificata esclusivamente e perciò inappropriatamente come una "società di servizi" di tipo commerciale.

## 7. RIORGANIZZAZIONE DELLA SEGRETERIA NAZIONALE

La struttura della Segreteria Nazionale va potenziata in ragione delle sopravvenute necessità derivanti dalle attività complementari a quelle sindacali di AAROI-EMAC. Nell'ottica di una sempre maggiore difficoltà di spazi-tempo dei Presidenti Regionali occorre riportare ai compiti della segreteria nazionale tutto quanto possa essere di supporto alle sezioni regionali in termini di compiti burocratici e di controllo. Potenziando la segreteria nazionale si potranno utilizzare le competenze dei Presidenti Regionali per un migliore supporto agli iscritti sia per quanto riguarda i quesiti sia per un contributo alla politica sindacale quanto più immediata possibile.

## 8. RIORGANIZZAZIONE DELLE CONSULENZE "TECNICHE" AGLI ISCRITTI (P. ES. CONSULENZE LEGALI E PREVIDENZIALI) PER TRAMITE DI UN NETWORK DI PROFESSIONISTI DI SETTORE (AVVOCATI, GIURISTI, ESPERTI PREVIDENZIALI)

L'affidamento sistematico delle problematiche in questione ad un livello tecnico più specializzato, possibilmente organizzato in network multi-professionale, potrà comportare maggior precisione e tempestività di risposta alle problematiche emergenti, mentre la progressiva costruzione di un database relativo alle problematiche già affrontate ridurrebbe gradualmente la dispersione di risorse, con una qualità più adeguata e più collimante in effettività e percezione.

## 9. PROMOZIONE DELLA PARITÀ DI GENERE NELLA DISPONIBILITÀ A RIVESTIRE I RUOLI DI RAPPRESENTANZA CENTRALE E PERIFERICA, COME ESPRESSIONE DELLA COMPONENTE MEDICA FEMMINILE NEL NOSTRO SISTEMA SANITARIO

Un capitolo a parte è quello dedicato alla femminizzazione del ruolo sanitario: le donne anestesiste oggi prevalgono sugli uomini: ci impegneremo con forza e determinazione affinché siano riconosciuti tutti i diritti contrattuali e legislativi, fra cui quelli della maternità, ma più in generale della genitorialità. Occorre promuovere le necessarie sostituzioni, le forme di lavoro alternative, il part-time, la sicurezza nei luoghi di lavoro, l'equo riconoscimento di incarichi e ruoli. Un contributo a questo obiettivo

potrà essere apportato dalla presenza dei CUG in tutte le aziende, anche attraverso il controllo del mobbing.

## 10. LA FORMAZIONE

Lo sviluppo di nuove competenze e la formazione personalizzata, anche in base alle criticità emerse dalle analisi attinenti al risk management, è un obiettivo primario.

Pur mantenendo la formazione interattiva con corsi frontali, intendiamo valorizzare ulteriormente tutti voi colleghi, chiedendo di mettere a disposizione il vostro capitale intellettuale, le vostre peculiarità professionali per un aggiornamento continuo nelle singole regioni e nelle singole aziende, in un sistema a cascata.

Va naturalmente sostenuta la crescita del nostro Centro Simulearn di Bologna, così come la crescita dell'offerta formativa attraverso l'utilizzo della FAD.

## 11. GLI SPECIALIZZANDI E LE NUOVE GENERAZIONI

Oggi con la riforma delle scuole di specializzazione sono aumentati gli anni di permanenza in strutture sanitarie universitarie o convenzionate, spesso con turni massacranti, e con un numero di ore settimanali lavorate superiori a quelle degli strutturati, con ruoli non definiti, mal codificati, e legalmente discutibili.

Questa situazione significa scarsa tutela, mancato rispetto dei diritti, confusione su ruoli e doveri, e quindi crisi della fiducia nel ruolo del sindacato, anche per chi è strutturato. Ci rendiamo conto che lo scenario è cambiato rispetto al passato, considerati gli effetti della spending review, della riduzione dei piccoli ospedali, della riorganizzazione in fieri dell'assistenza per intensità di cura.

L'attribuzione di responsabilità professionali anche agli specializzandi sarà inevitabile, ma siamo convinti che senza una strategia precisa e condivisa diverrà sempre più difficile un inserimento nel mondo del lavoro adeguato e sostenibile per tutti. Eventuali accordi Stato-Regioni-Università prive della necessaria ristrutturazione delle regole contrattuali e normative in generale alimenteranno confusione e futuri disoccupati.

Un altro ambito di azione associativa da perseguire è rappresentato dalla formazione sindacale e professionale aperta anche agli specializzandi, dagli incontri con i rappresentanti sindacali aziendali per trattare le tematiche contrattuali, in una prospettiva interattiva e quindi più attrattiva.

*Alessandro Vergallo*

### TUTTI GLI ELETTI A SORRENTO

**Presidente:** ALESSANDRO VERGALLO (Sez. Regionale Lombardia)

**Vice Presidenti:**

**Area Nord:** TERESA MATARAZZO (Sez. Regionale Emilia-Romagna)

**Area Centro:** FABIO CRICELLI - Vicario (Sez. Regionale Toscana)

**Area Sud:** EMANUELE SCARPUZZA (Sez. Regionale Sicilia)

**Componenti del Collegio dei Revisori dei conti:**

STEFANO MINORA (Sez. Regionale Abruzzo)

PAOLO CASTALDI (Sez. Regionale Sardegna)

MAXIMILIANO GALIZIA (Sez. Regionale Puglia)

STEFANO GIANNONI (Sez. Regionale Toscana)

RITA TERESA OLIVERI (Sez. Regionale Sicilia)

**Componenti del Collegio dei Probiviri:**

GIUSEPPINA LORIA (Sez. Regionale Sardegna)

FABIO MOTTA (Sez. Regionale Lombardia)

VINCENZO TROTTA (Sez. Regionale Piemonte-Valle d'Aosta)

GIUSEPPE CORNARA (Sez. Regionale Piemonte-Valle d'Aosta)

**Coordinatore dell'Ufficio Esteri:**

PAOLO NOTARO (Sez. Regionale Lombardia)

## Prestazioni anestesiológicas nella chirurgia a bassa complessità e nella NORA (Non Operating Room Anesthesia)

**Le raccomandazioni congiunte di AAROI-EMAC, SIAARTI e SIARED per la sicurezza di tutti**

L'AAROI-EMAC (Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica), la SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), e la SIARED (Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore), in relazione alle modalità con cui assicurare le prestazioni anestesiológicas nell'ambito delle attività chirurgiche "a bassa complessità", come tali definite dai documenti ministeriali di riferimento, nonché nell'ambito della cosiddetta "NORA" (Non Operating Room Anesthesia), esprimono congiuntamente le seguenti raccomandazioni, indirizzate agli Anestesiologi-Rianimatori Italiani, nel rispetto degli standard organizzativi minimi di qualità e di sicurezza che devono essere garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale a salvaguardia della persona assistita e dei professionisti coinvolti, in riferimento tanto agli ambiti di cura in capo all'equipe operatoria e/o ai singoli operatori sanitari chiamati direttamente a prestare la propria attività professionale, quanto agli ambiti di responsabilità in capo all'organizzazione delle strutture sanitarie.

Tali standard, individuati dalle normative di legge in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, vigenti a livello nazionale in base al DPR del 14 Gennaio 1997 e s.m.i., in combinato con le eventuali integrazioni regionali intervenute in ordine al loro accreditamento, purché non in contrasto con le normative nazionali, devono anche rispettare le linee-guida emanate dalle Società Scientifiche di riferimento, anche ai sensi dell'art. 3 comma 1 della Legge 189 del 08 Novembre 2012.

La sempre maggior diffusione di prestazioni sanitarie invasive, in particolare chirurgiche, anche in regime di ospedalizzazione ridotta, fino al livello ambulatoriale, resa possibile dai progressi della scienza medica e della tecnologia sanitaria, non può prescindere dal rispetto di tali standard, senza eccezioni basate semplicemente sulla durata o sull'invasività degli interventi in questione, dato che tutte le prestazioni sanitarie invasive presentano difficoltà e rischi intrinseci, peculiari per ogni ambito medico-chirurgico, che si sovrappongono alle eventuali patologie della singola persona assistita.

Eventuali carenze strutturali o organizzative, così come insufficienti dotazioni organiche di personale medico specialista in anestesia e rianimazione, non possono rappresentare validi motivi di deroga al rispetto di elementari principi di appropriatezza, prudenza, diligenza e buona pratica.

Pertanto, in merito alle prestazioni che il medico anestesista è chiamato a svolgere in corso di attività mediche o chirurgiche "a bassa complessità" e nella "NORA", in qualunque regime di ospedalizzazione (ricovero urgente, ordinario, in day-surgery, in day-hospital, ambulatoriale), si ritengono imprescindibili i seguenti criteri:

1) alle strutture sanitarie compete la responsabilità in merito al rispetto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie;

2) all'operatore medico o chirurgo che detiene in prima persona la responsabilità dell'intervento invasivo compete richiedere preventivamente l'eventuale prestazione anestesiológica, qualora la ritenga necessaria, con anticipo sufficiente alla programmazione delle attività, compresa l'acquisizione di un valido consenso informato, anche in base alle condizioni cliniche della persona assistita, oltre che in base al tipo di intervento;

3) al medico anestesista compete ogni scelta tecnica in merito alla responsabilità assistenziale specialistica che gli viene richiesta e/o affidata in prima persona;

4) in nessun caso il regime di ospedalizzazione può dettare le caratteristiche o le modalità della prestazione anestesiológica;

5) la richiesta preventiva di prestazioni anestesiológicas che comportino assistenza e/o somministrazione pre- o intra-operatoria di farmaci da parte del medico anestesista implica necessariamente la sua presenza fisica, dedicata esclusivamente ad una singola persona assistita, che non può essere vicariata da un medico specialista in altra disciplina, né tantomeno da altre figure professionali;

6) la presenza fisica del medico anestesista-rianimatore, richiesta per assistenza e/o eventuale somministrazione di farmaci, diretta o sovrintesa, deve essere assicurata attraverso adeguate dotazioni organiche di medici anestesisti-rianimatori e mediante la predisposizione di turni di servizio rispondenti al contratto di lavoro ed alle norme di legge vigenti;

7) la disponibilità "estemporanea" o "su chiamata" a prestare la propria opera in corso di un intervento sanitario programmato non può essere posta in capo ad un medico anestesista-rianimatore già impegnato nell'assistenza di un'altra persona, o in qualunque altra attività, affidata alla sua personale responsabilità, ma richiede un medico specialista dedicato a tale disponibilità, la quale dev'essere organizzata e gestita specificatamente secondo la sua natura anestesiológica o rianimatoria;

8) le prestazioni anestesiológicas contemporanee su più di una persona assistita per singolo anestesista non possono corrispondere a criteri di appropriatezza, né di prudenza, né di diligenza, né di buona pratica.

Di conseguenza, anche nel caso di prestazioni anestesiológicas programmate in corso di attività mediche o chirurgiche "a bassa complessità" e nella "NORA", si ritiene appropriato, diligente e prudente, oltre che rispondente ad elementari principi di buona pratica, che il medico specialista in anestesia e rianimazione, qualora sia richiesta la sua opera assistenziale:

- sia fisicamente presente in sala operatoria o laddove si effettua attività NORA;

- effettui direttamente la valutazione anestesiológica preoperatoria;



- acquisisca direttamente il consenso informato alla procedura anestesiológica;

- rediga la cartella anestesiológica;

- sia singolarmente dedicato ad ogni persona assistita sottoposta ad intervento;

- esegua o sovrintenda personalmente la somministrazione pre- o intra-operatoria di farmaci ipnotici, analgesici oppioidi, o anestetici;

- predisponga personalmente la gestione del post-operatorio, compreso il proprio "nulla osta" nel caso di dimissione in giornata.

Al contrario, si ritengono inaccettabili situazioni in cui:

- siano programmate o siano prevedibili prestazioni anestesiológicas senza valutazione anestesiológica pre-operatoria e/o senza valido consenso informato;

- siano richieste valutazioni anestesiológicas finalizzate a prestazioni anestesiológicas intra-operatorie "estemporanee" o "su chiamata".

È evidente che nei casi in cui non sia stata preventivamente richiesta alcuna prestazione di natura anestesiológica, non è necessario che il medico anestesista-rianimatore effettui alcuna valutazione pre-operatoria. In questi casi è comunque necessario che sia congruamente prevista ed organizzata una disponibilità di un medico specialista in anestesia e rianimazione presente nella struttura ospedaliera a poter intervenire tempestivamente ed efficacemente, per situazioni di urgenza e di emergenza imprevedute e/o imprevedibili, con prestazioni di natura rianimatoria.

Si ribadisce, infine, la necessità di un corretto dimensionamento delle dotazioni organiche degli anestesisti-rianimatori, in base ai fabbisogni commisurati ai carichi di lavoro, e all'organizzazione generale delle attività in cui sono o potrebbero essere richieste le loro prestazioni specialistiche.

**(Il documento è consultabile anche sul sito web dell'Associazione: [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it))**

## Adriana Paolicchi è il nuovo Presidente della SIARED

**Tra gli obiettivi del mandato: rendere la Società Scientifica più vicina a tutti i professionisti**



Adriana Paolicchi, 58 anni, di Pisa, è il nuovo Coordinatore dei Delegati Scientifici dell'AAROI-EMAC, e quindi Presidente della SIARED, Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore. La nomina della Dr.ssa Paolicchi, già Delegato Scientifico

dell'AAROI-EMAC Toscana, alla Presidenza della SIARED, Società Scientifica emanazione della nostra Associazione, testimonia la volontà di implementare i principi costitutivi e le funzioni sinergiche delle due istituzioni, in un percorso di progressiva valorizzazione di tutti i colleghi che alla nascita e alla crescita di SIARED hanno sempre contribuito disinteressatamente, con impegno e passione.

Adriana Paolicchi si è laureata presso l'Università di Pisa nel 1981, e nel 1985, nella stessa Università, ha conseguito il Diploma di specializzazione in Anestesia e Rianimazione. Dal 1986 a tutt'oggi lavora presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. Oltre che nell'ambito dell'anestesia, generale ed integrata, ha svolto la sua attività clinica e scientifica nel campo della medicina perioperatoria, dalla fase di preospedalizzazione alla gestione del dolore postoperatorio, ed attualmente si occupa di trattamento del dolore anche nell'ambito del SSR Toscano, oltre che nella sua Azienda, all'interno della quale, tra l'altro, nel corso della sua carriera professionale, si è dedicata alla creazione dell'Acute Pain Service, ricoprendo all'interno di tale APS dapprima un incarico professionale specifico, e successivamente quello di Responsabile di Struttura Semplice. Ad oggi, nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, è Responsabile della Sezione Dipartimentale "Anestesia e Ospedale senza Dolore", e si occupa tra l'altro dell'assistenza anestesiológica in chirurgia generale gastroenterologica, oltre che essere Responsabile del Comitato "Ospedale senza dolore". Presso la Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Pisa ha effettuato attività di insegnamento in ambito di TIVA e nel campo del trattamento del dolore postoperatorio, esercitando attività didattica anche attraverso il tutoraggio "sul campo". Collabora alla stesura di linee-guida con diverse società scientifiche (SIAARTI, SIO etc.).

La sua presenza nella SIARED risale alla nascita della Società,

all'interno della quale ha contribuito attivamente al successo dei tradizionali appuntamenti scientifici al servizio degli Istituti all'AAROI-EMAC, i Corsi Itineranti ECM, nei quali ha ricoperto sia il ruolo di relatrice, sia quello di referente scientifica, impegnandosi nei temi di attualità per la categoria. In sinergia con l'AAROI-EMAC ha svolto in prima persona per SIARED indagini conoscitive ed analitiche in ambiti delicati come la parto-analgesia e il rischio clinico.

Come Neo Presidente SIARED, Adriana Paolicchi intende far sì che la SIARED diventi un punto di riferimento culturale sul territorio, che ponga al centro delle proprie attività le reali problematiche della professione, con particolare attenzione ai giovani, che spesso si trovano soli ad affrontare situazioni difficili e senza adeguato addestramento. Perché ciò sia possibile è indispensabile promuovere linee-guida e raccomandazioni finalizzate anche al rispetto a livello nazionale di principi di buona pratica clinica, per una loro applicazione uniforme e senza lati oscuri, in collaborazione con le altre Società Scientifiche, e in sintonia con l'AAROI-EMAC. Proprio questa sintonia dovrà diventare il punto di forza del nuovo corso, che si propone di far convergere le attività scientifiche anche a sostegno delle finalità sindacali della nostra Associazione.

Una SIARED in grado di recepire più a fondo le esigenze degli Anestesiologi Rianimatori e dei Medici di Emergenza e di Area Critica, più vicina alle loro professionalità e alle loro realtà lavorative, anche attraverso la rete dei Delegati Scientifici dell'AAROI-EMAC, in collegamento con le Istituzioni, e attraverso sistemi di comunicazione al passo con i tempi, oltre che attraverso un'offerta formativa scientifica più articolata, anche a distanza potrà avere la spinta propulsiva per offrire un contributo ancora migliore alla crescita professionale e lavorativa agli Istituti della nostra Associazione.

# IL LUNGO ITER DELLA LEGGE DI STABILITÀ

**Il Governo sostiene che per la prima volta i tagli non impatteranno sui livelli dei servizi sanitari**

A metà ottobre, il giorno prima dell'uscita ufficiale, le voci non confermate sul contenuto della Legge di Stabilità hanno fatto alzare il livello di attenzione. Pareva infatti che la Sanità sarebbe stata - ancora una volta - la vittima prescelta su cui far abbattere la scure dei tagli. I primi numeri parla-



vano di tagli pari a 500 milioni di euro nel 2014, 1 miliardo nel 2015 e 1,1 miliardi nel 2016.

Insorti i politici, in allarme i sindacati, pronte a una vivace protesta le Regioni e preoccupata anche la Ministro Lorenzin che in un'intervista sul quotidiano La Repubblica dichiarava: "Sento parlare con troppa insistenza di questi tagli nei sottoscala del ministero dell'Economia. Sarebbero insensati, il sistema non li reggerebbe". A preoccupare Lorenzin c'era anche il fatto che i nuovi tagli avrebbero fatto saltare il Patto per la Salute. Ma nel frattempo il premier Letta, via twitter, gettava acqua sul fuoco raccomandando a tutti di non fidarsi delle voci di corridoio e di aspettare il varo della Legge di Stabilità previsto entro le 24 ore successive. La sera del giorno dopo, la cautela di Letta ha trovato fondamento nel testo della Legge di Stabilità che per la prima volta dopo molti anni, non contiene tagli alla sanità. La Lorenzin ha quindi vinto il suo braccio di ferro con chi, l'Economia di Saccomanni, questi tagli li pensava indispensabili. Lorenzin però ha fatto passare la sua linea: "ci sono sì ancora sprechi da scovare nella rete della spesa sanitaria - ha detto a caldo al Tg2 - , ma si devono evitare i tagli lineari. Non è solo quanto si taglia, ma come lo si fa".

La partita quindi non è definitivamente chiusa. Si è solo spostato il negoziato dal Parlamento alle Regioni. La vera Legge di Stabilità per la sanità diventerà quindi il Patto per la Salute che dovrà garantire quei risparmi sui quali Lorenzin ha scommesso, vincendo la partita in Consiglio dei Ministri.

Il primo nodo da sciogliere è la copertura di 2mld di euro che non saranno più garantiti dall'aumento dei ticket che sarebbe dovuto scattare a gennaio 2014. Ma pare che quei soldi ci siano, anche Vasco Errani, Presidente della Conferenza Stato-Regioni, sembra esserne convinto. Rassicurazioni arrivano anche da Francesco Bevere, Direttore Generale Programmazione sanitaria del ministero della Salute che avrebbe affermato che "i 2 miliardi per la copertura dei ticket entreranno nel Fondo Sanitario".

Il secondo nodo riguarda il Patto per la Salute - importante ai fini di una revisione organizzativa e gestionale del sistema - che prevede di dare se-

guito all'applicazione dei nuovi standard ospedalieri che porteranno al taglio di circa 14mila letti per acuti ma che al contempo metteranno a disposizione 6,6mila letti per le lungo degenze. E se questo non bastasse all'ordine del giorno ci sono anche temi come la medicina territoriale (il discorso H24 è rimasto congelato nel Decreto Balduzzi), i nuovi Lea, il punto ticket con tutta la partita relativa alla revisione del sistema della compartecipazione alla spesa e le esenzioni. A questi se ne aggiungono anche altri tra cui il rilancio dell'edilizia sanitaria, la ricerca e il recepimento della direttiva UE sull'assistenza transfrontaliera operativa da fine ottobre 2013 (ma il 4 settembre è entrata in vigore la legge delega per il recepimento della direttiva che fissa in 3 mesi il timing per emanare i decreti legislativi. Per cui ci sarà tempo fino al 4 dicembre per adeguarsi).

Il giorno successivo al consiglio dei ministri la Ministro Lorenzin è stata intervistata da SkyTg24 e ha sottolineato come "per la prima volta in 10 anni la sanità non subisce tagli, né quest'anno né nei prossimi". Raccomanda però di utilizzare questa occasione per fare in modo, attraverso il Patto per la Salute, di recuperare risparmi all'interno delle singole Regioni e di realizzare un nuovo piano di programmazione sanitaria a livello nazionale. Un compito non facile che però rappresenta un atto di responsabilità comune. Lorenzin si augura di utilizzare questi tre anni senza tagli per realizzare "tutto quello che è già in Conferenza delle Regioni, come i costi standard, allo scopo di mettere davvero in sicurezza il Ssn per i prossimi 20 anni". Tra le priorità che la Ministro mette sul piatto ci sono il contenimento degli sprechi, l'ottimizzazione delle risorse, una modifica nella metodologia di gestione della governance, una maggiore trasparenza di quello che accade in sanità e la possibilità di intervenire sul blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro in modo da rendere accessibile alla sanità le nuove forze, le nuove leve. Sono tanti i medici che andranno in pensione nei prossimi anni e, come hanno denunciato più volte i sindacati con molta preoccupazione, se non si sblocca il turnover l'Italia rischia di arrivare al punto di non avere più medici in corsia. Il ministro concorda sulla necessità di intervenire: "Il Governo - ha dichiarato a SkyTg24 - ha fatto la sua parte, garantendo la copertura di due miliardi per il ticket e facendo un'operazione straordinaria sul sociale. Ora serve da parte di Stato e Regioni la presa in carico di responsabilità comuni.

In realtà se per i prossimi tre anni di tagli in quanto tali non ne sono stati previsti, la legge di stabilità contiene "risparmi" soprattutto in materia di personale. Si parla di 540 mln nel 2015 e 610 nel 2016 così distribuiti principalmente: blocco delle indennità di vacanza contrattuale fino al 2017 e di interventi sugli straordinari, blocco della parte economica di contratti e convenzioni fino al 2014. A questo nuovo allarme Lorenzin risponde però che "la spesa che riguarda il Fondo sanitario nazionale rimane inalterata" e che quelli di cui si parla "non sono tagli previsti dalla legge di stabilità ma si tratta del blocco del turn-over che riguarda tutta la pubblica amministrazione" di cui anche il comparto sanitario fa parte. Sottolinea poi che quelle cifre non saranno contabilizzate sul Fondo Sanitario Nazionale perché quello fa parte di un'al-

tra partita". Rimane comunque il fatto che i risparmi che derivano da queste misure per la sanità andranno ad impattare sul Fondo nel 2015 e nel 2016, riducendolo. Il discorso quindi è tutt'altro

che chiuso e le discussioni sui vari punti ancora in sospeso, blocco/sblocco del turn-over almeno nelle Regioni in regola con il Patto di Stabilità è costantemente all'ordine del giorno.

## ULTIM'ORA: EFFETTI ART. 11 BOZZA LEGGE DI STABILITÀ

(Documento completo di tutte le fonti normative su [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it))

### Comma 2 - effetto e commento:

- l'indennità di vacanza contrattuale per il periodo 2015-2017 resta invariata rispetto a quella percepita al 31/12/2013.
- le procedure contrattuali 2013-2014 possono "partire" a condizione che non intervengano recuperi per la parte economica.

### Comma 5 - effetto e commento:

- blocco della rivalutazione economica contrattuale fino al 31/12/2014
- le aziende decurtano le risorse destinate all'attività accessoria dei dirigenti (fondo per particolari condizioni di lavoro e fondo di risultato) dell'entità corrispondente alle riduzioni stabili di personale in servizio

### Comma 8 - effetto e commento:

- turn-over 2012 al 40% e non al 50% (problemi stante l'anno 2012 già trascorso)
- negli anni successivi il turn-over è assicurato al 50% (2014 e 2015), 60% (2016), 80% (2017) e 100% (2018). Verrebbe da dire: "finalmente", ma si deve tenere conto del livello di partenza della dotazione organica, falcidiata fino al 31/12/2017 con turn-over minore del 100%

### Comma 9 - effetto e commento:

- miglioramento del limite del 20% e progressione migliorativa per 2017 e 2018 (vedi commento punto precedente).

### Comma 17 - effetto e commento:

- viene decurtato l'incremento economico per intero derivante dall'attività lavorativa in festività infrasettimanale, ma solo per quanto eccedente l'orario di servizio

### Comma 21 - effetto e commento:

- viene decurtato il fondo per il ssn di 540 milioni per l'anno 2015, 610 milioni per l'anno 2016.

Marco Chiarello  
Presidente Sez. Regionale AAROI-EMAC Marche  
Esperto dello Staff Tecnico AAROI-EMAC

## A CALDO: INSTABILITÀ A NORMA DI LEGGE?

La misura è colma... fino a quando l'incapacità di governo di questa classe politica, invece che contrastare l'elusione e l'evasione fiscale, la corruzione e le attività malavitose, non farà altro che smantellare il welfare e l'intera rete dei servizi sociali, tagliando inesorabilmente i finanziamenti alla Sanità in maniera lineare, anno dopo anno?

I pubblici dipendenti del nostro SSN, fatti ormai passare per una casta di "lavativi" privilegiati, vengono demotivati con il blocco degli incrementi contrattuali, a partire dal 2009 e senza speranze; alle giovani generazioni si offrono unicamente prospettive di eterno precariato e di "contratti atipici".

Eppure, chi lavora nella sanità pubblica contribuisce a rendere al nostro Paese un servizio senza gloria ma vitale per tutti. Difendere la dignità dei lavoratori della sanità significa difendere il concetto stesso di servizio sanitario pubblico ed universale. Accettare passivamente una legge che stabilmente destabilizza la nostra professione significa autorizzare a considerare le nostre retribuzioni un bancomat, utilizzato per mantenere gli sprechi, che derivano, spesso, da una cattiva gestione di apparati legati ad interessi della politica.

Se lo sciopero, come pare, è una forma di protesta inascoltata, occorrerà contestare in modo più incisivo le ingiuste penalizzazioni economiche che continuano ad esserci inflitte per legge, così come le sempre più diffuse violazioni della normativa contrattuale vigente, in particolare per quanto riguarda il nostro orario di lavoro.

E se mai, chissà quando, sarà ripresa una trattativa sul CCNL, non potremo di certo accettare supinamente modifiche contrattuali a loro volta punitive, edulcorate (forse) da adeguamenti economici ridicoli sul piano retributivo e tragici sul piano previdenziale.

Fabio Cricelli  
Presidente Sez. Regionale AAROIEMAC Toscana  
Vice Presidente Nazionale Vicario

# DDL OMNIBUS: LE INIZIATIVE DEL MINISTRO LORENZIN

**Varato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 26 luglio 2013, rivede e integra i Decreti Fazio e Balduzzi**

**Epidurale nei Lea, riforma degli ordini, sperimentazione clinica, sicurezza alimentare e corretti stili di vita.** Tutti temi rimasti in un cassetto fino a che il Ministro Beatrice Lorenzin li ha inseriti nel Ddl approvato dal Consiglio dei Ministri lo scorso 26 luglio. Ora il testo passa al vaglio delle Regioni che dovranno esprimere il loro parere e poi dovrà essere assegnato alle commissioni di merito per l'avvio dell'iter parlamentare. Il testo approvato - "Disposizioni in materia di sperimentazione clinica dei medicinali, di riordino delle professioni sanitarie e formazione medico specialistica, di sicurezza alimentare, di benessere animale, per la promozione della prevenzione e di corretti stili di vita" - rielabora molti dei temi già presenti nei DDL Fazio e Balduzzi rimasti fermi nella passata legislatura e introduce alcune novità. Tra i provvedimenti più attesi del DDL - perché da

tanto se ne parla ma fino ad ora non si è mai passati dalle parole ai fatti - c'è l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza con l'inserimento tra le prestazioni a carico del Ssn della **parto-analgesia** per tutte le donne che ne facciano richiesta. Come questo si possa conciliare con la situazione generale di blocco del turn-over e di tagli lineari ancora però non è chiaro: da un lato si tagliano risorse e si riduce il personale mentre dall'altro si aumentano le responsabilità di chi è in servizio e già oggi è costretto a molte ore di straordinario perché presta servizio in strutture spesso sottodimensionate. Le discussioni a questo proposito sono già iniziate ma ancora non sono giunte risposte dal Ministro. Rispetto alla **disciplina degli ordini**, il provvedimento pone le basi per la trasformazione degli attuali Ordini delle professioni sanitarie e per la costituzione di nuovi ordini in relazione alle nuove professioni

sanitarie. Il Ddl pone sotto il controllo del ministero della Salute gli Ordini di biologi e psicologi. E prevede la costituzione degli Ordini degli infermieri, delle ostetriche, dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (in questo Ordine rientreranno anche gli assistenti sanitari, oggi con un albo a sé). Tra le novità c'è poi la definizione degli Ordini come organi sussidiari dello Stato: le risorse di cui dispongono provengono solo dagli iscritti, quindi non fanno parte della finanza pubblica e sono escluse dalla spendind review. Lorenzin dedica poi una parte del provvedimento alla **lotta all'abusivismo medico** prevenendo un inasprimento delle pene e il sequestro dei beni utilizzati nell'attività illecita e alla **tutela dei pazienti più fragili** con un inasprimento delle pene per i maltrattamenti di pazienti ricoverati in strut-

ture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali.

Il DDL si occupa anche di **specializzandi**, affidando a un accordo Stato-Regioni il compito di definire le modalità per l'inserimento di quelli del biennio conclusivo nelle aziende Ssn con graduale assunzione di responsabilità assistenziali fino alla completa autonomia nell'ultimo anno di corso e di **dirigenza sanitaria** con l'equiparazione della dirigenza sanitaria del ministero della Salute con quella del Ssn: avranno ruolo unico, parità di trattamento economico e di percorso di carriera. Per rendere l'Italia più competitiva a livello internazionale nel campo della ricerca biomedica il DDL contiene una Legge delega per la revisione e razionalizzazione delle norme esistenti dando il via di fatto ad una vera e propria **riforma della sperimentazione clinica**.

# Precari, in attesa del Dpcm entro novembre

**Il DL Pubblica Amministrazione diventa legge, ma per la sanità si aspetta l'emanazione del Decreto**

Il Decreto Legge "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle Pubbliche Amministrazioni" è diventato Legge dopo aver completato l'iter parlamentare allo scadere dei 60 giorni a disposizione per la conversione. A questo punto, però, manca ancora il Decreto che specifichi le modalità di stabilizzazione dei lavoratori precari della sanità che deve essere emanato entro il prossimo 30 novembre. Al DL sulla Pubblica Amministrazione, licenziato dal Consiglio dei Ministri del 26 agosto scorso e in vigore dal primo settembre, era stato infatti aggiunta una modifica dell'ultimo momento con l'inserimento di un comma specifico dedicato ai lavoratori precari della sanità. Ossia, secondo i dati del Ministero della salute, rivolto a circa 35mila lavoratori precari di cui oltre 10mila Dirigenti medici.

In pratica al comma 10 dell'articolo 4 (Disposizioni urgenti in tema di immissione in servizio di idonei e vincitori di concorsi, nonché di limitazioni a proroghe di contratti e all'uso del lavoro flessibile nel pubblico impiego) era stato specificato che «Le regioni, le province autonome e gli enti locali tenuto conto del loro fabbisogno, attuano i commi 6, 7, 8 e 9 nel rispetto dei principi e dei vincoli ivi previsti e dei criteri definiti con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui al comma 5. Per gli enti del Servizio sanitario nazionale si procede all'attuazione dei commi 6, 7, 8 e 9, anche con riferimento alle professionalità mediche e del ruolo sanitario, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per la pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano».

Un cambiamento dell'ultimo minuto che aveva suscitato un certo entusiasmo non completamente condiviso dal Presidente AAROI-

EMAC, Alessandro Vergallo, che in una nota di stampa aveva puntualizzato alcuni aspetti importanti.

«Il Governo Letta, con la bozza del Decreto-Legge, dapprima nega ogni speranza di un futuro professionale digni-

toso ai medici del nostro SSN, per poi modificarlo frettolosamente, con una "generosa" apertura ad una stabilizzazione "parziale" con "procedura altamente selettiva", beninteso "tra-

mente ottenuto questa modifica del testo del DL, ma la riserva di una verifica di quanto essa potrà servire è d'obbligo. Comunque, nel caso specifico delle stabilizzazioni dei medici precari, il "fare" (oggi) si sta rivelando sempre più un "daremo disposizione di fare" (poi), che, nel come, resta una promessa, mentre la sovrabbondanza di limitazioni e di tagli alle nuove assunzioni, legiferata dal DL in

**AAROI-EMAC: "Necessario affrontare e risolvere i problemi del turn-over e delle dotazioni organiche"**



mite un decreto condiviso con le Regioni da adottare entro tre mesi dall'entrata in vigore del decreto legge, su proposta del Ministro della salute».

Il che vuol dire - sottolineava Vergallo - che in prima battuta la stabilizzazione non ci sarà. Non sottovalutiamo l'impegno del Ministro della salute, che apprezziamo per aver fattiva-

mente ottenuto questa modifica del testo del DL, ma la riserva di una verifica di quanto essa potrà servire è d'obbligo. Comunque, nel caso specifico delle stabilizzazioni dei medici precari, il "fare" (oggi) si sta rivelando sempre più un "daremo disposizione di fare" (poi), che, nel come, resta una promessa, mentre la sovrabbondanza di limitazioni e di tagli alle nuove assunzioni, legiferata dal DL in

assunzione e di gestione del personale di un Servizio Sanitario Nazionale frammentato in un miscuglio di Servizi Sanitari Regionali mal regolati e peggio assortiti.

Inoltre, se non verranno affrontati e risolti i problemi del turn-over, delle dotazioni organiche, e dello sblocco delle progressioni di carriera, "il limite ordinamentale per il collocamento a riposo d'ufficio", previsto dal DL, sarà per i medici precari una nuova beffa gratuita, più che una soluzione "a costo zero".

Tra le modifiche successivamente approvate dall'assemblea per quanto riguarda le assunzioni a tempo indeterminato e il rinnovo dei contratti di lavoro a tempo determinato si prevede, al comma 6-quater dell'articolo 4, che:

"per gli anni 2013, 2014, 2015 e 2016, le regioni e i comuni che hanno proceduto, ai sensi dell'articolo 1, comma 560, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, a indire procedure selettive pubbliche per titoli esami, possono, in via prioritaria rispetto al reclutamento speciale di cui al comma 6 e in relazione al proprio effettivo fabbisogno e alle risorse finanziarie disponibili, fermo restando il rispetto delle regole del patto di stabilità interno e nel rispetto dei vincoli normativi assunzionali e in materia di contenimento della spesa complessiva di personale, procedere all'assunzione a tempo indeterminato, a domanda, del personale non dirigenziale assunto con contratto di lavoro a tempo determinato, sottoscritto a conclusione delle procedure selettive precedentemente indicate, che abbia maturato, alla data di entrata in vigore del presente decreto, almeno tre anni di servizio alle proprie dipendenze negli ultimi cinque anni. Nelle more delle procedure di cui al presente comma, le regioni e i comuni possono prorogare, nel rispetto dei limiti massimi della spesa annua sostenuta per le stesse finalità, previsti dall'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, i contratti di lavoro a tempo determinato di cui al periodo precedente fino a conclusione delle procedure stesse e comunque non oltre il 31 dicembre 2016".

## Ipnosi e anestesia: è una sinergia Il parere di Marco Luchetti e Carlo Antonelli

Nel mese di agosto, grande risalto ha avuto la notizia di un intervento eseguito in ipnosi. Nel dettaglio è stato rimosso un tumore della pelle utilizzando questa tecnica come anestesia. L'intervento è stato eseguito a Padova da Enrico Facco, docente di Anestesia e Rianimazione del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Padova, primo autore dell'articolo pubblicato nel numero di settembre della rivista *Anaesthesia*.

Sull'argomento sono intervenuti **Carlo Antonelli (Anestesista e Ipnoterapista, membro SII - Società Italiana Ipnosi) e Marco Luchetti (Anestesista, Esperto di Medicina non Convenzionale)**. «Ipnosi e Dolore sono, da millenni, un binomio inscindibile, due



Marco Luchetti

esperienze umane radicate nella nostra biologia oltre che nella nostra matrice sociale e relazionale. È sempre entusiasmante leggere sui quotidiani, titoli come: "Ipnosi invece dell'anestesia. Operata di tumore a Padova". Notizie come questa ci ricordano e ci stimolano a recuperare un valore fondamentale della medicina e dell'anestesiologia in particolare. Forse noi anestesisti avremmo scritto: "ipnosi con l'anestesia..." perché come è ovvio non esiste conflitto di interessi ma solo sinergia

per il benessere del paziente. Come le tecniche anestesiologiche hanno dei limiti in rapporto alle caratteristiche del soggetto, così li ha l'ipnosi clinica, in particolare nelle sue espressioni più potenti come l'ipnoanestesia che richiede un grado di ipnotizzabilità elevata, caratteristica individuale, relativamente stabile e presente solo in una parte della popolazione. L'indubbia perizia del Professor Facco dell'Università di Padova, l'incontro di una forte motivazione e di una relazione terapeutica sicura sono certamente gli ingredienti fondamentali del successo.

L'ipnosi clinica, oltre i casi più eclatanti come questo, dovrebbe essere maggiormente considerata in ambito medico e specialistico, perché in ogni caso è uno strumento e una filosofia di vita che può aiutare i nostri pazienti (e noi) a superare situazioni difficili, non tanto e solo nell'ambito del dolore acuto ma nel dolore cronico, dove sappiamo che l'esperienza complessiva che il paziente vive è la somma di fattori biologici, cognitivi, emotivi e relazionali. L'esperienza di una sana e significativa relazione terapeutica, come l'ipnosi rappresenta nella sua essenza, può modulare e correggere una esperienza disfunzionale quale il dolore».

## Subito la sicurezza dei punti nascita L'intervento congiunto AAROI-EMAC e FESMED

La notizia della donna morta di parto a Nicosia, lo scorso 5 agosto, riporta alla mente la raccomandazione emanata su questo argomento dal Ministero della salute. Nel documento si rileva come gli eventi avversi associati al parto possano avere un'incidenza maggiore di quanto le statistiche ufficiali riportino, e come possano risultare troppo spesso associati a fattori organizzativi. In generale, gli ospedali non adeguatamente attrezzati, non collegati a terapie intensive, la mancanza di sangue e derivati, l'organizzazione del lavoro dei professionisti basata sulle pronte disponibilità invece che sulle guardie per carenza di personale, sono senza dubbio circostanze che frequentemente rischiano di creare i presupposti per il verificarsi di fatti drammatici o tragici.

Anche per questo motivo, il 16 dicembre 2010 veniva sottoscritto l'Accordo, tra il Governo e le Regioni, sulle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Nell'accordo si contemplava l'attuazione, da parte delle singole Regioni, di precisi criteri da adottare, tra cui la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con basso numero di parti, l'individuazione dei requisiti minimi di sicurezza relativi ai diversi livelli ospedalieri di assistenza ostetrica e neonatale, e la definizione delle risorse umane necessarie sulla base dei carichi di lavoro. A distanza di quasi tre anni, poco o nulla è stato fatto in tante Regioni, fra le quali la Sicilia, per attuare l'accordo.

In generale, riteniamo che così come le Regioni rivendicano il diritto alla gestione dei propri sistemi sanitari regionali, in quanto più vicine alle realtà locali e ai bisogni dei cittadini, di pari grado non possono sottrarsi al loro dovere di decidere, anche e soprattutto in un momento in cui le condizioni economiche obbligano a scelte precise, su come e su dove debbano essere allocate le risorse disponibili.

Crediamo che tra le scelte possibili non possa rientrare quella di mantenere in funzione servizi strutturalmente inadeguati, al di sotto degli standard di sicurezza, in cui vengono chiamati a prestare servizio, spesso in condizioni di emergenza urgenza, professionisti con contratti di lavoro violati.

Nel momento in cui non si decide quali siano i presidi ospedalieri ed i servizi sanitari che devono erogare le prestazioni indispensabili ai fabbisogni di salute dei cittadini, e non si provvede ad attrezzarli e ad organizzarli in maniera adeguata, si creano i presupposti per intollerabili situazioni di rischio, non solo nei punti nascita, ma anche in tutte le altre strutture sanitarie deputate a gestire un'emergenza o un'emergenza medica o chirurgica, tra cui le sale operatorie.

Chiediamo a chi ha la precisa responsabilità di garantire il diritto alla salute dei cittadini, in tutte le Regioni, di provvedere al più presto alla messa in sicurezza dei punti-nascita e dei servizi per l'emergenza-urgenza di tutti i presidi e i servizi ospedalieri presenti sull'intero territorio nazionale.

## Riorganizzazione dei piccoli ospedali, un nuovo modello?

**Lorenzin: "La rete di interventi è già sul tavolo e presente a macchia di leopardo"**



Ancora una volta arriva da un caso di cronaca l'intervento del governo in materia sanitaria. Ed è così che, dopo la morte di una ragazza di 17 anni all'ospedale di Orbetello avvenuta il 26 agosto, il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin annuncia - attraverso le pagine del quotidiano *Il Mattino* del 30 agosto - che il progetto di riorganizzazione dei piccoli ospedali è praticamente pronto, "già sul tavolo", scrive. La lettera che di seguito riportiamo rimandava ad un intervento del professor Silvio Garattini sullo stesso giornale che partendo dal caso di cronaca aveva sollevato la questione della chiusura dei piccoli ospedali:

«Caro direttore, di Valentina, morta a soli 17 anni in un piccolo ospedale della provincia italiana posso solo scrivere che come persona provo sconcerto e rabbia; come Ministro voglio conoscere i fatti e capire se per questa ragazza sia stato fatto tutto quello che è previsto dalla procedura di soccorso ed emergenza; a questo risponderanno presto le indagini. Però quanto scritto ieri sulle colonne del suo giornale dal professore Silvio Garattini, prendendo spunto proprio dal caso di Orbetello, offre elementi di grande interesse per chi come me ha il dovere di porsi l'obiettivo di **promuovere un servizio sanitario sempre più efficiente, sempre migliore e sostenibilità dal punto di vista finanziario**. Garattini, a mio avviso, centra la questione nel definire i problemi dei piccoli ospedali. Qui la casistica ci dice che medici senza colpa non riconoscono talune patologie perché la bassa casistica non garantisce sufficiente esperienza e abbassa il livello formativo anche dei migliori. Ed è da questo che è necessario partire per ripensare l'organizzazione ospedaliera. Nel corso di questi mesi di lavoro, nel continuo confronto con medici, associazioni, sindacati e pazienti è emersa forte **l'esigenza di pensare un modello che copra in modo di-**

**verso tutto il nostro articolato e morfologicamente complesso territorio nazionale**, tenendo conto delle specificità, ma senza mai perdere di vista l'obiettivo di consegnare ai cittadini la sanità di cui il malato ha bisogno. La riconversione dei piccoli ospedali che non sono in grado di fornire un'assistenza di qualità, il potenziamento del trasporto di emergenza per spostare in tempi rapidissimi i pazienti verso le strutture di eccellenza, una rete tematica per fare viaggiare in tempo reale i dati dei rilievi tra i piccoli ospedali e le strutture dove sono presenti specialisti capaci di riconoscere anche le patologie rare, è l'obiettivo che ci siamo dati. È un processo organizzativo che parte dalle migliori pratiche, le ottimizza e consente di garantire ai cittadini le cure migliori tagliando sprechi e reinvestendo in qualità.

**Per realizzare questo piano, c'è bisogno di vincere una grande sfida che è prima di tutto culturale, perché nonostante l'evidenza dei dati c'è chi crede ancora che chiudere un piccolo ospedale di cui pazienti stessi diffidano sia una perdita per il territorio.** Ho avuto modo spesso di dire che i cittadini sono assai consapevoli delle realtà sanitarie dei propri territori, perché quando possono, ma a volte anche quando lottano contro il tempo, scelgono una struttura più lontana se ha una reputazione migliore, esiti certi, strumenti moderni, esperienza.

Per questo **confido nella responsabilità degli amministratori locali, affinché spendano generosamente la loro esperienza politica mediando contrapposizioni sul territorio che non fanno bene a nessuno.** Dai costi standard, alla riconversione delle strutture troppo piccole in centri poli ambulatoriali o in strutture intermedie, la rete d'interventi è già sul tavolo e presente a macchia di leopardo sui territori».

### Le considerazioni di Domenico Minniti in una lettera pubblicata sulla testata online *Quotidiano Sanità*

Il Ministro Lorenzin annuncia di aver già pronto un documento che rivoluzionerà la Sanità, un'autentica panacea per migliorarne la performance, attraverso la riorganizzazione delle reti ospedaliera, territoriale e dell'emergenza urgenza. Nel documento l'assoluta novità è rappresentata dalla telemedicina, cosa alla quale finora, onestamente, nessuno di noi medici aveva ancora avuto l'ardire di pensare. Peccato che un po' dappertutto e, incredibilmente, anche nelle regioni disastrose, quelle in cui vige un piano di rientro dal disavanzo economico, questi documenti siano già stati pubblicati sotto forma di Decreti di Giunta Regionale, siano quindi LEGGE a tutti gli effetti, ed attendano solo di essere applicati. La ormai nota modifica del titolo V della nostra Costituzione, demanda alle singole regioni l'organizzazione della propria sanità, e le singole regioni vi provvedono attraverso la produzione di leggi che, almeno in teoria, disegnano un sistema sanitario probabilmente perfettibile, ma comunque in grado di rimuovere le principali criticità. Queste disposizioni normative in pratica sono però in gran parte disattese e restano dunque lettera morta. L'esempio che meglio conosco è quello della regione in cui vivo, anche se, con un pizzico di presunzione sono certo che altrove non vi siano sostanziali differenze. Dal 2010 il Governo Regionale ha normato con il supporto di AGENAS ed attraverso una serie di leggi il riordino delle proprie reti, andando, nella propria programmazione, molto oltre l'introduzione della telemedicina. Sulla carta, lo schema della nostra Sanità a me piace ed anche molto: adozione del modello Hub & Spoke; riconversione di diciassette strutture distrettuali - i cosiddetti piccoli ospedali - in centri per le cure primarie, dotati comunque di punti di primo intervento; potenziamento del filtro da parte del territorio per decongestionare gli ospedali per acuti anche attraverso la sinergia tra la Continuità Assistenziale e le Centrali Operative al fine di intercettare codici bianchi e verdi ed evitare sovrappollamento del Pronto Soccorso dei centri Hub & Spoke. Mi limito qui, ma il lettore che volesse saperne ancora di più potrà documentarsi sul sito istituzionale della regione Calabria, nella sezione relativa al piano di rientro.

Nonostante i Decreti di Giunta Regionale ed un sistema sanitario almeno sulla carta intrigante, e per limitarmi a puro titolo d'esempio ai soli Pronto Soccorso, i nostri ospedali continuano però ad essere aggrediti ed invasi da percentuali variabili tra il 70 e l'80% di codici bianchi e verdi. I nostri centri Hub e Spoke sono costretti ad essere grandemente distolti dalla loro funzione principale, la medicina per acuti, per vicariare quelli che sono i compiti della medicina territoriale: prevenzione e riabilitazione. È evidente a tutti che le criticità non si limitano a questo mio esempio, ma l'elenco sarebbe lungo e non intendo annoiare il lettore, né distrarlo da quello vorrei fosse il messaggio principale. Il lungo percorso dei piani di rientro dal disavanzo economico non prescinde da un rigoroso controllo step by step da parte dei tavoli tecnici ministeriali, per cui la stessa Lorenzin non può disconoscere leggi e criticità locali e non utilizzare gli strumenti che ha a disposizione per esercitare la propria azione di governo.

Signor Ministro, non servono documenti che rivoluzionino la Sanità: ci sono già. Non serve che qualcuno venga ad insegnare a noi medici cos'è il governo clinico: si è preteso che diventassimo dirigenti, che studiasimo il Management sanitario ed aziendale per organizzare le nostre Unità Operative, che diventassimo esperti nella gestione del rischio clinico, e navigassimo con cognizione di causa nell'Health Technology Assessment. Quello che a noi serve è che ci vengano forniti gli strumenti per esercitare le nostre competenze. Noi, qui in trincea, a mani nude, facciamo quello che possiamo, ma Lei, nella stanza dei bottoni sta facendo altrettanto? Non serve un nuovo Patto per la Salute (perché immagino sia questo il documento al quale Ella fa riferimento nel Suo annuncio), sarebbe già sufficiente non disattendere quello 2010-2012; semmai perfezionarlo per il triennio successivo, ma non è certo questa la panacea. Serve invece, Signor Ministro, che qualcuno, ciò che è già stato normato, lo faccia applicare sul proprio territorio, senza aver paura, se veramente si muove nell'interesse del Paese, di perdere consensi elettorali. Serve agire, Signor Ministro. La Sanità sta implodendo e non c'è più tempo per i "documenti", i "faremo" e le "parole". Servono i fatti, Signor Ministro, e solo quelli. ([www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it) - sezione "Lettere al Direttore")

Domenico Minniti  
Vice Presidente Sez. Regionale AAROI-EMAC Calabria

## La sanità molisana è al "canto del cigno", serve un piano d'azione

**Di Lello: "Si lavora con un senso di sconforto e di disagio tra i medici che garantiscono l'urgenza"**

La sanità molisana da anni versa in condizioni critiche. Mentre va avanti l'interminabile e poco edificante spettacolo di balletto offerto dall'avvicinarsi di commissari, sub-commissari, esperti ministeriali e direttori generali, siamo ormai al "canto del cigno". Alle quasi quotidiane e vivaci proteste evidenziate dai media in materia di sanità, fa da contraltare il quotidiano e silenzioso sacrificio degli operatori sanitari che, specie nel settore dell'emergenza-urgenza, si accollano, insieme ai pazienti, gli effetti dei ripetuti tagli sul personale e di organizzazioni che, eufemisticamente, possiamo definire perfettibili.

Come medico e ancor più come Presidente dell'AAROI-EMAC Sezione Regionale Molise, di fronte alla sostanziale inerzia dell'Azienda Sanitaria Regione Molise e degli altri Organi Istituzionali nel portare avanti un confronto serio e leale su temi di vitale importanza quale, ad esempio, il piano e l'orario per garantire le urgenze-emergenze, sento il dovere di manifestare il senso di sconforto e di disagio dei medici di questo settore che quotidianamente, tra mille difficoltà, garantiscono in primis le urgenze e le emergenze sanitarie dei cittadini molisani. Con amarezza abbiamo constatato che le Istituzioni hanno di recente aperto tavoli di confronto con vari comitati locali, con i cosiddetti primari, cioè con i direttori delle unità operative, ma non con le parti sociali, a cui la Costituzione pure riconosce il ruolo.

Ritengo che non si possa più rimandare la redazione di un piano che garantisca, tra l'altro, uniformemente su tutte le sedi

ospedaliere del territorio regionale, in attesa della loro necessaria e urgente riorganizzazione/riqualificazione, la guardia anestesiológica H24 all'interno delle strutture dove sono degenti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

Lo stesso discorso vale per i punti nascita in cui è necessario garantire, nel primario interesse delle pazienti e dei nascituri, H24, 7 giorni su 7, la presenza di tutto quel personale previsto dalle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" della Conferenza permanente Stato - Regioni e dalle "Linee Guida Blocco Parto" dell'ISPSEL, senza fare più impropriamente ricorso alla pronta disponibilità e/o alla presenza del medico di guardia delle Unità di Rianimazione-Terapia intensiva che in caso di emergenza, in alcune sedi, deve abbandonare la sua postazione.

È inoltre fondamentale aprire il confronto su un piano che garantisca, tra l'altro, gli interventi di emergenza H24, 7 giorni su 7, uniformemente sul territorio regionale, in caso di politrauma o di problematiche cardiovascolari.

La sede ospedaliera di Isernia, ad esempio, dove giungono i codici rossi della provincia è dotata della Rianimazione, ma non di una di Ortopedia-Traumatologia attiva che, invece, opera a Venafro dove, viceversa, non c'è la Rianimazione.

È infine necessario trovare una definitiva soluzione ai problemi del pronto soccorso e dell'area critica, anche supportan-

doli con servizi diagnostici organizzati in modo da dare risposte pronte H24, 7 giorni su 7, confrontandosi con la medicina territoriale e col Servizio 118.

Tutto questo verosimilmente è possibile ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili, riqualificando/riconvertendo i piccoli ospedali, potenziando il trasporto di emergenza per spostare in tempi rapidissimi i pazienti verso strutture in grado di affrontare la maggior parte dei casi, anche quelli complessi, così come dichiarato di recente dal Ministro della salute Beatrice Lorenzin.

Si discuta sulla ripartizione delle risorse e dei posti letto tra pubblico e privato convenzionato e si giunga ad una reale integrazione di quest'ultimo nel sistema dell'urgenza-emergenza, così come trovare definitiva soluzione anche il problema del sovrappollamento delle Unità di Terapia Intensiva - Rianimazione degli ospedali pubblici.

L'ospedale senza dolore diventi una realtà e non solo una mera intenzione, dando completa applicazione alle disposizioni di legge.

La risoluzione di queste problematiche ormai non può più attendere, occorre reinvestire in qualità, stemperando quelle contrapposizioni sul territorio che non rispondono ai reali bisogni di una Sanità efficiente ed efficace dei cittadini molisani.

Comunicato Stampa di David Di Lello  
Presidente Sez. Regionale AAROI-EMAC Molise

C'è una crescente evidenza che le quantità di liquidi somministrate durante l'intervento possano influenzare i risultati postoperatori. In passato, ai pazienti sottoposti a chirurgia maggiore, spesso sono stati somministrati grandi volumi di cristalloidi, nella presunzione di una disidratazione preoperatoria e di una perdita di liquidi intraoperatori nell'ipotetico "terzo spazio".

Tuttavia, un bilancio di liquidi perioperatorio positivo, con aumento postoperatorio del peso per i liquidi, si accompagna con importanti aumenti della morbilità. Il concetto di perdita di liquidi nel "terzo spazio" è stato confutato in modo importante, e la disidratazione preoperatoria è stata quasi eliminata con una riduzione dei tempi di digiuno e l'uso di liquidi orali fino a 2 h prima dell'intervento. Un regime di liquidi intraoperatori restrittivo, evitando l'ipovolemia, ma limitando l'infusione al minimo necessario, riduce le complicanze maggiori dopo chirurgia complessa; tuttavia la mancata chiarezza nella definizione del regime di liquidi restrittivo rispetto a uno liberale, la diversità di liquidi infusi, e la definizione di complicanze ha prodotto risultati contrastanti negli studi clinici.

L'avvento della terapia liquida corretta individualizzata facilitata dalla mini-invasiva, basata sul controllo del monitoraggio cardiovascolare dei flussi, per esempio, con il monitoraggio Doppler esofageo, ha migliorato i risultati nella chirurgia del colon-retto in particolare, e questo monitoraggio è stato approvato dalle autorità di sorveglianza sanitaria.

In un contesto clinico di pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale, l'infusione di alti volumi di cristalloidi (20-30 ml/kg) riduce la nausea e il vomito, le vertigini e il dolore postoperatorio.

Di seguito sono esaminate le problematiche fisiologiche più importanti relative alla distribuzione dell'acqua e la dinamica del flusso dei liquidi dai capillari ai tessuti. Si sottolinea la logica a supporto delle modalità di somministrazione sulla base dell'evidenza clinica con una particolare attenzione al crescente uso di una corretta terapia dei liquidi personalizzata facilitata dal supporto del Doppler esofageo.

La terapia con liquidi è indispensabile nella pratica dell'anestesia intraoperatoria, ma il tipo preciso, la quantità, e il momento della somministrazione dei liquidi non è stato oggetto di dibattiti approfonditi.

Quasi tutti i pazienti che si presentano per l'anestesia generale ricevono una qualche forma di liquidi endovena. C'è un'evidenza crescente che la terapia con liquidi nel perioperatorio può modificare la prognosi perioperatoria a lungo termine.

La pratica tradizionale con la somministrazione di abbondanti volumi intraoperatoria di liquidi con cristalloidi in tutti i pazienti ora è messa in discussione dalle recenti evidenze basate sulla terapia individualizzata. Sebbene molti problemi riguardanti il bilancio dei cristalloidi e colloidi restino senza risposta, le attuali ricerche sono indirizzate ad ottenere una migliore comprensione del movimento dei liquidi a livello della barriera vascolare e quanto la chirurgia e gli interventi anestesiológicos possono influenzare questo nella fase intraoperatoria.

## FISIOLOGIA

### Distribuzione dell'acqua corporea

L'acqua rappresenta il 60% della massa corporea magra, circa 42 litri in un uomo di 70 Kg. Di questa circa 2/3 sono la parte intracellulare (28 litri); pertanto la componente extracellulare è costituita da 14 litri. Il compartimento extracellulare può a sua volta essere diviso in una parte intravascolare (3 litri) e una parte interstiziale (11 litri), con piccole quantità di liquidi transcellulari (intraoculare, secrezioni gastrointestinali e liquor) che completano la distribuzione.

Questi liquidi transcellulari sono separati anatomicamente e non sono disponibili per la scambiazione di acqua e soluti.

L'acqua totale del corpo (TBW) si può misurare usando la tecnica della diluizione dei traccianti.

L'acqua marcata con deuterio o trizio diffonde in tutti i distretti corporei. Per la misura del liquido extracellulare (ECF) è necessario che il marcatore utilizzato attraversi la parete capillare ma non le membrane cellulari. Come traccianti extracellulari

sono utilizzati soprattutto ioni solfato ( $SO_4^{2-}$ ) o bromati ( $Br^-$ ) marcati. Il volume dei liquidi intracellulari (ICV) è calcolato indirettamente sottraendo dalla TBW il ECF. Il volume intravascolare si può misurare con albumina marcata o con il colorante blu Evans.

Il volume interstiziale si calcola sottraendo il volume intravascolare all'ECF.

L'endotelio capillare è liberamente permeabile all'acqua, agli anioni, ai cationi e ad altre sostanze solubili come il glucosio ma è impermeabile alle proteine e ad altre molecole di dimensioni  $> 35$  kDa, che sono in gran parte confinate nello spazio intravascolare.

Nel liquido extracellulare il sodio ( $Na^+$ ) è il principale catione e il cloro ( $Cl^-$ ) è il principale anione. Al contrario nel compartimento intracellulare il  $K^+$  è il principale catione e il  $PO_4^{3-}$  è il principale anione, insieme a una componente proteica.

Poiché la membrana cellulare è liberamente permeabile all'acqua ma non agli ioni, si mantiene un equilibrio osmotico. In un soggetto sano, le variazioni quotidiane nel TBW sono piccole ( $< 0,2\%$ ) e sono finemente corrette con variazioni della sete e del bilancio dei liquidi controllato con il sistema ormonale renina-angiotensina, antidiuretico e peptide natriuretico atriale. La richiesta basale di liquidi in un soggetto normotermico adulto con un normale metabolismo è di 1,5 ml/Kg/h.

### Dinamica dei liquidi nel tessuto capillare

Lo spostamento di liquidi tra lo spazio intravascolare e il restante spazio extracellulare avviene a livello della barriera dell'endotelio vascolare.

Le forze che governano questo processo sono state descritte da Starling nel 1896 e restano alla base della nostra comprensione del movimento dei liquidi a livello della circolazione microvascolare. Gli elementi fluidi del sangue sono mantenuti nei vasi della microcircolazione soprattutto dal richiamo verso l'interno della pressione colloidale (COP) prodotta dalle proteine contenute nel plasma. Questa si oppone all'alta pressione idrostatica che tende a spingere il plasma fuori nello spazio interstiziale. Sia la pressione colloidale osmotica che quella idrostatica nello spazio interstiziale sono basse.

Il risultato netto di queste forze è una piccola perdita di liquido e di proteine dai vasi nello spazio interstiziale che continuamente ritorna nei vasi del sangue attraverso il sistema linfatico.

L'endotelio vascolare è permeabile all'acqua ma non alle proteine e alle molecole di grandi dimensioni; il movimento attraverso l'endotelio capillare di piccole molecole come il sodio, il potassio e il cloro e il glucosio avvengono in punti specifici tra le cellule endoteliali. I passaggi delle macromolecole può avvenire attraverso pori dilatati dell'endotelio o attraverso vescicole.

Il movimento di liquidi attraverso la parete capillare è di due tipi. Il Tipo I (fisiologico) si ha continuamente con la barriera vascolare intatta e ritorno al compartimento vascolare attraverso il sistema linfatico, evitando così l'edema interstiziale.

Il Tipo II (patologico) in cui il movimento dei liquidi si ha quando la barriera vascolare è danneggiata o funziona male permettendo un eccessivo accumulo di liquido che porta all'edema interstiziale.

### Il glicocalice endoteliale

Recenti ricerche hanno aumentato le nostre conoscenze sul movimento dei liquidi a livello della barriera endoteliale. L'endotelio è una cellula spessa rivestita dal lato del lume da una superficie fragile, il glicocalice, che costituisce una barriera di prima linea di regolazione del trasporto endoteliale delle macromolecole. La superficie endoteliale del glicocalice (EGL) è costituita da glicoproteine legate alla membrana e proteoglicani e contiene glucosaminoglicani. Essa crea una zona di esclusione per i globuli rossi, con un plasma ricco di proteine. Il volume intravascolare è costituito dal volume del glicocalice, dal volume del plasma e dal volume dei globuli rossi.

Insieme, le cellule endoteliali e il glicocalice comprendono lo strato endoteliale superficiale (ESL). Questo è di 0,4-1,2 mm di spessore ed è in equilibrio dinamica con il plasma circolante. Per funzionare, l'ESL richiede un livello normale di albumina plasmatica. La teoria attuale si basa sul concetto di "doppia barriera" dove sia lo strato di cellule endoteliali sia la superficie endoteliale del

glicocalice giocano un ruolo nel mantenimento della barriera vascolare.

Una migliore comprensione della fisiologia microvascolare permette di spiegare la differenza tra dati clinici durante la terapia fluida e la legge di Starling originale. La differenza tra la pressione trans-endoteliale e la pressione colloidale osmotica del plasma sub-glicocaliceale sono alla base della filtrazione dei liquidi, con COP interstiziale trascurabile. Con una pressione capillare inferiore al valore normale il flusso trans-capillare si avvicina a zero. Quando la pressione capillare è superiore al valore normale, la COP è massima e il movimento del liquido dipende dalla differenza di pressione trans-endoteliale. In questa situazione quando s'infonde una soluzione colloidale, essa si distribuisce nel volume plasmatico mantenendo la COP mentre aumenta la pressione capillare e pertanto la filtrazione dei liquidi aumenta.

Una soluzione con cristalloidi nelle stesse condizioni si distribuisce nel volume intravascolare e aumenta la pressione capillare mentre si riduce la COP pertanto la filtrazione di liquidi è maggiore rispetto ai colloidali.

Quando la pressione capillare è bassa entrambi i tipi di liquidi sono trattenuti nello spazio intravascolare finché la pressione trans-endoteliale aumenta a un livello tale che riprende il flusso trans-capillare.

Pertanto questo modello fisiologico supporta l'uso dell'infusione di cristalloidi rispetto ai colloidali per la rianimazione, mentre i colloidali hanno un ruolo nell'emodiluzione normovolemica e ipovolemica.

Poiché il volume dei globuli rossi è inferiore al volume intravascolare, gli studi che utilizzano questo parametro come valore di riferimento debbono essere interpretati con attenzione.

L'endotelio non è solo una barriera tra sangue e tessuti, ma ha anche un ruolo nell'emostasi primaria, nella coagulazione, nella fibrinolisi, nell'infiammazione, e nella regolazione del tono vasomotorio. Numerosi fattori hanno dimostrato di danneggiare il glicocalice endoteliale provocando l'aggregazione piastrinica, l'adesione leucocitaria, e l'aumento della permeabilità vascolare che porta all'edema interstiziale. (Questi fattori sono riassunti nella Tabella 1).

**Tabella 1. Fattori che modificano il glicocalice endoteliale (meccanismi dannosi e possibili agenti protettivi).**

Dannosi	Protettivi
Ischemia/riperfusion	Sevoflurano
Ipossia/riossigenazione	Idrocortisone
Proteasi citochine infiammatorie	antitrombina
Peptide natriuretico atriale	

La protezione perioperatoria del glicocalice endoteliale è una possibile strategia per prevenire l'edema interstiziale. Studi sperimentali hanno evidenziato che il trattamento preparatorio con idrocortisone e antitrombina protegge l'integrità dell'endotelio riducendo il distacco del glicocalice e l'adesione dei leucociti dopo ischemia/riperfusion. Anche il sevoflurano mostra effetti protettivi nel cuore isolato di cavia dopo ischemia/riperfusion mediante la stabilizzazione del glicocalice endoteliale e diminuendo l'adesione di leucociti e piastrine. Attualmente non ci sono farmaci che aumentano la sintesi o impediscono direttamente la degradazione enzimatica del glicocalice. Pertanto, occorrerebbe evitare farmaci che favoriscono il danno del glicocalice e si dovrebbero utilizzare sostanze potenzialmente protettive (Tabella 1).

### Distribuzione dei cristalloidi

La composizione dei liquidi infusi a un paziente determina la sua distribuzione corporea.

Quando si somministra 1 litro di glucosio al 5%, il glucosio è metabolizzato nel fegato liberando solo acqua che si distribuisce nell'ECF e nell'ICV in proporzione al volume infuso.

Pertanto solo il 7% (circa 70 ml) resta nel compartimento vascolare in quanto nel plasma sono presenti solo 3 dei 42 litri dell'acqua totale corporea (TBW). L'infusione di una soluzione salina isotonica contiene soluzioni che sono confinate nello spazio extracellulare in quanto al sodio è impedito di attraversare lo spazio intracellulare dalla membrana cellulare.

Pertanto quando si somministra 1 litro di soluzione salina, il 20% deve rimanere nello spazio intravascolare dopo l'equilibrio con gli altri compartimenti liquidi corporei, poiché il compartimento plasmatico costituisce il 20% del ECF. L'effetto di diversi tipi di cristalloidi e di colloidali sono stati studiati in volontari sani, in condizioni ipovolemiche e condizioni patologiche.

Diciotto soggetti sani volontari hanno ricevuto 50 ml/Kg di soluzione di Ringer lattato (RL) e soluzione salina (SN) in due momenti diversi. Si è visto che il RL riduce temporaneamente l'osmolalità del siero con il ritorno alla condizione di partenza entro 1 ora. La SN non modifica l'osmolalità del siero ma determina acidosi metabolica.

Lobo ha eseguito uno studio crociato in doppio cieco su 10 soggetti sani maschi volontari per studiare l'effetto del bolo di cristalloidi sull'albumina sierica.

A ognuno sono stati somministrati 2 litri di soluzioni salina 0,9% e glucosio al 5% in due momenti diversi in modo randomizzato. Con entrambi le soluzioni l'albumina sierica è diminuita, espressione della sola diluizione e indice della ridistribuzione nei compartimenti liquidi.

La riduzione dell'albumina si è protratta per più di 6 ore con la soluzione SN, mentre è tornata al valore di base entro 1 ora dopo l'infusione di glucosio.

Anche l'Hb si è ridotta in proporzione alla diluizione. Il carico di acqua della soluzione con glucosio è stato escreto entro 2 ore dopo l'infusione,

mentre la soluzione SN ha avuto un effetto di diluizione persistente e solo il 30% del carico di acqua e sodio escreta dopo 6 ore.

Risultati simili sono stati rilevati in uno studio che ha confrontato la soluzione salina allo 0,9% con la soluzione di Hartmann.

Si è visto, dalla diluizione dell'albumina e dell'Hb, che l'espansione volemica è stata più intensa con la SN rispetto alla soluzione di Hartmann. Misurando il peso corporeo si è rilevato che il gruppo a cui era stato somministrato SN aveva trattenuto il 56% del volume infuso dopo 6 ore rispetto al 30% del gruppo trattato con soluzione di Hartmann.

Non sono state rilevate differenze nei valori sierici di potassio, sodio, urea o nell'osmolalità totale.

# ...e Utili

a cura di Cosimo Sibilla

## Quanto somministrarne?

Fonte: *British Journal of Anaesthesia* 109 (1): 69-79 (2012)

Nel gruppo SN i valori di bicarbonato sono stati più bassi e tutti i soggetti erano ipercloremici per 6 ore.

Queste modificazioni biochimiche sottopongono l'organismo a uno stress fisiologico per eliminare il sovraccarico di elettroliti e possono esercitare un effetto dannoso sulla funzionalità degli organi e sul risultato chirurgico.

### Distribuzione dei colloid

I liquidi colloidali contengono macromolecole (di solito di peso > 40.000 kDa) costituite da polisaccaridi o polipeptidi di origine vegetale o animale e sono utilizzati come plasma expanders. Per prevenire l'emolisi, le macromolecole sono sospese in una soluzione elettrolitica che può essere sodio cloruro allo 0,9% o una soluzione più bilanciata simile all'Hartmann. Poiché contengono molecole di grosse dimensioni che non possono attraversare l'endotelio, esse restano nel plasma più a lungo dei cristalloidi.

Diversamente dalle soluzioni con cristalloidi i colloid presentano il rischio di anafilassi, hanno un effetto dosedipendente sulla coagulazione e le molecole si possono depositare nei tessuti causando prurito. Inoltre esistono evidenze che mostrano che i plasma expanders hanno un effetto favorevole sull'infiammazione, la microcircolazione e l'attivazione endoteliale.

Gli studi hanno evidenziato che la somministrazione dei colloid è contesto sensibile. Nonostante la presenza di molecole di grosse dimensioni che possono trattenere il liquido nel compartimento vascolare, in condizioni di normovolemia, il 68% del volume infuso sia di amidoidrossietilico al 6% (HES) sia di albumina al 5%, passa entro pochi minuti dallo spazio vascolare allo spazio interstiziale. Al contrario quando l'HES al 6% o l'albumina al 5% si somministra in condizioni di emodiluzione normovolemica, il volume che rimane nello spazio intravascolare è del 90%.

Recentemente è stato studiato l'effetto del carico volumico di soluzione SN allo 0,9%, di gelatina succinilata e dell'amidoidrossietilico al 6% (voluven) sul volume del sangue e sulla risposta endocrina in volontari sani.

Dopo il completamento dell'infusione in 1 ora, il 68%, 21% e 16% rispettivamente della soluzione salina, del gelofusine e del voluven erano fuori dallo spazio vascolare. Il calcolo del volume del sangue è stato ottenuto sulla base della diluizione dell'ematocrito.

Tra i colloid c'è stata una piccola differenza, anche se esiste una grande variazione nel peso medio molecolare (il gelofusine 30 kDa, il voluven 130 kDa). Questo può essere il riflesso di un diverso comportamento nella microcircolazione di molecole di piccole e grandi dimensioni.

Il sistema renina-angiotensina-aldosterone (SRAA) è fondamentale nell'escrezione del sodio dopo un carico di sodio. Tutte e tre le soluzioni hanno un effetto analogo sulla secrezione di renina, con livelli di renina aldosterone ridotti. È stato misurato il peptide natriuretico cerebrale (BNP) che evidenzia un aumento in tutti e tre i gruppi 1 ora dopo l'inizio dell'infusione. Questo si accorda con altri studi che evidenziano il ruolo della BNP e dell'ANP (peptide natriuretico atriale) nell'ipovolemia acuta.

Gli autori hanno concluso che l'escrezione di un carico di sodio e cloro può dipendere dalla soppressione del sistema renina-angiotensina-aldosterone e non dal peptide natriuretico. Si ritiene che le perdite intravascolari richiedano la sostituzione di un volume 3-4 volte maggiore con cristalloidi rispetto ai colloid. Una recente review sistematica sull'uso dell'HES in chirurgia, emergenza e terapia intensiva ha evidenziato che il rapporto tra il volume dei cristalloidi e dei colloid è stato più basso, < 2:1. Questo può riflettere una permeabilità vasale aumentata descritta in ambito cli-

nico. Tuttavia il carico di liquidi con colloid evidenzia un maggior incremento lineare del riempimento cardiaco, della portata cardiaca, e della gettata sistolica sia nei pazienti settici sia in quelli non settici rispetto alla soluzione salina normale. Peraltro uno studio randomizzato sull'uso dell'HES e della SN nei pazienti traumatizzati, ha evidenziato una maggiore clearance del lattato e un minore danno renale se confrontato con la SN in pazienti con lesioni penetranti.

### Pratica tradizionale della somministrazione dei liquidi intraoperatori

Lo scopo della terapia intraoperatoria dei liquidi è di mantenere un adeguato volume circolante per assicurare la perfusione degli organi e la disponibilità di ossigeno ai tessuti.

Tradizionalmente questo è stato ottenuto con la somministrazione di grandi volumi di cristalloidi.

Questo comportamento si basava sulla vecchia idea che il paziente nel preoperatorio fosse ipovolemico per il digiuno prolungato (niente per bocca dalla mezzanotte) e per la catarsi intestinale in preparazione all'intervento, in aggiunta alle perdite per la perspiratio e per la diuresi. Inoltre c'è stata una diffusa convinzione che l'esposizione chirurgica richiedesse una sostituzione aggressiva della perdita insensibile di liquidi dette anche perdite del "terzo spazio". Inoltre l'ipotensione durante l'anestesia generale e dopo blocchi centrali stimola un'abbondante somministrazione endovenosa compensatoria di liquidi. Tuttavia il carico di liquidi non ha influenza sull'ipotensione associata all'anestesia e deve essere trattata in modo più corretto con farmaci vasopressori. Il digiuno postoperatorio prolungato non dovrebbe più figurare nella moderna assistenza perioperatoria. Da più di un decennio le ricerche hanno dimostrato chiaramente che il digiuno da cibi solidi per 6 ore e dai liquidi per bocca, anche contenenti carboidrati, per solo 2 ore prima dell'intervento è sicuro e migliora i risultati.

Alcuni studi hanno dimostrato che, di fatto, in pazienti con condizioni cardiocircolatorie buone, il volume di sangue è normale anche dopo un digiuno prolungato.

Il ricorso alla preparazione meccanica dell'intestino è meno utilizzato perché si è visto che esistono differenze minime nelle condizioni chirurgiche quando si usa.

### Il "terzo spazio" fantasma

Il concetto di "terzo spazio" per i liquidi corporei (in aggiunta ai compartimenti intracellulari ed extracellulari) è stato introdotto nel 1960. Usando una vecchia tecnica con il solfato come tracciante, è stato misurato il volume extracellulare in pazienti sottoposti a chirurgia addominale maggiore. Si rilevò che vi era stata una riduzione del volume extracellulare non completamente compresa nelle perdite di sangue misurate. Per dare una spiegazione a questo è stato ipotizzato che i liquidi fossero stati sequestrati in aree chiamate "terzo spazio".

La sua localizzazione è sconosciuta ma si pensa sia compresa nei tessuti traumatizzati o nell'apparato gastrointestinale.

Nonostante questo sia molto improbabile per l'assenza di qualsiasi supporto scientifico credibile o di evidenza clinica, la sostituzione aggressiva di questa ipotetica perdita di liquidi ha acquistato una grande diffusione nella pratica anestesologica intraoperatoria. L'infusione intraoperatoria di grandi volumi di cristalloidi è una pratica clinica standard.

Pertanto non è infrequente che nel postoperatorio i pazienti presentino un aumento di 7-10 Kg di peso con un rischio aumentato di morbilità e mortalità.

In una review sistematica di studi che hanno misurato il volume extracellulare, si è concluso

che i dati disponibili a supporto del terzo spazio sono completamente sbagliati.

Nella fase intraoperatoria il mantenimento del bilancio idrico deve avvenire utilizzando soluzioni bilanciate di cristalloidi. Più di 30 anni fa la misura diretta dell'evaporazione di base, dalla cute e dalle vie aeree durante l'intervento ha evidenziato che la perdita è di 0,5-1 ml/Kg/h in corso di chirurgia addominale maggiore.

In assenza di perdite ematiche importanti la somministrazione di grandi volumi di liquidi è controindicata poiché può determinare un'ipovolemia, liberazione di peptide natriuretico e lesione al glicocalice endoteliale con un dannoso edema interstiziale.

### Regime di liquidi "restrittivo"

In chirurgia toracica la restrizione di liquidi è la pratica standard, ma il volume di liquidi intraoperatorio in chirurgia generale presenta modalità ampiamente variabili.

È stato eseguito uno studio randomizzato multicentrico su 141 pazienti sottoposti a chirurgia coloretale confrontando una modalità di terapia con liquidi restrittiva con una liberale. Il gruppo restrittivo ha ricevuto un volume medio di liquidi di 2,7 litri e quello con il regime liberale 5,4 litri. Il numero di pazienti con complicanze postoperatorie è stato molto inferiore nel gruppo restrittivo, 33% rispetto al 51%. La valutazione dei risultati comprendeva, le perdite dall'anastomosi, l'infezione della parete, e le complicanze cardiovascolari e polmonari. Non c'è stato un aumento di complicanze renali nel gruppo restrittivo. Tuttavia i pazienti dei due gruppi hanno ricevuto liquidi diversi; quelli del gruppo con regime restrittivo aveva ricevuto una maggiore quantità di colloid, mentre il gruppo con regime liberale una maggiore quantità di soluzione SN.

Nel 2009, una review di studi sul confronto tra i regimi di terapia liquida restrittiva e liberale e dei loro effetti nel postoperatorio ha preso in considerazione 7 studi randomizzati, sei relativi alla chirurgia addominale e uno all'artroprotesi di ginocchio.

Gli studi hanno escluso i pazienti ad alto rischio. Il range di liquidi somministrati nel gruppo con trattamento liberale era compreso tra 2750 e 5380 ml e nel gruppo con trattamento restrittivo tra 998 e 2740 ml. Questo evidenzia che non esiste una definizione comune del regime liberale e restrittivo nella pratica clinica. Un regime restrittivo in un centro può essere considerato liberale in un altro.

Gli studi sono diversi per disegno, tipo di liquidi somministrati, indicazioni per la somministrazione di altri liquidi, parametri prognostici, e definizione del periodo intra e postoperatorio. Pertanto è difficile interpretare i risultati.

Tre di questi studi evidenziano un miglioramento degli esiti con un regime di somministrazione restrittivo di liquidi. Due non hanno rilevato differenze negli esiti, mentre due hanno trovato un miglioramento solo di alcuni esiti. In particolare hanno rilevato una più rapida ripresa della peristalsi intestinale e una minore durata della degenza ospedaliera. In questi studi sono stati utilizzati sia colloid sia cristalloidi. Negli studi che non sono state rilevate differenze nei risultati sono stati utilizzati solo cristalloidi, senza colloid.

In uno studio con una somministrazione di liquidi con modalità sia liberale sia restrittiva, i pazienti hanno ricevuto una quantità di liquidi relativamente ridotta (in media 2,6 litri rispetto a 2 litri) indicando che i pazienti non hanno ricevuto una quantità di liquidi eccessiva in grado di determinare danni.

Altri due studi randomizzati in doppio cieco hanno evidenziato vantaggi sia nel gruppo con regime di liquidi restrittivo sia in quello liberale in ambito clinico diverso. Entrambi gli studi hanno utilizzato colloid e cristalloidi.

Nello studio su pazienti sottoposti a chirurgia del colon, il regime restrittivo di liquidi ha evidenziato un effetto benefico sulla funzionalità polmonare e sull'ipossiemia postoperatoria. C'è stata una diminuzione complessiva del numero di complicazioni postoperatorie, ma il numero di pazienti con complicanze non era significativamente ridotto. Non c'era alcuna differenza nelle altre variabili studiate come dolore, nausea, e durata della degenza ospedaliera. Nel secondo studio, sono stati usati regimi di liquidi simili in pazienti sottoposti ad artroprotesi di ginocchio. I risultati hanno evidenziato una notevole ipercoagulabilità 1-2 giorni

dopo l'intervento nel gruppo con regime liberale e una riduzione della nausea e del vomito nel postoperatorio. Non c'era differenza nella durata della degenza ospedaliera.

Gli autori hanno concluso affermando che la mancanza di una definizione del regime liberale e restrittivo e l'assenza di strumenti standardizzati di misura degli outcome clinici e fisiologici non permette di formulare linee guida sulla base dell'evidenza per la quantità di liquidi da somministrare nelle diverse tipologie di interventi chirurgici. Questo punto di vista insieme a altri studi di confronto della somministrazione di liquidi con regime liberale e restrittivo, suggeriscono che nei pazienti chirurgici ad alto rischio non è corretto un approccio operativo uguale in tutti i pazienti.

La somministrazione di elevati volumi di cristalloidi per chirurgia in day hospital minore o di media gravità, a rischio moderato sembra essere vantaggiosa. In questo gruppo di pazienti è indispensabile il rapido recupero delle funzioni vitali che consentono una tempestiva dimissione. La somministrazione di un volume di cristalloidi maggiore di 20-30 ml/Kg nei soggetti adulti a basso rischio chirurgico riduce le complicanze postoperatorie come vertigini, sonnolenza, dolore, nausea e vomito. Holte ha studiato i pazienti negli interventi di moderata intensità sottoposti a colecistectomia laparoscopica confrontando l'effetto di 40-50 ml/Kg e 15 ml/Kg di Ringer lattato durante l'intervento. Ha rilevato un migliore recupero con meno nausea, sonnolenza, vertigini, migliore benessere generale e una ridotta degenza ospedaliera nei pazienti che hanno ricevuto liquidi in regime liberale.

Gli studi in chirurgia maggiore sono favorevoli a un regime restrittivo, ma questo non è universalmente riconosciuto.

In uno studio utilizzando l'impedenza bioelettrica in 30 pazienti sottoposti a chirurgia addominale è stato sviluppato un modello matematico che ha evidenziato che la velocità d'infusione tra 2 e 18,5 ml/Kg/h nella chirurgia di durata < 3 h non determina un edema interstiziale significativo, mentre nella chirurgia di durata > 6 h la finestra terapeutica si riduce tra 5 e 8 ml/Kg/h oltre la quale compare un significativo aumento del liquidi interstiziale.

### Corretta terapia con liquidi personalizzata

Recentemente vi è stata una crescente evidenza che la prognosi postoperatoria possa migliorare personalizzando la terapia con liquidi mediante un meccanismo obiettivo di risposta del paziente al carico di liquidi. Questo fa riferimento al vecchio principio fisiologico della curva di Frank-Starling ed è nota come "GDT" (corretta terapia personalizzata).

Le misure tradizionali non hanno la capacità di rilevare e guidare adeguatamente la terapia liquida. Un paziente sano può perdere fino al 25% del suo volume di sangue prima che la pressione arteriosa si riduca e aumenti la frequenza cardiaca, mentre un monitor più sensibile può evidenziare una riduzione della gittata sistolica e del pH della mucosa gastrica, segno d'ischemia.

Una review sistematica del ruolo della misura della PVC nella terapia dei liquidi ha concluso che ne il valore della PVC ne le variazioni della PVC sono in grado di valutare il volume del sangue o di predire la risposta al carico dei liquidi. Pertanto occorre fare molta attenzione nell'interpretare i valori di PVC come guida alla somministrazione di liquidi.

Sia l'ipovolemia sia l'ipovolemia può causare un aumento della morbilità e mortalità perioperatoria, pertanto una valutazione delle condizioni emodinamiche presenti può fare da guida per una corretta terapia (Figura 1).

Nel 1980 la GDT richiedeva l'uso di un catetere in arteria polmonare per misurare la disponibilità di ossigeno ai tessuti e migliorare la prognosi nei pazienti chirurgici ad alto rischio. Poiché i primi risultati sembravano incoraggianti, si è assistito a un uso diffuso del cateterismo dell'arteria polmonare.

Purtroppo, ben presto divenne chiaro che lo stesso cateterismo dell'arteria polmonare causava un aumento della morbilità maggiore e della mortalità, per cui si ridusse l'interesse a utilizzare dei parametri fisiologici per ottimizzare le prestazioni cardiovascolari e migliorare i risultati.

Nel corso degli anni successivi, sono stati sviluppati metodi meno invasivi di monitoraggio dei parametri emodinamici basati sul flusso. I monitor a bassa invasività comprendono il monitorag-

gio Doppler esofagea e l'analisi della forma d'onda arteriosa (variazione della gittata sistolica). Altri metodi per misurare la gittata cardiaca richiedono sia l'accesso arterioso sia venoso centrale. I sistemi LiDCO e PiCCO usano l'analisi del contorno del polso per la misura della gittata sistolica dopo una calibrazione iniziale con litio (LiDCO) o con gli indicatori termici (PiCCO). Il sistema FloTrac/Vigileo peraltro esegue l'analisi del contorno dell'onda pulsatile ma non richiede la calibrazione in quanto si basa sull'uso di un programma computerizzato dopo l'immissione di dati biomeccanici. Richiede solo una linea arteriosa periferica, senza la necessità di un accesso venoso centrale.

Sebbene questi metodi siano stati validati con il confronto con la tecnica invasiva standard di riferimento (cateterismo dell'arteria polmonare), molte di esse hanno delle limitazioni nella pratica clinica.

I risultati degli studi variano da un miglioramento evidenziato in 40 pazienti in anestesia regionale per protesi d'anca, ad uno studio su 60 pazienti sottoposti a chirurgia arteriosa periferica che non ha rilevato alcuna differenza.

Una recente revisione sistematica ed una metanalisi ha esaminato l'uso di un intervento preventivo sull'emodinamica in pazienti a rischio tra moderato e alto per migliorare i risultati postoperatorio.

Sono stati identificati ventinove studi in cui sono state usate varie forme di monitor emodinamico, PAC, LiDCO, PiCCO, FloTrac. L'intervento consisteva nella somministrazione di terapia liquida con o senza supporto inotropo. Le conclusioni sono state che una terapia preventiva sulla guida di un monitoraggio emodinamico, diminuisce significativamente la morbidità e la mortalità chirurgica. Recentemente è stato studiato il ruolo della quantità di liquidi di mantenimento nell'ambito di una corretta terapia liquida personalizzata.

È stato eseguito uno studio prospettico randomizzato di 88 pazienti ad alto rischio sottoposti a chirurgia maggiore.

I pazienti con regime restrittivo hanno ricevuto 4 ml/Kg/h e quelli trattati in modo convenzionale 8 ml/Kg/h; è stato utilizzato il monitoraggio LiDCO per guidare la somministrazione di boli di colloidi (gelatine) e inotropi. La conclusione è stata che il regime restrittivo in condizione emodinamiche ottimizzate riduce l'incidenza delle complicanze maggiori nei soggetti anziani con co-morbidità sottoposti a chirurgia maggiore.

Molte evidenze indicano che in corso d'intervento tuttavia, la tecnica meno invasiva più promettente di misura della funzionalità emodinamica è il monitor Doppler esofageo (ODM).

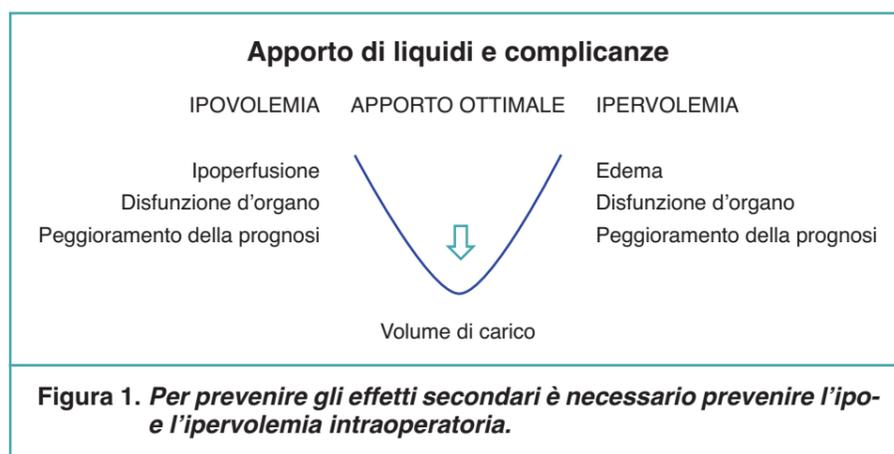
### Monitoraggio con doppler esofageo

Il monitor del Doppler esofageo usa la tecnologia a ultrasuoni Doppler per misurare il flusso del sangue nell'aorta discendente.

Una sonda monouso è inserita nell'esofago e allineata con il flusso del sangue per produrre un profilo di velocità di flusso per ogni battito cardiaco. La forma d'onda prodotta è quindi utilizzata in combinazione con i dati biomeccanici di un nomogramma per ottenere la gittata sistolica. Il volume della gittata può essere utilizzato per misurare il grado di risposta alla somministrazione di liquidi. La gestione della terapia dei liquidi utilizza un algoritmo per la massima contrattilità cardiovascolare, sulla base della curva di Frank-Starling usando un bolo di colloidi per la valutazione.

Per esempio se il valore basale del volume sistolico aumenta di più del 10% con un bolo di liquidi di 3 ml/Kg, significa che il cuore risponde ai liquidi, per cui può essere somministrato un ulteriore bolo di liquidi finché l'aumento del volume sistolico non è inferiore al 10% del valore dopo il bolo precedente; a questo punto il paziente si trova nella zona del plateau della curva di Frank-Starling e i boli di liquidi devono essere sospesi fino ad una nuova rivalutazione della volemia del paziente.

Sono stati eseguiti alcuni studi clinici randomizzati in chirurgia cardiaca, ortopedica e addominale per valutare la prognosi postoperatoria con la terapia liquida guidata con eco Doppler esofageo. In cardiocirurgia il color



Doppler esofageo ha determinato una riduzione della degenza, un minor numero di complicanze e una riduzione dell'acidità gastrica. Due studi hanno valutato l'uso del Doppler esofageo in pazienti sottoposti a riparazione di fratture prossimali di femore in anestesia generale.

Sinclair ne ha valutato l'uso in 40 pazienti con una terapia intraoperatoria di liquidi standard ed ha rilevato una riduzione della degenza ospedaliera e un minore tempo per l'idoneità fisica alle dimissioni nel gruppo controllati con il Doppler esofageo.

Novanta pazienti sottoposti a chirurgia addominale maggiore sono stati randomizzati da Venn per ricevere il trattamento di terapia con liquidi standard, sulla guida della PVC o del Doppler esofageo. I pazienti trattati con Doppler esofageo e PVC hanno avuto tempi più rapidi di idoneità medica alle dimissioni.

Tuttavia, questo studio non ha mostrato alcuna differenza nella maggiore morbidità e mortalità o durata totale della degenza.

Una meta-analisi sull'uso del Doppler esofageo in chirurgia addominale maggiore ha dimostrato che è associato a un minor numero di complicanze post-operatorie, riduzione dei ricoveri in Terapia Intensiva, ridotti tempi di ricovero e un più rapido ripristino della motilità gastrointestinale. Nessuna differenza è stata trovata nella quantità di cristalloidi somministrata tra i gruppi, ma i pazienti con Doppler esofageo ricevevano più colloidi.

Questi risultati positivi hanno fatto sì che il Doppler esofageo fosse raccomandato nelle linee guida nei pazienti sottoposti a chirurgia co-

lorettale nel Regno Unito, negli Stati Uniti e in Europa.

Queste linee guida tuttavia non indicano il tipo di liquidi da usare con il Doppler esofageo e dalla revisione della letteratura non si trovano indicazioni sul tipo di liquido ottimale per il quale sono necessari ulteriori studi.

Inoltre la gestione dei liquidi con Doppler esofageo non è stata confrontata direttamente con un regime di liquidi restrittivo discusso in precedenza.

È stato eseguito uno studio per cercare la migliore terapia personalizzata in chirurgia laparoscopica coloretale nell'ambito di un programma di miglioramento del tempo di recupero. Sessantaquattro pazienti sono stati randomizzati in tre gruppi: terapia standard, terapia personalizzata ottimale con cristalloidi, e terapia personalizzata ottimale con uso di colloidi. Questo studio evidenzia che c'è stato un aumento di complicanze e un aumento della durata della degenza nel gruppo trattato con colloidi.

In modo inusuale la durata della degenza è stata misurata in ore; invece con la degenza misurata in giorni, non ci sono state differenze tra i gruppi. Non c'è stata una chiara definizione delle complicanze.

Una recente review di studi pubblicati sulla terapia liquida sulla guida del Doppler esofageo in chirurgia coloretale, che comprende anche questo studio negativo, conclude che il suo uso migliora la prognosi.

Più recentemente è stato eseguito uno studio in doppio cieco su pazienti sottoposti a chi-

rurgia coloretale, assegnati in modo randomizzato a due gruppi per ricevere la corretta terapia personalizzata sulla guida del Doppler esofageo o mediante una gestione dei liquidi standard. I risultati hanno evidenziato che i pazienti con terapia liquida personalizzata non hanno avuto alcun vantaggio rispetto a quelli con terapia fluida standard.

### Conclusioni ed elementi per nuove ricerche

La prassi seguita in passato sulla somministrazione intraoperatoria di liquidi è stata troppo spesso influenzata da rapporti aneddotici, dalla tradizione piuttosto che da una rigorosa ricerca scientifica e clinica. La moderna pratica clinica basata sull'evidenza suggerisce che la terapia dei liquidi intraoperatori dovrebbe essere adattata a due ampie situazioni cliniche.

Nei pazienti a basso rischio sottoposti a chirurgia in day hospital, la somministrazione di alti volumi di cristalloidi, dell'ordine del 20 - 30 ml/kg (ad esempio 2 litri in 30 minuti in un adulto medio), migliora gli esiti dell'anestesia in day surgery come il dolore, la nausea, le vertigini, e accelera la dimissibilità.

Invece, i pazienti ad alto rischio sottoposti a chirurgia maggiore sembrano beneficiare di un regime 'restrittivo' di liquidi. Questo richiede tuttavia una più approfondita dimostrazione; un buon trattamento in un paziente con funzione renale normale si accompagna al mantenimento di una diuresi intraoperatoria tra 0,5 e 1,0 ml/kg/h.

Ulteriori indicazioni sulla terapia liquida personalizzata si ottengono con la guida della tecnologia a bassa invasività del Doppler esofageo, che è stato recentemente inserito nelle linee guida nel Regno Unito, in Europa e negli Stati Uniti.

Aumentare la disponibilità e l'applicazione di questa tecnologia nella pratica di routine negli anni a venire dovrebbe facilitare il miglioramento dei risultati relativi a un rapido recupero clinico.

Resta da chiarire, però, se l'uso dei colloidi o dei cristalloidi o di un equilibrio tra questi due tipi di liquidi produce risultati ottimali e in quali particolari ambiti clinici. Questi quesiti clinici sono un terreno fertile per eseguire studi randomizzati e controllati in questo settore per molti anni a venire.

### Test d'apprendimento

Quesito		Risposta esatta
1. La misura dell'acqua extracellulare si ottiene con	a) il deuterio; b) ioni solfati; c) mediante sottrazione dell'acqua intracellulare dall'acqua totale	b
2. Nella cellula il principale catione è:	a) il K <sup>+</sup> ; b) il Ca <sup>++</sup> ; c) il Na <sup>+</sup>	a
3. In quale percentuale la somministrazione endovenosa di soluzione fisiologica finisce nello spazio interstiziale?	a) 60; b) 40; c) 80	c
4. La somministrazione della soluzione di ringer lattato:	a) riduce l'osmolarità plasmatica; b) non modifica l'osmolarità plasmatica; c) aumenta l'osmolarità plasmatica	a
5. L'uso del Doppler per la somministrazione di liquidi personalizzata:	a) riduce la mortalità chirurgica dei pazienti; b) riduce la degenza postoperatoria; c) riduce l'incidenza dell'infarto miocardico postoperatorio	b
6. In condizioni di normovolemia dopo pochi minuti dalla somministrazione di un plasma expanders in quale percentuale di volume passa nello spazio interstiziale	a) 46%; b) 24%; c) il 68%	c
7. Nel Regno Unito l'uso del Doppler esofageo è raccomandato nella:	a) chirurgia cardiaca; b) nella chirurgia toracica; c) nella chirurgia colo-rettale	c
8. Nei pazienti sottoposti a day surgery la somministrazione di alti volumi di cristalloidi	a) non è consigliata; b) non è necessaria; c) migliora gli esiti dell'anestesia	c
9. In un adulto qual è la percentuale dell'acqua intracellulare rispetto al peso corporeo?	a) 40%; b) 50%; c) 35;	a
10. Il sevoflurano esercita un effetto sul glicocalice	a) dannoso; b) protettivo; c) non ha nessun effetto	b

## BILANCIO 2012 IN ROSSO PER L'INPS

Un saldo negativo di quasi 9 miliardi di euro dopo l'incorporazione di Inpdap e Enpals

# INPS

Istituto Nazionale  
Previdenza Sociale



Bilancio 2012 in rosso per l'Inps. È il quinto rapporto annuale dell'Inps che sintetizza così lo stato dell'ente di previdenza. Il primo dopo l'incorporazione di Inpdap ed Enpals. La gestione finanziaria di competenza ha infatti evidenziato un saldo negativo di quasi 9 miliardi di euro dovuto "esclusivamente" alla gestione dei dipendenti pubblici ex Inpdap. Istituto che, in pochi anni, è passato da una florida situazione finanziaria, sostenuta esclusivamente dalla Cassa pensioni dei sanitari, ad un gravissimo stato di sofferenza causato dal deficit della Cassa pensione dei dipendenti degli enti locali che, dopo aver prosciugato gli ampi attivi maturati negli anni dai

medici dipendenti, ha continuato ad erodere il bilancio dell'ente.

A detta del presidente dell'Inps quest'ultima relazione è stata la più difficile della gestione degli ultimi cinque anni. Questa volta nei tanti numeri contenuti nel Rapporto annuale dell'Istituto, il nuovo Inps nato dall'incorporazione in fase avanzata di Inpdap ed Enpals, qualche brutta notizia c'è. Molto è dovuto, anche, agli effetti della crisi economica e finanziaria, che negli ultimi 4 anni ha fatto salire a 80 miliardi la spesa per la sola cassa integrazione e indennità di disoccupazione, coperta per circa il 57 per cento dai contributi sociali. Dopo quattro anni di conto

**Disavanzo in tutto imputabile alla gestione dei lavoratori pubblici**

economico discreto l'Inps è quindi in rosso. Un disavanzo finanziario in tutto imputabile alla gestione dei lavoratori pubblici.

Era stato previsto che l'incorporazione dell'Inpdap avrebbe avuto un impatto negativo e così è stato. Quasi 9 miliardi di disavanzo finanziario di competenza contro i 7,9 miliardi di avanzo trovati nel lontano 2008. A pesare su questa gestione oltre alla crisi è l'ormai annoso blocco del turn-over nella Pa. Meno dipendenti pubblici vuol dire meno contributi, e più pensioni da pagare con i trasferimenti dello Stato che servono

anche a questo: erano 84 miliardi per il "vecchio" Inps del 2011 e salgono a 94 per il "nuovo" Inps (con Inpdap ed Enpals). Il disavanzo è

**Meno dipendenti vuole dire meno contributi e più pensioni da pagare**

dovuto ad una crescita maggiore delle uscite, lievitata del 36,3% rispetto al 2011 e pari a 385.892 milioni di euro, rispetto alle entrate, cresciute del 32,5% e pari a 376.896 milioni di euro dovuti alla contabilizzazione di quelle dei due enti incorporati. Tra le principali voci di uscita quelle per le pensioni, pari a 248,3 mld e per le prestazioni economiche temporanee, pari a 48 mld. Le spese di funzionamento, al netto di quelle per il personale sono ammontate a 1,1 miliardi di euro. Per quel che riguarda le entrate, invece, quelle relative ai contributi sono ammontate a 210.198 milioni di cui 152.850 milioni, l'1,34% in più, per la gestione privata; 56.177 milioni di euro, in calo del 5,1%, per la gestione dipendenti pubblici; 1,171 mln per la gestione lavoratori dello spettacolo.

In progressivo calo è anche l'avanzo patrimoniale che dai 41,3 miliardi di euro dell'inizio 2012 è sceso a fine esercizio per il nuovo Inps a 22 miliardi. L'ex Inpdap ha portato in dote un disavanzo patrimoniale di 10,3 miliardi mentre l'Enpals registrava un attivo di 3 miliardi. Guardando alle prestazioni, il nuovo Inps ha erogato nel 2012 21,1 milioni di pensioni sia di natura

previdenziale che assistenziale a circa 15,9 milioni di cittadini per una spesa complessiva (comprese le indennità agli invalidi civili) di 261,3 miliardi di euro (il 15,86 per cento del Pil). Il 14 per cento dei pensionati (2,2 milioni di persone) ha un reddito inferiore a 500 euro mentre il 31 per cento (4,9 milioni di persone) ha redditi tra i 500 e i 1000 euro. In media il reddito pensionistico mensile è di 1.269 euro ma c'è un'enorme differenza sia di genere (1.518 euro per gli uomini, 1.053 per le donne) che tra le diverse gestioni: per i trattamenti previdenziali del vecchio Inps la media è di 881 euro mentre quelli della gestione dei dipendenti

**Il nuovo Inps ha erogato 21,1 milioni di pensioni a 15,9 milioni di cittadini**

pubblici è di 1.725 euro al mese. Qualche risparmio è stato imposto dalla spending review: ridotta del 50 per cento la spesa corrente pari a 1,1 miliardi, per un contenimento di spesa cumulato tra il 2012 e il 2014 di 1,178 miliardi. Un dato che arriva da un ente che occupa ben 32 mila dipendenti (l'1 per cento del pubblico impiego) e che gestisce, un bilancio di circa 400 miliardi in entrata e altrettanti in uscita: circa il 50 per cento della spesa pubblica del Paese.

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali

## Attenzione al consenso informato Una nuova sentenza della Corte di Cassazione

È del 20 agosto scorso la sentenza della Corte di Cassazione (terza sezione civile) che prevede una personalizzazione del consenso informato. Il paziente che si sottopone a un'operazione deve essere informato ma far firmare il modulo di consenso non basta. Con sentenza 19220 del 20 agosto 2013, la Cassazione ricorda ai medici il dovere di un rapporto personale con il paziente in procinto di andare in sala operatoria. Rapporto in virtù del quale si deve riconoscere al paziente il diritto di avere le informazioni sui rischi dell'operazione con un linguaggio che tenga conto anche del suo grado culturale. Il sì di chi deve finire sotto i ferri "deve essere pienamente consapevole" e cioè basato su "informazioni dettagliate fornite dal medico" sulla portata dell'intervento, sui suoi rischi e sulle possibili conseguenze negative.

Per questo la Cassazione ha annullato in parte la sentenza con la quale la Corte d'appello di Roma aveva rigettato la richiesta di un avvocato, che peggiorato nella vista dopo un intervento con il laser agli occhi, aveva chiesto il risarcimento dei danni al chirurgo, anche sostenendo che questi non lo aveva informato della possibilità di un esito negativo. I giudici gli avevano dato torto perché avevano ritenuto che l'uomo avesse in realtà dato un "consenso cosciente", visto che aveva

sottoscritto un foglio contenente l'informativa sull'intervento e che trattandosi di un avvocato era presumibile che avesse vagliato tutte le conseguenze prima di apporre la sua firma. E non avevano dato così peso alla circostanza riferita dal paziente che quel modulo gli era stato fatto firmare nella penombra della sala d'attesa da una segretaria del medico, senza che gli venisse data alcuna informazione sui possibili rischi dell'intervento.

«È irrilevante» la qualità del paziente per stabilire se vi sia stato o meno consenso informato, ha invece ritenuto la Cassazione, ribadendo che è un «diritto fondamentale» di ogni individuo «ricevere le opportune informazioni sulla natura e i possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative»; e riaffermando che il sì del malato alle terapie deve essere «reale e effettivo», non può essere «presunto», e che è «onere del medico provare di aver adempiuto» all'obbligo di informarlo. Ma c'è di più: nel dare spiegazioni, avvertono i supremi giudici, il medico deve tener presente il livello culturale del paziente, usando un linguaggio «che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado di conoscenze specifiche di cui dispone».

**Il consenso in sostanza deve essere anzitutto personale e quindi prestato dal paziente, tranne ovviamente nei casi di incapacità di quest'ultimo; deve, poi, essere specifico ed esplicito, reale ed effettivo, non presunto. Quando possibile, inoltre, deve essere anche attuale.**

Con l'occasione i giudici ricordano che del consenso informato si è occupata la Corte costituzionale (sentenza 438 del 2008) perché si configura come un vero e proprio diritto fondamentale della persona, fondato sugli articoli 2, 13 e 32 della Carta. Merita, dunque, una tutela che può essere assicurata solo dal rapporto diretto con il medico curante. E il medico ha l'onere di provare di aver assolto bene il suo ruolo dando informazioni dettagliate e comprensibili. (Fonte: *Il Sole24Ore Sanità*)

## In arrivo il nuovo codice deontologico Entro la fine del 2013 con quattro nuovi articoli



Vedrà la luce entro la fine del 2013 il nuovo codice deontologico dei medici italiani. La versione precedente, 75 articoli approvati nel 2006, sarà dunque aggiornata per adeguarsi ai rapidi cambiamenti della professione. Nel corso dell'estate la bozza del testo, elaborata dalla Consulta deontologica attiva nella Fnomceo e già approvata dal Comitato Centrale, ha fatto il giro degli ordini provinciali perché potessero rimandarla al mittente con osservazioni ed emendamenti. A far parlare di più è stata la modifica del lessico che sostituisce al termine "paziente" il termine "persona assistita" ma in realtà le principali novità della bozza stanno tutte alla fine. Ai 75 articoli della versione attualmente in vigore ne sono stati aggiunti quattro che riguardano la medicina potenziativa, la medicina militare, la telemedicina e l'organizzazione sanitaria. Ma vediamo alcune nel dettaglio.

La **medicina potenziativa** fa riferimento a quella parte della medicina che ha come obiettivo una "intenzionale modifica e potenziamento del naturale funzionamento psicofisico dell'uomo. Il riferimento in questo caso va al "caso Jolie" (prima dell'estate ha avuto molto risalto sulla stampa la notizia che l'attrice Angelina Jolie, 38 anni, ha fatto ricorso a una

doppia mastectomia per prevenire l'eventuale insorgenza di un cancro al seno. La madre e la zia sono morte entrambe a causa di questa patologia e per molti l'intervento è stato una forma eccessiva di prevenzione ndr). Nell'articolo 76 della bozza del nuovo codice vengono per questo inseriti dei limiti che vanno dalla precauzionalità alla proporzionalità passando dal rispetto dell'autodeterminazione della persona sulla base del consenso informato senza però dimenticare i principi di equità, sicurezza, uguaglianza dell'accesso, "nel quadro dell'alleanza terapeutica con la persona".

Rispetto della persona al primo posto anche nell'articolo che riguarda la **medicina militare** che prevede come il medico militare abbia il compito di "segnalare alle superiori autorità la necessità di portare aiuto alle persone che non partecipano direttamente alle ostilità - sia militari che abbiano deposto le armi, sia civili feriti o malati - e informare le stesse di casi di torture, violenze, oltraggi e trattamenti crudeli, disumani o degradanti dei prigionieri e della popolazione".

Gli articoli 78 e 79 riguardano poi rispettivamente la **telemedicina** e i riflessi di quest'ultima sull'**organizzazione sanitaria**.



# Tutela della salute: l'AAROI-EMAC in Audizione presso le Commissioni Bilancio e Affari Sociali



Il 2 Luglio 2013, l'AAROI-EMAC è intervenuta in Audizione presso le Commissioni riunite V (Bilancio, tesoro e programmazione) e XII (Affari sociali) della Camera, sul tema: "La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica" – Indagine conoscitiva. Di seguito i contenuti dell'intervento del Presidente Alessandro Vergallo.

"La centralità del diritto alla salute è riconosciuta con speciale forza dall'articolo 32 della Costituzione, in attuazione del quale è stato realizzato il Servizio Sanitario Nazionale.

Ispirato al rispetto della persona, nell'interesse della collettività, secondo principi di universalità, equità e solidarietà, e strutturato come Sistema Pubblico, esso è considerato dall'OMS uno dei primi in Europa, e nel mondo, sulla base di alcuni indicatori, tra cui emergono come fondamentali: stato e sviluppo della salute, risposta alle aspettative dei cittadini, garanzia delle cure.

L'efficacia del nostro SSN appare quindi complessivamente soddisfacente, mentre la limitatezza delle risorse, anche a fronte dell'attuale contingenza economica, impone l'implementazione della sua efficienza e della sua appropriatezza.

Non vi è dubbio che il principio di universalità di garanzia alle cure abbia già subito, nel tempo, alcune evoluzioni applicative: si è di fatto già passati da un concetto di universalità "incondizionata", a un concetto di universalità "condizionata" dalla necessità di garantire le prestazioni del SSN in modo sostenibile.

Oggi, l'urgenza rappresentata dal contenimento della spesa sanitaria deve condurre a rimodulare il modello strutturale e organizzativo del SSN, rendendolo più efficiente, ma senza ridurre l'efficacia (e quindi la sua qualità): si tratta dunque di un impegno politico di alto profilo etico e civile, oltre che di una sfida a cui sono chiamate le diverse professionalità sanitarie coinvolte nel processo.

Accettare la sfida in questione, sulla base di tale impegno, è perciò essenziale per adeguare la garanzia delle cure all'evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, alla crescente disponibilità di strumenti e di percorsi diagnostici e terapeutici, anche ad alto costo, alla deriva sociale e demografica.

L'AAROI-EMAC intende raccogliere la sfida con pieno spirito collaborativo e propositivo, dichiarando la sua disponibilità ad offrire il massimo contributo ad una riorganizzazione del SSN adeguata per tale finalità, purché progettata con la massima chiarezza rispetto alla centralità della sua natura pubblica e alla trasparente definizione di ruoli, di competenze, e naturalmente delle corrispondenti responsabilità professionali, di tutti i professionisti coinvolti.

Ma affinché questa riorganizzazione sia realmente sostenibile, si dovrà preliminarmente valutare e probabilmente correggere l'appropriatezza del sistema, attraverso la ridefinizione dei requisiti minimi qualitativi, strutturali, tecnologici, di personale, a loro volta indispensabili per garantire gli standard assistenziali, con specifico riferimento, per quel che riguarda l'AAROI-EMAC, a tutti gli ambiti di attività professionali da essa rappresentati:

- anestesia
- rianimazione e terapie intensive
- medicina iperbarica
- terapia del dolore
- emergenza/urgenza

Senza questa vision comune e condivisa, la mission rappresentata dalla sfida in questione non potrà certo rivelarsi vincente, così come non potrà esserlo se al medico non sarà consentito il diritto e il dovere ad un ruolo gestionale del proprio lavoro all'interno dell'organizzazione sanitaria, senza cui risulterebbe un mero esecutore tecnico di indirizzi amministrativi sopravanzanti le finalità del nostro SSN, che restano in primo luogo e in ultima analisi sanitarie.

## LE PRIORITÀ SECONDO AAROI-EMAC

### 1) Riforma del Titolo V della Costituzione

Nella relazione illustrativa dell'ultimo disegno di legge proposto, risalente al 16 Ottobre 2012 (<http://www.funzionepubblica.gov.it/lazione-del-ministro/disegno-di-legge-costituzionale---riforma-del-titolo-v.aspx>), veniva sottolineata la necessità di intervento correttivo delle criticità emerse a seguito della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, in base all'obiettivo di incentrare l'intervento riformatore sul principio dell'unità giuridica ed economica della Repubblica, attraverso «correzioni quantitativamente limitate e tuttavia significative dal punto di vista della loro incidenza sulla regio-

lazione dei rapporti fra lo Stato e le regioni, incluse - almeno in parte - quelle a statuto speciale... al fine di assicurare un assetto realisticamente equilibrato dei "nuovi" rapporti fra lo Stato e le regioni», con «un esplicito fondamento nelle norme della Costituzione ad una regolazione delle potestà legislative ispirata ad una logica di complementarità e di non conflittualità». Di tale intervento correttivo, che non si è finora realizzato, si auspica la ripresa.

### 2) Nuovo Patto per la Salute

Un breve cenno merita il Patto per la Salute, che come è noto, è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Il nuovo patto, non ancora perfezionato, deve definire convergenze tra Stato e Regioni nel governo del sistema sanitario nazionale, grazie anche all'istituzione di tavoli per di concertazione con i rappresentanti delle Regioni, per arrivare a soluzioni condivise.

### 3) Fondo Sanitario Nazionale

A causa delle manovre correttive di finanza pubblica dal 2010 (D.L. 78/2010, D.L. 98/2011, D.L. 95/2012, L. di stabilità 2013), il livello di finanziamento del FSN è stato ridotto in misura veramente straordinaria, fino a determinare nel 2013, per la prima volta, un decremento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato pari a -0,88% rispetto all'anno precedente. Questa riduzione non permette la sostenibilità del sistema sanitario, anche per le Regioni "virtuose", se viene applicato il Sistema a pioggia.

Estremamente importante, nell'ottica di un'equa distribuzione delle già scarse risorse, e per evitare di approfondire il divario esistente tra le diverse realtà regionali, è la revisione dei criteri di riparto del fondo stesso.

Devono essere mappati gli sprechi, soprattutto laddove ai costi elevatissimi delle prestazioni sanitarie non corrispondono solitamente adeguati livelli di qualità dei servizi resi ai cittadini.

I piani di rientro, ai quali deve essere associata una riqualificazione dei servizi a favore dei cittadini, non possono essere dettati solo sulla base di criteri economici, che comportano inevitabili negative ricadute sul livello, sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni erogate, laddove non ne determinino addirittura una negazione.

La centralizzazione degli acquisti potrebbe portare ad una razionalizzazione dei costi, fermo restando la necessità di mantenere una competenza alta nella scelta del prodotto per non ridurre la qualità del sistema, che ci vede nei primi posti a livello internazionale. Il risparmio ottenuto potrebbe essere destinato a colmare criticità evidenti.

Un osservatorio permanente, interprofessionale e multidisciplinare, potrebbe essere istituito in un sistema a rete, per rispettare la centralità del paziente e i diritti e doveri del professionista sanitario, e per salvaguardare il sistema pubblico.

### 4) Governance di sistema

Le governance policies in cui siamo più direttamente coinvolti riguardano, nei settori di nostra competenza specialistica:

- la gestione perioperatoria dei pazienti sottoposto ad interventi chirurgici (dalla valutazione preoperatoria alla dimissione), che deve basarsi su percorsi e processi interprofessionali e multidisciplinari condivisi, per la razionalizzazione degli esami preoperatori (ematocimici, cardiologici, radiologici, EBM compatibili), per la gestione delle liste d'attesa;
- la gestione pre- e intra-ospedaliera del paziente critico, sia in emergenza/urgenza che nel decorso del ricovero in area critica, in primis in rianimazione e nelle terapie intensive;
- le nostre prestazioni in altri settori particolari, come la medicina iperbarica;
- l'assistenza domiciliare integrata (ADI), con particolare riguardo alla terapia del dolore.

Siamo chiamati a dare il nostro contributo anche in altri ambiti: gestione del rischio infettivo; gestione del clinical risk management.

In tutte le suddette aree di attività è necessario implementare le "alleanze di sistema" tra strutture sanitarie, professionisti, cittadini, con una governance partecipata: le buone pratiche a sostegno del Sistema Salute devono coinvolgere tutto il personale sanitario, e le azioni positive, in un sistema a rete, devono essere omogenee in tutto il Paese, in un sistema a cascata, facilitante anche i sistemi di controllo.

Occorre personalizzare l'assistenza e umanizzare le cure, garantendo la sicurezza negli ambienti di lavoro, adottando nuovi sistemi di formazione e aggiornamento professionale, quali ad esempio la simulazione, e riducendo il contenzioso medico-legale attraverso una gestione adeguata della responsabilità professionale e del sistema assicurativo: solo in questo modo potrà essere mantenuta, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del SSN.

La Legge 38/2010, ancora inapplicata in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale, deve trovare compimento, realizzando il diritto alla non sofferenza, in una rete di terapia del dolore e delle cure palliative, diversa per l'adulto e per il bambino, con

Centri di Terapia del dolore (Hub e Spoke), e Hospices adeguati alla popolazione.

Il fascicolo sanitario elettronico può migliorare la condivisione delle informazioni per il miglior trattamento sanitario possibile.

### 5) Rapporti Ospedale/Università

Attualmente, in campo sanitario, per il combinato normativo che regola i rapporti tra Stato, Regioni, e Atenei, le Facoltà Universitarie, con la presenza anche in ambito assistenziale di tutti i profili professionali coinvolti nell'erogazione delle cure, godono di una particolare autonomia, anche nei rispettivi ambiti regionali. Tale autonomia può ben rappresentare una risorsa preziosa ai fini della riorganizzazione del SSN, purché in un rapporto di coerenza con gli assetti normativi e contrattuali delle strutture ospedaliere.

### 6) Riorganizzazione della rete assistenziale

La ridefinizione dell'assetto organizzativo dei piccoli ospedali (quelli con meno di 100 posti letto), l'organizzazione in rete degli ospedali regionali, con appropriata assegnazione di casistica di bassa, media ed alta complessità, la rimodulazione delle dotazioni di posti letto in base p. es. all'appropriatezza degli indici di ricovero, potrebbero liberare risorse senza ridurre i livelli di assistenza ai cittadini, sviluppando contemporaneamente la continuità Ospedale-Territorio.

Deve essere ben realizzata la "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" previsto dal Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella Legge n. 135 del 2012.

Qualunque riorganizzazione non può però prescindere dalla garanzia di un adeguato livello di sicurezza delle Strutture sanitarie, in relazione alla complessità delle cure erogate: strettamente correlato a questo punto è quello delle dotazioni organiche: si sta assistendo ad una notevole contrazione del personale, peraltro sempre più in età avanzata, per mancata reintegro del turn-over, con insostenibile aggravio dei carichi di lavoro per il personale in servizio, che accumula straordinario non retribuito e non può correttamente godere dei riposi e delle ferie previste per legge.

Tale situazione è particolarmente grave in quei settori ospedalieri (Sale Operatorie, Rianimazioni e Terapie Intensive e Subintensive, Pronto Soccorso) ed extra-ospedalieri (118 ed Elisoccorso) che afferiscono all'Area Critica e all'Emergenza/Urgenza. In tali settori, all'aggravio dei carichi di lavoro si aggiungono particolari condizioni di lavoro stressante e usurante, anche ad elevato rischio di burn-out, oltre che di eventi avversi dovuti ad errori.

In ogni caso è fondamentale, dopo aver definito la riorganizzazione della rete ospedaliera, garantire ovunque adeguati livelli di sicurezza per l'utenza, che per quanto riguarda i settori di nostra competenza specialistica, di cui al punto 4), riguardano:

- la garanzia, sempre più disconosciuta, di poter lavorare in regime di "guardia attiva" e non in regime di "pronta disponibilità";
- la dovuta area specialistica di operatività, che invece è sempre più messa in pericolo da una applicazione trasversale, per aree specialistiche assolutamente non omogenee, dei suddetti servizi di guardia e di pronta disponibilità, in una malintesa applicazione della cosiddetta "intensità di cure": la specializzazione in anestesia e rianimazione è unica e non appartiene ad alcuna altra disciplina.

### 7) Livelli essenziali di assistenza

È noto che i LEA si identificano nelle prestazioni e nei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in regime di compartecipazione, utilizzando le risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.

I LEA possono in teoria essere incrementati nelle singole Regioni, ma la progressiva e costante riduzione delle risorse economiche e la sussistenza in tante Regioni di Piani di Rientro draconiani stanno ormai portando all'impossibilità concreta di garantire i LEA "minimi" in molte aree del nostro Paese, con inevitabili ripercussioni soprattutto sulle fasce più deboli della popolazione.

Un'ultima considerazione proprio sui LEA, in un ambito che ci riguarda direttamente: l'inserimento effettivo della parto-anestesia (di seguito PA) nei LEA non significherà affatto che la PA dovrà essere garantita in tutti i punti-nascita. Infatti, l'ultima "Proposta di aggiornamento dei LEA" prevede espressamente che "le Regioni individuino nel proprio territorio le strutture che effettuano tali procedure e che sviluppino appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse".

È quindi evidente che, dal momento in cui l'inserimento della PA nei LEA divenisse effettivo, le sole strutture individuate come suddette sarebbero tenute a istituire la PA e a garantirne la continuità assistenziale.

In linea di principio, tale continuità assistenziale troverebbe la miglior organizzazione possibile, laddove si voglia attivare il servizio attraverso le prestazioni specialistiche del medico anestesista, con l'istituzione della guardia attiva anestesologica dedicata unicamente alle sale-parto, almeno nelle strutture dove il punto-nascita in questione abbia caratteristiche tali (in primis volumi di attività) da giustificare tanto l'erogazione della PA quanto la suddetta guardia".

Alessandro Vergallo

## SIT-IN a Roma: difendere i diritti dei medici per difendere i diritti dei pazienti

**Il Presidente AAROI-EMAC: "Stiamo vivendo un momento in cui per poter continuare a garantire un servizio sanitario nazionale pubblico e universale è necessario voltare pagina, se non addirittura cambiare libro"**



Si è tenuto il 22 luglio scorso a Roma, davanti alla sede del Ministero dell'Economia e delle Finanze, in via XX Settembre, il sit-in in occasione dello sciopero nazionale a cui hanno partecipato tutte le sigle dell'Intersindacale della Dirigenza Sanitaria. Le richieste sono state indirizzate non solo al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, titolare del dicastero di riferimento, ma anche e soprattutto ai Ministri Fabrizio Saccomanni (Economia e Finanze) e Gianpiero D'Alia (Funzione Pubblica) ai quali spetta l'ultima parola in tema di risorse.

### L'INTERVENTO DEL PRESIDENTE

"Al primo punto, il RINNOVO DEL CONTRATTO, perché riconoscere i diritti dei medici significa riconoscere al contempo i diritti dei cittadini ad essere curati nel migliore dei modi, in strutture adeguate e con tempi ragionevoli. Rinnovo dei contratti significa anche SBLOCCO DEL TURN-OVER, perché finiscano i turni massacranti e non ci siano reparti dove il personale è sottodimensionato. Il blocco del turn-over ha inoltre causato un gran numero di PRECARI, che ad oggi sono frustrati nella professionalità e nella visione sul futuro. Un futuro che è minato dalla prassi dei TAGLI LINEARI che, per obblighi di spending review, sottraggono risorse in maniera indiscriminata, penalizzando in questo modo tanto le regioni sottoposte ai piani di rientro quanto quelle virtuose. Altri punti di discussione non meno importanti sono il RISCHIO PROFESSIONALE, che porta i medici a pagare spesso per carenze organizzative o strutture inadeguate, e il mancato accordo con le ASSICURAZIONI, che a causa del moltiplicarsi delle cause contro il personale sanitario hanno aumentato a dismisura i premi. Tutto ciò impedisce ai medici di lavorare serenamente.

Stiamo vivendo un momento in cui per poter continuare a garantire un servizio sanitario nazionale pubblico e universale è necessario voltare pagina, se non addirittura cambiare libro.

Il 21 luglio scorso, con piacere, abbiamo preso atto delle aperture da parte del Ministro della salute Beatrice Lorenzin. Un incontro positivo che però non può bastare. Come sappiamo, l'apertura deve giungere anche dal Ministero dell'Economia e della Finanze e dal Ministero della Funzione Pubblica. È quindi chiaro a tutti come sia risultato impossibile, nonostante tutto, rinunciare allo sciopero di oggi. Uno sciopero che, ci rendiamo conto, è un disagio per i cittadini. Eppure siamo convinti che questo sciopero è importante per poter garantire un futuro al diritto alla salute della popolazione, oltre che al diritto dei medici a svolgere il loro dovere di curare. Un diritto che per gli uni e per gli altri in questo momento è negato, per le ragioni già dette e ripetute fino alla esasperazione. Se uno dei motivi dello sciopero è di natura contrattuale, ciò non vuol dire che il nostro obiettivo è tutelare unicamente il nostro contratto. Al contrario, il dovuto rispetto dei diritti contrattuali dei medici è il fondamento per il dovuto rispetto del diritto alla salute dei cittadini.

Garantire i turni di riposo, così come le sostituzioni per malattia o maternità, in poche parole avere organici completi, consente ai medici di lavorare in sicurezza e di ridurre i rischi sanitari. Se invece non si riesce a garantire al cittadino il diritto a ricevere l'as-

sistenza specialistica degli anestesisti rianimatori, come talvolta accade, rendendo la nostra presenza "virtuale", come si può continuare a garantire servizi all'altezza dei bisogni del cittadino?

Un anestesista rianimatore chiamato in urgenza in sala operatoria e nelle altre strutture ospedaliere nelle quali la sua professionalità è insostituibile, è spesso obbligato a un obbligo di rimediare estemporaneamente e costantemente con la propria professionalità alle carenze strutturali di sistema, che mettono a rischio la sicurezza in sanità, tagliando linearmente la spesa senza alcuna valutazione dei rischi conseguenti.

Quando accade tutto ciò? Alcuni esempi:

- 1) Tutte le volte che non si attivano i necessari turni di guardia di personale dedicato
- 2) Tutte le volte che è costretto a precipitarsi in ospedale in turno di reperibilità, in sala operatoria o in una sala parto
- 3) Tutte le volte che è costretto ad interrompere quelle attività che con un termine paradossale sono chiamate da qualche anno "comprimibili", per esempio le visite ambulatoriali, per correre a prestare la propria opera in emergenza-urgenza, lasciando gli utenti ad attendere a tempo indefinito che egli possa ritornare ad occuparsi di loro.

E mi fermo qui con gli esempi, troppi ce ne sono per poterli elencare tutti. Ma quello che dev'essere chiaro, è che tutte le volte che si comprime la nostra attività, si comprime il diritto del cittadino ad essere curato. Ecco perché scioperiamo.

Sia ben chiaro che la nostra non è una posizione di totale chiusura. Siamo consapevoli che i cosiddetti rami secchi, se esistono, vanno tagliati. Siamo stati sempre pronti ad invocare una riorganizzazione del sistema, ma che sia basata su Livelli essenziali di organizzazione senza perdere mai di vista i Livelli essenziali di assistenza.

Un altro esempio, per tutti: che fine hanno fatto le virtuose intenzioni, ormai invecchiate senza mai aver visto la luce, di mettere in sicurezza le sale parto, nelle quali lavoriamo a fianco dei colleghi ginecologi e degli ostetrici/che?

E a proposito di sale parto, come si fa a progettare di inserire nei LEA la partoanalgesia "isorisorse", quando queste risorse sono in realtà "iporisorse"?

Fino ad oggi abbiamo assistito, mai ascoltati, a tagli lineari, in assenza di una vera analisi

programmatica che doveva precederli. È mancata una gestione del Servizio Sanitario Nazionale realmente basata su adeguati criteri di riorganizzazione. Per chi lavora nelle Sale Operatorie, nelle Rianimazioni e Terapie Intensive, in Emergenza ed Area Critica, tutto ciò si traduce in una pericolosa escalation del rischio clinico e professionale in un Paese in cui da anni si discute di responsabilità sanitaria, medica in particolare, senza trovare adeguate soluzioni, e in cui la problematica assicurativa viene trattata in maniera confusa, ingenerando dubbi anche laddove non dovrebbero essercene.

In questo senso riteniamo positivo il rinvio dell'obbligo assicurativo, a patto che tra un anno non ci troviamo allo stesso ed identico punto di oggi, facendo diventare la copertura assicurativa uno dei tanti nodi irrisolti della sanità italiana, che vede nei rinvii l'unica possibile soluzione. L'aziendalizzazione del SSN sta dimostrando il suo fallimento: il motivo è, come sempre nel nostro paese, che il modello aziendale funziona bene (forse) solo per le Società calcistiche, dove l'allenatore che non ottiene risultati viene spedito a casa, ma ha dimostrato, almeno finora, di non funzionare per le Aziende Sanitarie, dove il Committente e l'Amministratore sono di fatto lo stesso soggetto: nel caso del nostro SSN, la politica regionale e forse ancor più quella locale. La quale politica, a tutti i livelli, non può pensare di giocare a nascondino ancora a lungo sulla pelle dei Cittadini."



# LA SOLIDARIETÀ, UN DOVERE DI TUTTI

**Il racconto di Raffaele Aspide dopo la missione al Saint Mary Hospital di Lacor - Uganda**

“Un’esperienza professionale e umana che lascia traccia e che, nonostante l’impegno e la fatica, rimane indimenticabile. Al punto che si sente la necessità di ripeterla una, due, tre, dieci volte e allo stesso tempo di diffondere le informazioni per moltiplicare gli aiuti”. È la storia di Raffaele Aspide - anestesista rianimatore dell’UOC anestesia rianimazione di Imola e consigliere Sez. AAROI-EMAC Emilia-Romagna -, dal 2009 iscritto all’associazione *Surgery for Children*, un piccolo gruppo di Vicenza che organizza missioni di volontariato di chirurgia pediatrica. Dopo un’esperienza in Venezuela, ha preso parte, come volontario, ad una missione in Uganda. Al ritorno ha deciso di raccontare la sua esperienza per far conoscere il più possibile l’associazione di cui far parte nella speranza di “reclutare” colleghi che alla prossima missione partano con lui.

**Dottor Aspide qual è la situazione che ha trovato in Uganda?**

Il Saint Mary Hospital di Lacor, Gulu Nord Uganda, si trova subito sotto l’equatore. È un ospedale privato cattolico, sostenuto dalla cooperazione italiana con 180mila ricoveri e più di 7.000 interventi chirurgici all’anno.

A Lacor pur essendoci degli standard superiori alla media c’è bisogno di tutto, molte donazioni però finiscono nel nulla: ciò che non è riparabile a livello locale, diventa in breve tempo inservibile. La fase dei progetti verticali, imposti dall’alto, in Africa, sta finendo, speriamo. Nel continente nero bisogna sostenere e sviluppare ogni forma d’indipendenza e auto sostentamento: l’ospedale di Lacor è diretto e gestito da solo personale locale e la fondazione Corti italo-canadese, main sponsor, sta molto attenta a non influenzarne le scelte.

In Uganda i bambini sotto i 15 anni costituiscono quasi il 55% su una popolazione di circa 40 milioni di abitanti e le malformazioni congenite non sono affatto rare, favorite da specifiche condizioni socio-ambientali (infezioni e malnutrizione materna in gravidanza, inquinamento ambientale, consanguineità...). I bambini malformati sono spesso emarginati insieme alle loro madri per paura di malefici o discriminati a scuola e dentro la tribù.

**Quali attività vengono svolte durante la missione?**

Il gruppo era formato da quattro medici e sette infermieri, tutti volontari; previsto il solo vitto e alloggio. Nell’arco delle 3 settimane che abbiamo trascorso in Uganda sono stati visitati e



sottoposti ad accertamenti specialistici 70 bambini già selezionati dai chirurghi locali, tutti con malformazioni congenite gastro-intestinali ed uro-genitali, 39 sono stati poi operati e 15 rinviati alla missione del 2013.

Le patologie dei bambini sottoposti ad intervento chirurgico sono state: ipospadia (9 pz), ano imperforato (9), megacolon agangiare (4), valvole dell’uretra posteriore (2), onfalocoele (2) ostruzione pilorica (2) estrofia vescicale (2), idronefrosi (2), incontinenza urinaria/fecale da trauma perineale (3), emangioma (2), teratoma sacro-coccigeo (1), incontinenza urinaria da sbocco ectopico dell’uretere (1).

**Quali sono le prospettive per il futuro?**

L’Africa s’accinge a sorpassare la fase della sopravvivenza e nelle cure mediche appare da poco la chirurgia d’urgenza, a Lacor ha appena chiuso l’enorme reparto dei bimbi malnutriti, grazie alla fine della guerra che ha affamato il paese per 25 anni.

L’obiettivo delle nostre missioni è riuscire a dare assistenza a questi bambini, mostrando il lavoro di un team multidisciplinare, dare centralità alle malformazioni congenite, una chirurgia elettiva e complessa in un paese di 35 milioni di abitanti con un solo chirurgo pediatra nella capitale Kampala.

**Dal punto di vista personale e professionale che cosa le ha dato questa esperienza?**

Grazie alla disponibilità dei miei colleghi imolesi, ho potuto dare un piccolo contributo come anestesista, la mia professione, ad un’esperienza bellissima, che, al di là della falsa retorica, spesso riesce a dare più di quanto prende. Nonostante i duri turni di sala operatoria, incessanti, anche di domenica, siamo riusciti ad interfacciarci col personale sanitario locale, scambiandoci pareri, consigli e condividendo esperienze.

**Quale è stato uno dei momenti per lei più importanti?**

Ho speso molto tempo a riparare monitor per la sala operatoria e sistemi di monitoraggio, per aumentare la sicurezza anestesologica: il giorno della mia partenza l’equipe locale m’ha mostrato il primo intervento chirurgico con un monitoraggio completo dei parametri vitali del paziente, un successo!

**Ci parli dell’Associazione di cui fa parte: quali saranno le prossime missioni?**

Nel giugno 2012 all’Associazione è stata assegnata dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, l’Onorificenza della “Stella d’Italia” per aver contribuito al prestigio dell’Italia all’estero, in particolare con l’attività svolta in Venezuela.

**Che cosa si sente di dire ai suoi colleghi?**

Spesso quando pensiamo alla solidarietà, pensiamo a qualcosa di complesso, lontano e a volte poco chiaro, in realtà l’Africa è piena di

donne e uomini dal nord del mondo, molti in età di pensione, che vanno a dare il loro contributo, semplicemente mettendo a disposizione il loro know how. Tutti quelli che non possono farlo direttamente, hanno, secondo me, il dovere sociale di conoscere e scegliere un progetto tra i tanti da sostenere: il futuro di quel mondo, s’intreccia sempre più con quello del nostro mondo.

Il reclutamento degli anestesisti di area pediatrica, rimane un grosso problema: è molto difficile intercettare colleghi anestesisti disposti a partire con noi, sia per l’Uganda che per le missioni in Venezuela.

In questi giorni *Surgery for Children*, dopo una fase di preparazione, è ripartita per la missione Lacor-Uganda 2013, col sostegno dell’Università Federico II di Napoli e altri sponsor privati. Rimarrà in azione per circa 3 settimane, con l’obiettivo di realizzare interventi di chirurgia pediatrica insieme ai colleghi ugandesi. Porterà giù un’equipe multidisciplinare più nutrita del solito, saranno in 14, con in tasca il sogno di una nuova frontiera: sperimentare un prototipo ventilatore meccanico per anestesia pediatrica gassosa portatile assemblato dalla SAMED, un sistema per standardizzare e aumentare la sicurezza nelle anestesi generali.

Per info@surgeryforchildren.org  
 www.surgeryforchildren.org



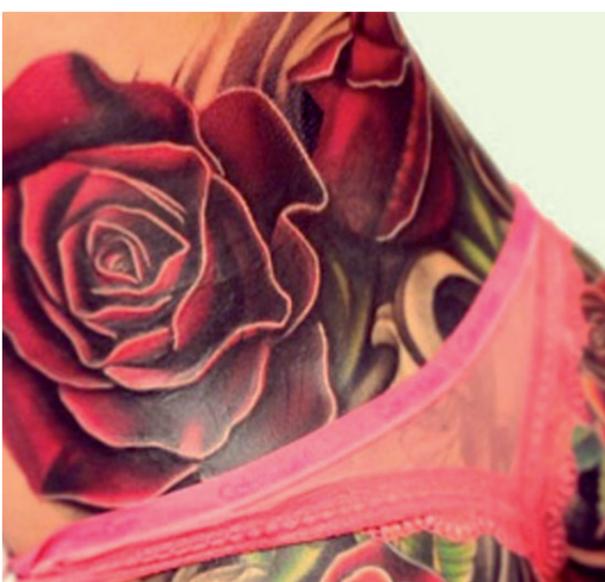
## Tatuaggi e peridurale: “istruzioni per l’uso”

**Le considerazioni dei Presidenti AAROI-EMAC e SIARED**

Il tatuaggio (tattoo) sta diventando sempre più popolare. Come tutti sanno consiste nell’inserimento sottocutaneo di pigmenti neri o colorati. Negli Stati Uniti, come in altri Paesi, è stato rilevato che questi pigmenti (contenenti anche piombo, litio, rame) non sono soggetti a nessuna regolamentazione sulla loro composizione chimica. Nel mondo occidentale, oggi si registra la presenza di almeno un tatuaggio con una frequenza che varia del 15 al 25% degli adulti, e la percentuale sale ad oltre il 35% nei giovani tra i 20 e i 30 anni. Si tratta per la maggior parte (dal 60 al 70%) di persone di sesso maschile, ma la percentuale di persone di sesso femminile è in rapida crescita. Conseguentemente, un numero considerevole di donne in gravidanza può avere tatuaggi.

Questi dati sono importanti per avere un’idea sulla frequenza con cui la presenza di un tatuaggio in zona lombare può porre un problema di valutazione medica nel caso di richiesta di analgesia del parto spontaneo con tecnica peridurale. Infatti, la zona lombare tatuata può coincidere con la zona di puntura attraverso la quale si esegue la parto-analgesia con tecnica peridurale. A seguito di peridurale praticata nella zona del tatuaggio, nel momento in cui viene effettuata la puntura attraverso la cute della zona lombare, si aggiunge il rischio che l’ago possa veicolare alcune particelle del pigmento del tatuaggio all’interno del canale vertebrale. È importante sottolineare che, anche se in letteratura nessun danno è stato finora riportato come certamente dovuto a questo rischio specifico, il trasporto, attraverso l’ago, di particelle di tessuto (e quindi, in teoria, potenzialmente anche del pigmento) in siti più profondi è stato dimostrato.

Questo rischio potrebbe creare le condizioni per il verificarsi di più o meno gravi danni da irritazione, infiammazione e/o infe-



zione dei rami nervosi che, partendo dal midollo spinale, decorrono in questo canale. Da notare che questi danni potrebbero in teoria essere anche tardivi, cioè verificarsi a distanza di tempo.

Senza altro di minor rilievo, ma da non sottovalutare, per possibili implicazioni di natura estetica, il rischio che un ago inserito attraverso un tatuaggio può creare una piccola cicatrice che altera il disegno del tattoo.

Per evitare questo rischio teorico, è prudente che il medico specialista che esegue l’analgia per il parto spontaneo (o l’anestesia per il parto cesareo) con tecnica peridurale eviti la puntura attraverso il tatuaggio. In alcuni casi questo è possibile, p. es. selezionando uno spazio intervertebrale con cute sovrastante libera, o eseguendo la puntura attraverso una zona di cute libera da pigmento all’interno dell’area del tatuaggio, o utilizzando un approccio paramediano (di regola meno utilizzato per il maggior rischio di sanguinamenti).

Quando questi accorgimenti non possono essere attuati, le normali regole di prudenza portano a sconsigliare la tecnica analgesica o anestetica peridurale. Controindicazioni assolute sono invece i casi in cui la cute sede di tatuaggio, o le zone immediatamente vicine, presentano segni di infiammazione, e i tatuaggi recenti, nei quali il pigmento potrebbe non essere ancora stato del tutto assorbito dal sottocute, e nei quali in genere residua un’infiammazione dovuta alla reazione al pigmento stesso.

Naturalmente, per completezza di informazione, simili conclusioni valgono in generale, con alcuni distinguo da valutare caso per caso secondo il rapporto dei rischi rispetto ai benefici attesi, anche per le anestesi/analgesie neurassiali (peridurale e subaracnoidea - c.d. “spinale”) eseguite per altre indicazioni.

Da rimarcare, qualunque sia la scelta del medico specialista, che in ogni procedura sanitaria, specialmente se invasiva come nel caso della parto-analgesia con tecnica peridurale, la metodica da attuare dev’essere opportunamente preventivata già nella visita anestesologica, eseguita per tempo e non nell’immediatezza del parto, previo consenso adeguatamente informato.

Adriana Paolicchi, Presidente SIARED  
 Alessandro Vergallo, Presidente AAROI-EMAC

# QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

**Le risposte di Alessandro Vergallo**  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

## CONTRATTO AIOP E LIBERA PROFESSIONE

**Quesito:** Ho un contratto AIOP a tempo indeterminato presso un ospedale pubblico, dove svolgo attività di guardia e di sala operatoria. Posso svolgere attività come libero professionista presso strutture convenzionate o pubbliche emettendo fattura?



**Risposta:** La singolare situazione riferita, qualora esattamente corrispondente alla realtà, dimostrerebbe una volta di più, e al massimo grado, se mai ce ne fosse bisogno, il caos generato e alimentato dalla deregulation, ormai fuori controllo, che "governa" il nostro Sistema Sanitario.

Allo stretto riguardo dell'eventualità che un medico dipendente da una struttura sanitaria privata, con contratto AIOP, possa svolgere attività libero-professionale in genere, la risposta è nell'art. 14 del contratto AIOP, commi b e c, riportati di seguito:

CCNL 2002 2005 – Personale Medico Strutture Sanitarie Private  
Art. 14 - Il rapporto di lavoro del personale medico ha le seguenti caratteristiche:

b) possibilità, ove la Struttura e l'organizzazione lo consentano, di svolgere attività in regime libero-professionale intra moenia al di fuori dell'orario di lavoro, in orari concordati consensualmente tra il medico e l'Amministrazione, nel rispetto delle normative nazionali e regionali, nonché del regolamento interno. Al medico è comunque consentito di esercitare l'attività libero-professionale al di fuori della Struttura sanitaria, purché non in altre strutture di ricovero (ordinario e in day hospital) e previa valutazione da parte della Struttura, sentita la RSM Cimop, della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;

c) divieto di stabilire rapporti professionali con altre Strutture sanitarie ad eccezione delle attività occasionali di consulenze e consulti. Il divieto di operare in altre strutture di ricovero non sussiste per i medici assunti a tempo parziale. I medici assunti a tempo definito possono richiedere alla Casa di cura di appartenenza specifica autorizzazione che verrà concessa previa valutazione da parte della Struttura medesima, sentita la RSM Cimop, della insussistenza di situazioni di conflitto di interesse. **A.V.**

## URGENZA INDIFFERIBILE: RESPONSABILITÀ DEL CHIRURGO

**Quesito:** Esiste una norma che imponga al collega chirurgo di assumersi la responsabilità di "urgenza indifferibile" per un intervento chirurgico?

**Risposta:** Sappiamo tutti che la situazione descritta è una vexata quaestio per tutti coloro, come gli anestesisti-rianimatori, la cui opera è necessaria per l'esecuzione di procedure, invasive e non, decise da colleghi specialisti in altre discipline. Il quesito potrebbe infatti riferirsi, con pari rilevanza deontologica, organizzativa, e, non ultima, medico-legale, non limitatamente al caso di un intervento chirurgico, ma a qualunque caso che riguardi la presa in carico di un paziente critico, il quale necessita, per esempio, di un trasferimento in terapia intensiva, o, più spesso, di un trasferimento secondario protetto.

Purtroppo, non esiste una norma specifica "che imponga al collega chirurgo di assumersi la responsabilità di urgenza indifferibile". Il fatto che non sempre sia correttamente assunta, da parte di chi richiede una prestazione anestesiológica o rianimatoria "indifferibile" (e più in generale "urgente"), la responsabilità di formalizzare tale richiesta, deriva proprio dall'assenza di un dettato normativo e regolamentare in materia. La mancanza di regole, tanto nel nostro Sistema Sanitario quanto in altri ambiti, è una situazione di comodo per chi spera sempre di riservarsi di scaricare le proprie eventuali responsabilità. Combattere questa "malasana organizzativa" non è particolarmente difficile, ma necessita di perseveranza, oltre che di buon senso.

Alcune considerazioni:

1) il documento su cui annotare ogni decisione relativa al percorso di cura del paziente è la cartella clinica;

2) in cartella clinica è opportuno annotare la propria parte in merito alla sequenza degli eventi, evitando di trascrivere qualsiasi eventuale polemica avvenuta, limitando le annotazioni unicamente alla loro valenza di documentare l'iter diagnostico e terapeutico di propria competenza, e avendo cura di valutare "in consecutio" le altrui precedenti annotazioni;

3) è senz'altro sempre opportuno richiedere sempre la formalizzazione scritta dell'urgenza, quale che ne sia il grado asserito verbalmente;

4) qualora le condizioni del paziente siano evidentemente tali da richiedere una prestazione indifferibile, in caso di mancanza di tale formalizzazione, quantunque giustificata da incombenze che al momento la impediscano, è poco prudente ritardare o rifiutare la propria prestazione; in questo caso, meglio procedere senza altro indugio a prestare la propria opera, naturalmente documentando non appena possibile la sequenza degli eventi; infatti, tale ritardo e/o rifiuto potrebbero comportare, in caso di contenziosi, il rischio di un addebito di "omissione di atti di ufficio" (art. 328 C. P.); del resto, alcune situazioni dovrebbero attestare ipso facto che chi ha richiesto la prestazione indifferibile se ne è assunto implicitamente la responsabilità (p. es. in caso di chiamata di un collega in pronta disponibilità, o in turno di guardia);

5) in linea di principio, al limite, anche la mancata registrazione in cartella clinica della indifferibilità di un intervento chirurgico (eventualmente ex post, ma in tempi ragionevoli) potrebbe comportare, a carico del chirurgo inadempiente, l'omissione di atti di ufficio, ai sensi del succitato art. 328 C. P.;

6) qualora le condizioni del paziente siano, invece, evidentemente tali da non richiedere un intervento indifferibile, sarebbe opportuna la formalizzazione dell'altrui richiesta prima della propria prestazione; questo scoraggerà (non tutti) coloro i quali avessero inteso far passare, per motivi vari, come indifferibile un intervento che non lo era, dato che le dichiarazioni mendaci comportano il rischio di un addebito di "falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici" (art. 479 C. P.). **A.V.**

**Le risposte di Domenico Minniti**  
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

## ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI PARTO-ANALGESIA

**Quesito:** Come deve essere organizzato il servizio di parto-analgesia, che dovrebbe rientrare nei LEA? Presso la struttura in cui lavoro il servizio di parto-analgesia sarebbe garantito, in teoria, h24: a prestarlo è l'anestesista di guardia, che però deve occuparsi anche di tutte le urgenze di sala operatoria, di tac di ps etc. Se questi è impegnato, il servizio tocca al rianimatore di guardia; se anche questi è impegnato, tocca al reperibile.

La parto-analgesia (di seguito PA), nonostante le apparenti buone intenzioni ed i relativi proclami dei ministri della Sanità che,



dalla Turco (2007) alla Lorenzin passando per Balduzzi (2012) si sono fino ad oggi succeduti, non è ancora effettivamente inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nel frattempo, assistiamo alle più variegate soluzioni organizzative aziendali.

La PA si inserisce in un contesto molto più generale e complesso, quello della sicurezza dei punti-nascita, che nel nostro Paese sono strutturati nei modi più vari, essendo peraltro estremamente diversi tra loro, anche a parità di "classificazione" in 1°, 2°, 3° livello.

Da una parte, tutti i tentativi di razionalizzare la distribuzione dei punti-nascita, e quindi di stabilire adeguati criteri di sicurezza, sono finora falliti; dall'altra, l'estrema variabilità dei loro volumi di attività impedisce di organizzare (non solo) la PA secondo criteri di efficienza uniformi.

Nel 2007, la Commissione Nazionale per la definizione e l'ag-

giornamento dei LEA elaborava le "Linee Guida sul controllo del dolore durante il travaglio e il parto vaginale tramite procedure analgesiche", che indicavano alcuni criteri organizzativi della PA, prevedendone, in via transitoria e in una fase "sperimentale", una prima attivazione anche attraverso la pronta disponibilità del medico anestesista-rianimatore.

La nostra Associazione aveva ben presente, sin da allora, la necessità di regole ben più precise cui attenersi, per quanto riguarda la PA e non solo, ma dato che nel nostro Paese non c'è nulla di più definitivo del provvisorio, sono passati ben 6 anni senza che sia stato predisposto un modo razionale, sicuro, ed efficiente, di organizzare la PA. Anche di questo dobbiamo ringraziare la politica.

L'AAROI-EMAC ha già "in cantiere" una presa di posizione documentata, forte, e incisiva, sull'organizzazione della PA, che però, per essere realmente efficace, necessiterà della collaborazione di tutti i suoi Iscritti, e non da ultimo delle Società Scientifiche, anche alla luce dell'art. 3 comma 1 del cd "Decreto Balduzzi" (DL 158/2012), come modificato dalla Legge 189/2012. **D.M.**

**Le risposte di Arturo Citino**  
Presidente AAROI-EMAC Piemonte-Valle d'Aosta  
Coordinatore della formazione sindacale

## SPECIALIZZAZIONI E ANZIANITÀ DI SERVIZIO

**Quesito:** Come si valutano ai fini concorsuali?



**Risposta:** I criteri di valutazione nei concorsi pubblici sono stabiliti dal DPR 483/9 (art. 27), che nello specifico del quesito prevede, ai commi 4 e 5:

Comma 4. Titoli di carriera:

a) servizi di ruolo prestati presso le unità sanitarie locali o le aziende ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli articoli 22 e 23:

1) servizio nel livello dirigenziale a concorso, o livello superiore, nella disciplina, punti 1,00 per anno; 2) servizio in altra posizione funzionale nella disciplina a concorso, punti 0,50 per anno;

3) servizio in disciplina affine ovvero in altra disciplina da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti rispettivamente del 25 e del 50 per cento;

4) servizio prestato a tempo pieno da valutare con i punteggi di cui sopra aumentati del 20 per cento;

b) servizio di ruolo quale medico presso pubbliche amministrazioni nelle varie qualifiche secondo i rispettivi ordinamenti, punti 0,50 per anno.

Comma 5. Titoli accademici e di studio:

a) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso, punti 1,00;

b) specializzazione in una disciplina affine, punti 0,50;

c) specializzazione in altra disciplina, punti 0,25;

d) altre specializzazioni di ciascun gruppo da valutare con i punteggi di cui sopra ridotti del 50%;

e) altre lauree, oltre quella richiesta per l'ammissione al concorso comprese tra quelle previste per l'appartenenza al ruolo sanitario, punti 0,50% per ognuna, fino ad un massimo di punti 1,00. **A.C.**

## LA PRONTA DISPONIBILITÀ SOSTITUTIVA NELLE U.O. DI ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

**Quesito:** Nei piccoli ospedali di provincia con pronto soccorso è lecito garantire gli interventi chirurgici d'urgenza con la pronta disponibilità invece che con la guardia attiva?

**Risposta:** L'art. 6 del CCNL 3/11/2005 delega alla concertazione decentrata le decisioni sull'articolazione dell'orario e dei piani per assicurare le emergenze. Inoltre, secondo l'art. 17 dello stesso CCNL, che disciplina l'istituto della pronta disponibilità, nei Servizi

di anestesia, rianimazione e terapia intensiva non si può prevedere la pronta disponibilità sostitutiva della guardia; lo stesso articolo prevede inoltre che il servizio di pronta disponibilità sia limitato ai soli periodi notturni e festivi.

Eppure, l'applicazione dei suddetti articoli contrattuali non è mai stata pienamente rispettata, e soprattutto negli ultimi tempi assistiamo a interpretazioni sempre più "fantasiose".

Il problema richiede la massima urgenza di riportare tutte le organizzazioni aziendali dalla loro attuale "creatività" alla legittimità, in questo come in molti altri ambiti applicativi dei contratti vigenti. **A.C.**

## RECUPERO DELLA FESTIVITÀ

**Quesito:** È un diritto il recupero della festività svolta in guardia attiva e/o in pronta disponibilità?

**Risposta:** Sull'argomento, molto dibattuto, manca l'uniformità applicativa delle norme, che invece sono abbastanza chiare. L'art. 9 del Dlgs 66/2003 riconosce al lavoratore il diritto ad un periodo di riposo di 24 ore consecutive ogni 7 giorni (riposo settimanale), di regola coincidenti con la domenica, eventualmente cumulabili con le ore di riposo di cui all'art. 7 del suddetto decreto.

Il comma 6 dell'articolo 17 del CCNL 3/11/2005 recita: "Nel caso in cui la pronta disponibilità cada in un giorno festivo spetta un giorno di riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale". **A.C.**

**NOTA BENE:** le risposte ai quesiti possono essere utili per situazioni analoghe a quelle descritte, previa le necessarie verifiche nei casi specifici

# LA RACCOLTA DI FIRME ONLINE ORGANIZZATA DALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DELLA DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA PER IL RINNOVO DEL CONTRATTO

ANAAO ASSOMED – CIMO-ASMD – AAROI-EMAC –  
 FP CGIL MEDICI – FVM – FASSID – CISL MEDICI –  
 FESMED – ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI – UIL FPL MEDICI –  
 SDS SNABI – AUPI – FP CGIL SPTA – UIL FPL SPTA –  
 SINAFO – FEDIR SANITA' – SIDIRSS – UGL MEDICI –  
 FEDERSPECIALIZZANDI

La Sanità italiana  
 è senza contratto  
 di lavoro dal 2009

# Contratto. Subito!

<http://www.contrattosubito.it/firma.php>



## ISCRIZIONI 2014 Medici Anestesisti-Rianimatori di Emergenza e di Area Critica

per un adeguato riconoscimento  
 della vostra qualifica professionale

per una giusta valorizzazione  
 del lavoro che svolgete ogni giorno

per una corretta informazione  
 sui vostri diritti e sui vostri doveri

**iscrivetevi  
 all'A.A.R.O.I.-EM.A.C.!**

la grande associazione sindacale alla guida dei medici  
 anestesisti rianimatori, dell'emergenza, e dell'area critica,  
 a tutela dei 20.000 specialisti che quotidianamente offrono  
 il loro impegno e il loro contributo al nostro Sistema Sanitario

Istruzioni sulle modalità di iscrizione a pagina 2,  
 e sul web al seguente indirizzo: [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)

### Centro SimuLearn di Bologna CORSI DI SIMULAZIONE NOV-DIC 2013

Novembre 2013		Dicembre 2013	
1	Ven	1	Dom
2	Sab	2	Lun Aritmie Cardiache Bologna
3	Dom	3	Mar Aritmie Cardiache Bologna
4	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	4	Mer Ecografia in Anestesia locoregionale Bologna Corso ACLS Milano
5	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	5	Gio Ecografia in Anestesia locoregionale Bologna Corso ACLS Milano
6	Mer Corso Itinerante ACLS Roma	6	Ven Corso Lettura ECG Bologna
7	Gio Corso Itinerante ACLS Roma	7	Sab
8	Ven Corso Itinerante ACLS Roma	8	Dom
9	Sab Corso Itinerante ACLS Roma	9	Lun Anestesia Ped Bologna
10	Dom	10	Mar Anestesia Ped Bologna
11	Lun Aritmie Cardiache Bologna	11	Mer Corso Itinerante ACLS Firenze
12	Mar Aritmie Cardiache Bologna	12	Gio Corso Itinerante ACLS Firenze
13	Mer Ecografia in Anestesia locoregionale Bologna Corso PALS Roma	13	Ven Corso Itinerante ACLS Firenze
14	Gio Ecografia in Anestesia locoregionale Bologna Corso PALS Roma	14	Sab Corso Itinerante ACLS Firenze
15	Ven Corso BLS-D Torino	15	Dom
16	Sab	16	Lun
17	Dom	17	Mar Corso BLS-D Bologna
18	Lun Anestesia Ped Bologna	18	Mer Corso PALS Bologna
19	Mar Anestesia Ped Bologna	19	Gio Corso PALS Bologna
20	Mer Ecografia in Terapia Intensiva Bologna Corso PALS Cesena	20	Ven
21	Gio Ecografia in Terapia Intensiva Bologna Corso PALS Cesena	21	Sab
22	Ven	22	Dom
23	Sab	23	Lun
24	Dom	24	Mar
25	Lun Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	25	Mer
26	Mar Ventilazione non invasiva domiciliare Bologna	26	Gio
27	Mer Corso Itinerante ACLS Milano	27	Ven
28	Gio Corso Itinerante ACLS Milano	28	Sab
29	Ven Corso Itinerante ACLS Milano	29	Dom
30	Sab Corso Itinerante ACLS Milano	30	Lun
		31	Mar