

# il nuovo Anestesista Rianimatore

SETTEMBRE - OTTOBRE  
2014  
5  
Anno XXXV

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

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

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

## Contratti bloccati fino al 2015

E intanto il dibattito sull'articolo 18 continua a tenere banco



Ancora un anno di proroga per il blocco degli stipendi dei lavoratori dipendenti della Pubblica Amministrazione. Dopo un'estate trascorsa a dire tutto e il contrario di tutto sull'Articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori, anche il mese di Settembre non ha portato buone notizie.

Poco dopo il rientro dalle ferie, infatti, è arrivato l'annuncio del Ministro per la Semplificazione e per la Pubblica Amministrazione, Marianna Madia, che ha ufficializzato il blocco degli stipendi per un altro anno, vale a dire fino alla fine del 2015. Non sono rimasti in silenzio i Sindacati Medici

che hanno manifestato tutta la propria delusione di fronte all'ennesima mancata promessa. In un comunicato congiunto l'Intersindacale della Dirigenza Medica.

*"Il prolungamento al 2015 del blocco dei contratti del pubblico impiego, medici e dirigenti sanitari dipendenti del SSN compresi, rientra tra gli effetti collaterali della "annunciate" - si legge nella nota -. L'ultimo punto delle linee guida sulla riforma della PA, che annunciava il rinnovo contrattuale, è finito nel carretto dei gelati di Palazzo Chigi".*

alle pagine 2 e 3

## LO STATUTO DEI LAVORATORI

### Il testo integrale

Alla vigilia delle mutilazioni che il Governo in carica intende infliggere alle tutele finora previste dallo Statuto dei Lavoratori, ne pubblichiamo il testo integrale. *"In questi giorni si vuol far credere che il principale ostacolo al superamento della crisi del mercato del lavoro - si legge nella premessa del Vice Presidente Nazionale AAROIEMAC, Fabio Cricelli - sia lo Statuto dei Lavoratori, quindi ve ne proponiamo il Testo di Legge, senza alcun commento, affinché vi sia possibile valutare la portata dell'abolizione di molte sue tutele, e del declamato effetto-panacea di tale abolizione sulla crisi economica".*

email per vs osservazioni: [ilnuovoar@aaroieamac.it](mailto:ilnuovoar@aaroieamac.it)

alle pagine 4, 5, 6 e 7

## Jobs Act e Spending Provvedimenti sotto la lente

La sintesi del cosiddetto Jobs Act, la riforma del lavoro che il Governo Renzi intende concludere nei prossimi mesi. Tra i nodi cruciali, la determinazione governativa nel voler ricorrere a "tutele crescenti" per i contratti di lavoro a tempo indeterminato, e ad una pesante "flessibilità" generale del lavoro dipendente. In pratica, il cre-

scente problema del precariato sarebbe così brillantemente risolto attraverso la precarizzazione legalizzata del lavoro "stabile". Un piccolo passo dell'ex Ministro Fornero (quella dell'appello ai giovani "non siate troppo choosy") diverrebbe in tal modo un passo da gigante per questo Governo. Un gigante dai piedi d'argilla.

a pagina 10

## Davvero ce lo chiede l'Europa?

*"«Ce lo chiede l'Europa» è il refrain a cui siamo oramai tristemente avvezzi. Questa strofa, troppe volte ripetuta, è servita a giustificare, in nome del pareggio di bilancio, del rapporto Deficit/PIL e di qualche punto di spread, provvedimenti quali i blocchi del turnover, dei rinnovi contrattuali e delle retribuzioni".*

Inizia con queste considerazioni il commento di David Di Lello, Presidente Regionale AAROIEMAC Molise sulla attuale situazione del Paese.

a pagina 3

## Stamina

### Un'altra bocciatura

Il Comitato di esperti nominato dal Ministro della Salute ha bocciato il "metodo Stamina", non ritenendo, con valutazione unanime, che esistano i presupposti per validarne la sperimentazione scientifica. Sulla vicenda avevamo espresso chiaramente la nostra opinione. Quest'ennesima bocciatura sarà in grado di por fine alla penosa vicenda, la cui sussistenza nel nostro Paese è stata finora consentita, nello sconcerto del mondo scientifico internazionale, contro ogni evidenza di efficacia?

a pagina 10

## Responsabilità professionale

### Legge 189/2014 - DPR

La bozza di DPR sulla "Disciplina dei requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie", che in questi giorni è tornata all'esame dei tecnici della Conferenza Stato-Regioni, prevede, per tutti gli esercenti professioni sanitarie che abbiano diffi-

coltà a stipulare una polizza assicurativa di responsabilità civile, sia liberi professionisti che dipendenti, la possibilità di accedere ad un apposito fondo, in applicazione dell'art. 3 della Legge 189/2012.

Il DPR in questione non impatterà sull'obbligo assicurativo previsto dalla Legge 114/2014, che resta limitato ai soli liberi professionisti.

a pagina 10

## Leggi e sentenze

### Pensioni: basta ipocrisie

Nella pagina "Previdenza&Giurisprudenza", dedicata alle pensioni e alle ultime sentenze in ambito sanitario, è pubblicato il commento di Claudio Testuzza sull'ipotesi estiva di tagliare le pensioni "d'oro". *"...una rincorsa a chi la spara più grossa in un settore che, anche grazie alle numerosissime riforme che si sono succedute negli anni, avrebbe ormai solamente bisogno di silenzio e di rispetto".* Tra le sentenze, quella del Consiglio di Stato, con la quale viene dichiarata illegittima la decisione che la Regione Lombardia prese nei confronti del Caso Englaro.

a pagina 13

## Sanità Regionale

### Le notizie dal territorio

In Lombardia, la posizione dell'AAROIEMAC rispetto al "Documento 100 - Soccorritori con qualifica di medico/infermiere a bordo dei MSB" di AREU.

In Emilia Romagna, l'AAROIEMAC si è schierata al fianco della CIMO in opposizione alla procedura "Sull'allontanamento dei pazienti" (P-int 19) promulgata dalle Aziende sanitarie della Provincia di Bologna.

Nel Lazio, l'inaugurazione di 3 nuovi Reparti Ospedalieri "a direzione infermieristica": un'altra pesante deregolamentazione del SSN.



a pagina 12

## La Riforma PA

### Ma che cosa cambierà?

*"«Razionalizzazione e revisione della spesa, ridimensionamento delle strutture, riduzione delle spese per beni e servizi, ottimizzazione degli immobili». Che a leggerla così viene anche difficile non essere d'accordo, ma noi siamo professionisti abituati a risolvere, in pochi minuti, situazioni critiche e potenzialmente fatali, con azioni rapide ed efficaci, per cui sorge, spontanea, una prosaica domanda: Come?"*

Questo il commento e l'interrogativo di una Collega sulla Riforma della Pubblica Amministrazione su cui è alacremente all'opera l'Esecutivo.

a pagina 14

## Prossimo obiettivo...licenziamenti facili?

Le "buone" intenzioni del Governo Renzi ci convincono poco. Le azioni ancora meno

Un'estate calda e un autunno bollente per i lavoratori della Pubblica Amministrazione e, in quanto tali, anche per i medici ospedalieri. Come dipendenti pubblici siamo sottoposti, ormai costantemente, ad azioni governative volte a tamponare il disastro economico con interventi spot a scapito di chi lavora nel Pubblico Impiego. La proroga del blocco dei contratti fino a tutto il 2015 ne è una chiara dimostrazione. Che cosa dire?

Più che delusi, siamo rimasti esterrefatti dall'ennesimo annuncio contro i lavoratori della Pubblica Amministrazione. La proroga del blocco degli stipendi è ancora una volta la prova che il Governo Renzi non si è mai allontanato dalla vecchia politica avvezza ad utilizzare gli statali come bancomat e a portare avanti tagli indiscriminati. Anzi, viene il dubbio che ci troviamo di fronte ad una situazione peggiore, ad un vero e proprio deterioramento della vecchia politica.

Una fase in cui gli annunci sensazionalistici (e pieni di ottimismo) cercano di nascondere azioni nette (rimane da capire se pianificate o estemporanee) che vanno a scapito del Pubblico Impiego e dei lavoratori in generale a cui peraltro "penserà" anche la revisione dello Statuto dei Lavoratori.

La comunicazione nel Governo Renzi è al primo posto, non fosse, che a guardarci bene, spesso quello che viene affermato oggi, è poi smentito domani. Non è passato molto tempo da quando il Ministro Madia aveva rassicurato i Sindacati sul blocco degli stipendi, facendo chiaramente intendere di voler recuperare le risorse per non prorogare ulteriormente tale blocco. Prima ancora era intervenuto anche il MEF a smentire ufficialmente una simile ipotesi. Ebbene, all'inizio di Settembre, proprio il Ministro Madia, con l'ennesimo annuncio feroce, ha invece affermato che il congelamento degli stipendi degli statali verrà prorogato a tutto il 2015. Motivo? Non ci sono risorse!

Difficile commentare una simile dichiarazione, anche perché, che andasse diversamente, ci avevamo creduto poco! Rimane da capire come far intendere che non è possibile andare avanti in questo modo, come affermare che esistono, e sono state anche indicate più volte, altre strade per recuperare le risorse senza penalizzare i lavoratori. Purtroppo temiamo addirittura che l'estensione del blocco contrattuale possa arrivare al 2016. Altrettanto difficile

(ma proveremo a farlo) cercare di non prestare attenzione ad un commento a caldo arrivato da un Iscritto: "Blocco fino al 2015?...Noi blocchiamo l'Italia fino al 2015". Un'estremizzazione che però lascia intendere quanta stanchezza c'è in chi lavora, senza che il proprio lavoro venga riconosciuto adeguatamente. Non abbiamo, evidentemente, quest'arma di ritorsione per molteplici motivazioni, ma ciò non vuol dire che l'AAROI-EMAC sia pronta ad accettare qualsiasi decisione portata avanti da una classe politica che ha dimostrato in diverse occasioni di voler

- in questo caso non solo del Pubblico Impiego - lo dimostra l'ampio dibattito sull'abolizione dell'articolo 18 che nel mese di Agosto ha tenuto banco su tutti i giornali e telegiornali.

A oltre un mese dal sasso lanciato dal Ministro Alfano sulla necessaria abolizione dell'articolo 18 non è ancora chiaro come andrà a finire.

Non ci ha comunque stupito, in quei giorni estivi, sapere che l'agenda governativa sia orientata, tra l'altro, all'abolizione dell'articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori. Una simile ipotesi si va ad inserire nell'obiettivo generale del Governo Renzi, sempre più evidente, di eliminare ogni forma di tutela del lavoro, oltre che di abbattere ogni prerogativa sindacale.

Già la riforma "Fornero" aveva ridotto ampiamente i margini di tutela del lavoro stabiliti dall'art. 18, ma evidentemente l'attuale Governo ritiene non sia bastata, e progetta il "via libera" ai licenziamenti selvaggi, ben al di là dei casi di "giusta causa".

La cosiddetta "flessibilità lavorativa", iniziata in epoca brunettiana e poi continuata dall'ex Ministro Fornero, ha già dato prova dei suoi pessimi risultati, sia per i lavoratori più anziani, p. es. in termini di esodazioni, sia per quelli più giovani (più "choosy"), p. es. in termini di precarietà a tempo indefinito.

Pensare che l'abolizione dell'art. 18 (e, chissà, dell'intero Statuto dei Lavoratori?) sia la soluzione per risolvere i problemi del nostro Paese è quantomeno un'acrobazia sofisticata, oltre che un'inqualificabile distrazione della pubblica opinione dai motivi reali della crisi, che invece sono aggravati proprio dalle crescenti violazioni dei contratti di lavoro a danno di tutti i lavoratori dipendenti, pubblici e privati.

Per tentare di camuffare il fallimento totale dei principi montiani di sviluppo e di equità sotto la veste di una previsione di successo serve ben altro che irrigidire il rigore, men che meno nel momento in cui le ottimistiche affabulazioni del Premier Renzi sul "percorso di non ritorno" dell'Italia vanno sinistramente a sbattere contro gli ultimi dati ISTAT su una recessione che, proprio a causa di un rigore sempliciotto e brutale, completamente privo di equità e di sviluppo, non dà alcun segno di ripresa.

Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC



Immagine da Corriere.it

annullare il ruolo dei Sindacati. Una classe politica sulle cui competenze, a questo punto, nutriamo seri e profondi dubbi.

I medici sono considerati dei privilegiati e il timore è che l'intenzione del governo sia quella di andare a scardinare il sistema delle tutele dei lavoratori e della rappresentatività delle stesse organizzazioni sindacali. L'obiettivo è annientare lo Statuto dei Lavoratori. E ridurre le garanzie dei camici bianchi, che del sistema sono gli attori principali, è uno dei tanti modi per attaccare la sanità pubblica.

D'altra parte che questo Governo voglia cambiare le carte in tavola per quel che riguarda i diritti dei lavoratori

### 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 EMAIL NAZIONALI

**PRESIDENTE (SEGRETERIA)** • Dr ALESSANDRO VERGALLO • [aaroiemac@aaroiemac.it](mailto:aaroiemac@aaroiemac.it)  
**SEGRETARIO** • Dr ANTONINO FRANZESI • [franzesi@aaroiemac.it](mailto:franzesi@aaroiemac.it)  
**TESORIERE** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [amendola@aaroiemac.it](mailto:amendola@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE NORD** • Dr.ssa 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)

#### CONTATTI EMAIL REGIONALI

**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  
POMPILO DE CILLIS  
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il  
10 Ottobre 2014  
Tiratura: 10.600 copie  
Spedito il  
15 Ottobre 2014

## Stipendi bloccati fino al 2015

**Cricelli: "ce lo aspettavamo, speriamo non si arrivi al 2016"**



Gli stipendi della Pubblica Amministrazione rimarranno bloccati per tutto il 2015. La notizia è stata data dal Ministro Madia nei primi giorni di Settembre. Un annuncio con il quale il Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione ha di fatto smentito se stessa. Poco prima dell'estate era stata, infatti, proprio la Madia a calmare gli animi dei Sindacati assicurando che il blocco degli stipendi non sarebbe stato prorogato.

*"In questo momento di crisi le risorse per sbloccare i contratti a tutti non ci sono - ha affermato il Ministro per motivare la decisione governativa - il Governo guarda a chi ha più bisogno, quindi confermiamo gli 80 euro, che vanno anche ai lavoratori pubblici".*

Il risultato è che per un altro anno, il quinto consecutivo, non sono previsti aumenti salariali.

Immedie le reazioni dei Sindacati. Il Vice Presidente AAROI-EMAC, Fabio Cricelli, ha dichiarato all'Agenzia di stampa AdnKronos di temere l'estensione del blocco anche per il 2016: *"ce lo aspettavamo. Anzi, temiamo addirittura l'estensione del blocco contrattuale anche per il 2016. D'altronde - ha affermato nell'intervista - i dipendenti pubblici sono considerati un bancomat da cui attingere. E i medici dei privilegiati".* Cricelli ha inoltre dichiarato di temere che l'intenzione del Governo sia quella di *"andare a scardinare il sistema delle tutele dei lavoratori e della rappresentatività delle stesse Organizzazioni Sindacali. L'obiettivo - ha concluso il Vice Presidente AAROI-EMAC - è annientare lo Statuto dei Lavoratori. Ridurre le garanzie dei camici bianchi, che del sistema sono gli attori principali, è uno dei tanti modi per attaccare la Sanità Pubblica".*

Al momento di chiusura del giornale, tuttavia, non c'è ancora niente di scritto. Soltanto il DEF (Documento di economia e finanza) e la legge di Stabilità definiranno i confini precisi: da quanto durerà lo stop dei contratti a cosa coinvolgerà, se solo la contrattazione nazionale, ferma dal 2010, o anche quella individuale (scatti di anzianità nel comparto della sicurezza, progressioni di carriera).

### Dall'Intersindacale

#### Un film già visto: il rastrellamento dei soliti noti

Il prolungamento al 2015 del blocco dei contratti del pubblico impiego, medici e dirigenti sanitari dipendenti del SSN compresi, rientra tra gli effetti collaterali della "annunciate". L'ultimo punto delle linee guida sulla riforma della PA, che annunciava il rinnovo contrattuale, è finito nel carretto dei gelati di Palazzo Chigi. E non vale dire oggi che tutto era già scritto nel DEF, dimenticando la reazione stizzita del Ministero della Economia che negava il blocco sine die, rinviando ogni decisione alla legge di stabilità, anche perché questo significherebbe uno stop fino al 2018.

Con un altro intervento a danno dei "soliti noti", il Governo sceglie la strada più semplice, non quella più utile, dopo aver dichiarato, nei mesi scorsi, il proprio impegno nel rilanciare meritocrazia, sviluppo di carriera e competenze avanzate, pur non potendo garantire adeguate risorse, con l'ennesimo taglio lineare, proprio quello che aveva promesso di non fare. Il danno economico di un blocco contrattuale lungo 6 anni per medici e dirigenti sanitari è più profondo di quanto si immagini, specie per quei giovani che il governo dice di volere privilegiare, per il sommarsi anche della decurtazione dei fondi contrattuali periferici e del blocco della retribuzione individuale, e delle conseguenti ricadute in termini pensionistici. Intanto il precariato medico continua ad aspettare, come se avesse meno diritto alla stabilizzazione rispetto ad altri.

Ma non è solo questione di soldi. Forse il Ministro confonde blocco degli incrementi salariali, attesi ad ogni rinnovo, con blocco della contrattazione. Se il Governo può decidere, in qualità di datore di lavoro, di quanto finanziare il contratto dei suoi 3 milioni di dipendenti, non può fuggire il confronto su regole ed organizzazione, con una serrata che lo esoneri anche dall'intervenire sui presupposti, quali la definizione del-

le aree contrattuali. Usare i contratti come strumento di innovazione e di governo è possibile anche con disponibilità nulle del bilancio pubblico per il 2015, eliminando le altre angherie previste dal DL 78/10, peraltro già derogate per magistratura, scuola e sicurezza, come da tempo andiamo chiedendo, testimone il Ministro della salute. E consentendo di trovare le risorse necessarie all'interno del sistema, nelle classiche logiche di scambio.

Non è equo né accettabile che subiamo penalizzazioni plurime. Nel calderone del pubblico impiego anche la sanità, al pari della scuola, merita di ritrovare le ragioni della complessità e della specificità di una funzione svolta a tutela di un diritto delle persone. Umiliare le risorse umane che tengono aperti i cancelli della fabbrica sanità garantendo la salvaguardia di un bene prezioso come la salute, con un lavoro gravoso e rischioso che, come quello delle forze di polizia, non conosce giorni e notti di pausa, contribuisce ad un impoverimento della sanità pubblica che gli 80 euro non basteranno a compensare.

Il premier ha ragione ad investire sulla scuola sostenendo che gli italiani di domani saranno quelli che faranno i professori e le scuole di oggi. Ma non dimentichi che il loro stato di salute, fattore non marginale nella vita degli individui, dipenderà dai medici e dalla sanità che oggi governa.

I Medici ed i dirigenti sanitari dipendenti del SSN si uniscono alla protesta che sta montando, per non essere bersaglio immobile e per il rispetto che devono alla loro dignità professionale ed al servizio civile che continuano a svolgere nei confronti dei cittadini. Spetta al Governo ed alle Regioni dimostrare attenzione ad un mondo in grado anche di fare da volano per la ripresa economica, riconoscendo e rispettando nei fatti il valore della attività effettuata dai suoi operatori.

#### Di Lello: "Davvero ce lo chiede l'Europa?"

*"Ce lo chiede l'Europa" è il refrain a cui siamo oramai tristemente avvezzi. Questa strofa, troppe volte ripetuta, è servita a giustificare, in nome del pareggio di bilancio, del rapporto Deficit/PIL e di qualche punto di spread, provvedimenti quali i blocchi del turnover, dei rinnovi contrattuali e delle retribuzioni, come bene hanno imparato, a loro spese, tutti i lavoratori del Sistema Sanitario Nazionale.*

*Quando il refrain "Ce lo chiede l'Europa" è diventato monotono e fastidioso per le orecchie dei più, allora è stato sostituito, abimè, da "Ce lo chiedono i cittadini", in nome dei quali, ad esempio, vengono sempre più fortemente limitate le prerogative dei Sindacati, il cui ruolo, riconosciuto dalla Costituzione della Repubblica Italiana, è stato determinato proprio in Europa per la conquista dei diritti civili e di dignità nelle condizioni di lavoro e sociali. Sarebbe giusto conoscere quanti cittadini hanno realmente chiesto di mettere in atto una vera e propria offensiva contro lo stato sociale e altre forme di garanzia dei livelli di vita acquisiti, testimoniata, tra l'altro, dall'aumento della spesa sostenuta dalle famiglie italiane per l'acquisto di prestazioni sanitarie private negli ultimi anni (+8% nel triennio 2007-2010, mentre la spesa pubblica per i soli farmaci ha subito, nel medesimo periodo, un taglio del 3,5% a fronte di un incremento di quella privata del 10,7% - fonte CENSIS).*

*Il refrain "ce lo chiede l'Europa", tuttavia, non vale per i nostri governanti, via via succedutisi negli ultimi anni, quando si tratta di tutela di diritti civili e delle condizioni di lavoro; faccio riferimento, ad esempio, alla condanna impartita nel gennaio 2013 dalla Corte europea di Giustizia di Strasburgo all'Italia per le condizioni e il sovraffollamento delle sue carceri e al deferimento del nostro Paese alla medesima Corte per il mancato rispetto della normativa comunitaria sull'orario di lavoro per la categoria dei medici del servizio sanitario pubblico in quanto non aventi diritto a un limite orario settimanale e a periodi minimi di riposo giornaliero.*

*Il deferimento ha seguito l'invito rivolto all'Italia nel maggio 2013 da parte della Commissione UE ad adottare le misure necessarie per assicurare che la legislazione nazionale ottemperasse alle direttive 2003/88/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 novembre 2003 concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro.*

*La normativa comunitaria in materia prevede che, per motivi di salute e sicurezza, si lavori in media un massimo di 48 ore alla settimana, compresi gli straordinari; i lavoratori hanno, inoltre, diritto a fruire, senza interruzione, di un minimo di 11 ore di riposo al giorno e di un riposo settimanale di 24 ore. La deroga, che ha determinato il deferimento dell'Italia alla Corte di Giustizia europea, è intervenuta per effetto dell'art. 41 della Legge 6 Agosto 2008 n. 133 che recita: «al personale delle aree dirigenziali degli enti e delle aziende del servizio sanitario nazionale, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n.66» e che rimanda alla contrattazione collettiva le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche. Il risultato è stato che non tutte le Regioni e le Aziende Sanitarie hanno recepito in sede decentrata la direttiva comunitaria per la regolamentazione della durata dell'orario di lavoro e dei riposi dei dirigenti medici, conseguentemente può accadere che, persistendo in alcune aree del Paese una sostanziale carenza di regole, venga abbondantemente e costantemente superata la media, prevista dalla normativa comunitaria, delle 48 ore di lavoro settimanali.*

*C'è da chiedersi se vi sia, a vari livelli, reale consapevolezza del possibile pregiudizio che una durata eccessiva dell'orario di lavoro dei medici può arrecare alla sicurezza dei pazienti loro affidati e alla salute degli stessi lavoratori, nonostante oggi si dia, giustamente, sempre maggiore importanza al Clinical Risk Management.*

*In sanità, la prevenzione degli errori evitabili e il contenimento dei loro possibili effetti dannosi non possono prescindere da una corretta politica di gestione delle risorse umane, della valutazione della fatica e dello stress derivanti da turni massacranti che spesso devono compensare la mancanza di turnover o di un razionale ed efficiente utilizzo del personale.*

*L'obiettivo del contenimento della spesa pubblica, dunque, non deve realizzarsi attraverso una sistematica offensiva a danno delle condizioni e dell'orario di lavoro, ma attraverso una lotta davvero efficace a corruzione, malaffare e sprechi, che, come dimostrano i fatti di cronaca, si annidano in gran misura nella sanità e nella gestione degli appalti pubblici o dei finanziamenti ai partiti. Queste, e non altre, sono le vere misure riformatrici che, prima ancora di quelle del mercato del lavoro e dello Statuto dei lavoratori, favorirebbero realmente gli investimenti e la crescita economica del nostro Paese e che, inoltre, consentirebbero di recuperare le risorse necessarie per un adeguato finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale.*

La lettera è stata pubblicata su [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

David Di Lello

Presidente Regionale AAROI-EMAC Molise

**ANAAO ASSOMED - CIMO - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSID - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - FP CGIL SPTA - UGL MEDICI**

## LO STATUTO DEI LAVORATORI: ART. 18 E DINTORNI

# Riduzione delle tutele per nuova occupazione?

In queste pagine il Testo di Legge che l'Esecutivo conferma in questi giorni di voler avviare al macero, preceduto da una premessa del Vice Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Fabio Cricelli

Come ha affermato Umberto Romagnoli, uno dei grandi maestri del Diritto del Lavoro, in un'intervista di qualche anno fa a proposito dello Statuto dei Lavoratori: "Questa è una legge ancora vitale, perché ce n'era bisogno quando fu approvata e ce ne è bisogno anche oggi. Dopo un periodo di rodaggio di quattro, cinque anni, cominciò subito a funzionare bene, tanto che da quel momento in poi nessuno ha dichiarato apertamente di volerla cancellare, ma in tanti si sono messi all'opera per svuotarla dei suoi contenuti".

Oggi l'aspro dibattito politico che si sta svolgendo in questi ultimi mesi sulla riforma del lavoro, ha, ancora una volta, come elemento centrale di scontro, proprio lo Statuto dei Lavoratori ed in particolare il suo articolo simbolo, l'Articolo 18.

La necessità di promulgare una Legge Quadro che contenesse un'organica strutturazione del Diritto del lavoro, dopo i principi affermati nella nostra Costituzione (in particolare Art. 1, 4 e 39), fu espressa per la prima volta nel 1952 da Giuseppe Di Vittorio, segretario generale della CGIL, attraverso la sua famosa affermazione: "portiamo la Costituzione nelle fabbriche".

Ci sono voluti quasi vent'anni di profondi mutamenti politici e sociali prima di giungere alla promulgazione della Legge n.300

del 1970 che è, appunto, lo Statuto dei Lavoratori, anche grazie all'importantissima opera di alcuni studiosi di Diritto sindacale, tra i quali è doveroso ricordare in primo luogo, Gino Giugni.

plicata ove l'intervento legislativo non si traducesse altresì in un'azione di sostegno e di promozione dell'attività rappresentativa del sindacato in azienda".



Come scrisse il Ministro del Lavoro Brodolini nella relazione al DDL "l'obiettivo di fondo della Legge è quello di creare un clima di rispetto della dignità e della libertà umana, con il sindacato quale perno della tutela, in quanto la disciplina (...) resterebbe incompiuta e forse non rigorosamente ap-

(Titolo III), disposizioni varie e generali (Titolo IV), le norme sul collocamento (Titolo V) e le disposizioni finali e penali (Titolo VI).

ilnuovoar@aarioiemac.it

In questi giorni sembra che il principale ostacolo al superamento della crisi del mercato del lavoro sia lo Statuto dei Lavoratori e quindi noi vi proponiamo proprio il testo di questa legge, senza alcun commento, perché ne facciate un'attenta ed accurata lettura e, se ne avete tempo e voglia, ci inviate i vostri pareri e i vostri commenti alla casella email:

Ritenete veramente che una riduzione delle tutele dei lavoratori e delle loro rappresentanze sindacali sia condizione indispensabile perché i datori di lavoro possano creare nuova occupazione?

Lo Statuto si articola in sei Titoli che trattano le norme concernenti la libertà e la dignità dei lavoratori (Titolo I), la libertà sindacale (Titolo II), l'attività sindacale (Titolo III), disposizioni varie e generali (Titolo IV), le norme sul collocamento (Titolo V) e le disposizioni finali e penali (Titolo VI).

Fabio Cricelli

Vice Presidente Naz. Vicario AAROI-EMAC

### TITOLO I

#### Della libertà e dignità del lavoratore

##### Art. 1. Libertà di opinione

I lavoratori, senza distinzione di opinioni politiche, sindacali e di fede religiosa, hanno diritto, nei luoghi dove prestano la loro opera, di manifestare liberamente il proprio pensiero, nel rispetto dei principi della Costituzione e delle norme della presente legge.

##### Art. 2. Guardie giurate

Il datore di lavoro può impiegare le guardie particolari giurate, di cui agli articoli 133 e seguenti del testo unico approvato con regio decreto 18 giugno 1931, numero 773, soltanto per scopi di tutela del patrimonio aziendale.

Le guardie giurate non possono contestare ai lavoratori azioni o fatti diversi da quelli che attengono alla tutela del patrimonio aziendale.

È fatto divieto al datore di lavoro di adibire alla vigilanza sull'attività lavorativa le guardie di cui al primo comma, le quali non possono accedere nei locali dove si svolge tale attività, durante lo svolgimento della stessa, se non eccezionalmente per specifiche e motivate esigenze attinenti ai compiti di cui al primo comma.

In caso di inosservanza da parte di una guardia particolare giurata delle disposizioni di cui al presente articolo, l'Ispettorato del lavoro ne promuove presso il questore la sospensione dal servizio, salvo il provvedimento di revoca della licenza da parte del prefetto nei casi più gravi.

##### Art. 3. - Personale di vigilanza

I nominativi e le mansioni specifiche del personale addetto alla vigilanza dell'attività lavorativa debbono essere comunicati ai lavoratori interessati.

##### Art. 4. - Impianti audiovisivi

È vietato l'uso di impianti audiovisivi e di altre apparecchiature per finalità di controllo a distanza dell'attività dei lavoratori.

Gli impianti e le apparecchiature di controllo che siano richiesti da esigenze organizzative

e produttive ovvero dalla sicurezza del lavoro, ma dai quali derivi anche la possibilità di controllo a distanza dell'attività dei lavoratori, possono essere installati soltanto previo accordo con le rappresentanze sindacali aziendali, oppure, in mancanza di queste, con la commissione interna. In difetto di accordo, su istanza del datore di lavoro, provvede l'Ispettorato del lavoro, dettando, ove occorra, le modalità per l'uso di tali impianti.

Per gli impianti e le apparecchiature esistenti, che rispondano alle caratteristiche di cui al secondo comma del presente articolo, in mancanza di accordo con le rappresentanze sindacali aziendali o con la commissione interna, l'Ispettorato del lavoro provvede entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, dettando all'occorrenza le prescrizioni per l'adeguamento e le modalità di uso degli impianti suddetti.

Contro i provvedimenti dell'Ispettorato del lavoro, di cui ai precedenti secondo e terzo comma, il datore di lavoro, le rappresentanze sindacali aziendali o, in mancanza di queste, la commissione interna, oppure i sindacati dei lavoratori di cui al successivo art. 19 possono ricorrere, entro 30 giorni dalla comunicazione del provvedimento, al Ministro per il lavoro e la previdenza sociale.

##### Art. 5. - Accertamenti sanitari

Sono vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente.

Il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richieda.

Il datore di lavoro ha facoltà di far controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico.

##### Art. 6. - Visite personali di controllo

Le visite personali di controllo sul lavoratore sono vietate fuorché nei casi in cui siano in-

dispensabili ai fini della tutela del patrimonio aziendale, in relazione alla qualità degli strumenti di lavoro o delle materie prime o dei prodotti.

In tali casi le visite personali potranno essere effettuate soltanto a condizione che siano eseguite all'uscita dei luoghi di lavoro, che siano salvaguardate la dignità e la riservatezza del lavoratore e che avvengano con l'applicazione di sistemi di selezione automatica riferiti alla collettività o a gruppi di lavoratori.

Le ipotesi nelle quali possono essere disposte le visite personali, nonché, ferme restando le condizioni di cui al secondo comma del presente articolo, le relative modalità debbono essere concordate dal datore di lavoro con le rappresentanze sindacali aziendali oppure, in mancanza di queste, con la commissione interna. In difetto di accordo, su istanza del datore di lavoro, provvede l'Ispettorato del lavoro.

Contro i provvedimenti dell'Ispettorato del lavoro di cui al precedente comma, il datore di lavoro, le rappresentanze sindacali aziendali o, in mancanza di queste, la commissione interna, oppure i sindacati dei lavoratori di cui al successivo articolo 19 possono ricorrere, entro 30 giorni dalla comunicazione del provvedimento, al Ministro per il lavoro e la previdenza sociale.

##### Art. 7. - Sanzioni disciplinari

Le norme disciplinari relative alle sanzioni, alle infrazioni in relazione alle quali ciascuna di esse può essere applicata ed alle procedure di contestazione delle stesse, devono essere portate a conoscenza dei lavoratori mediante affissione in luogo accessibile a tutti. Esse devono applicare quanto in materia è stabilito da accordi e contratti di lavoro ove esistano.

Il datore di lavoro non può adottare alcun provvedimento disciplinare nei confronti del lavoratore senza avergli preventivamente contestato l'addebito e senza averlo sentito a sua difesa.

Il lavoratore potrà farsi assistere da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato.

Fermo restando quanto disposto dalla legge 15 luglio 1966, n. 604, non possono essere disposte sanzioni disciplinari che comportino mutamenti definitivi del rapporto di lavoro; inoltre la multa non può essere disposta per un importo superiore a quattro ore della retribuzione base e la sospensione dal servizio e dalla retribuzione per più di dieci giorni.

In ogni caso, i provvedimenti disciplinari più gravi del rimprovero verbale non possono essere applicati prima che siano trascorsi cinque giorni dalla contestazione per iscritto del fatto che vi ha dato causa.

Salvo analoghe procedure previste dai contratti collettivi di lavoro e ferma restando la facoltà di adire l'autorità giudiziaria, il lavoratore al quale sia stata applicata una sanzione disciplinare può promuovere, nei venti giorni successivi, anche per mezzo dell'associazione alla quale sia iscritto ovvero conferisca mandato, la costituzione, tramite l'ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione, di un collegio di conciliazione ed arbitrato, composto da un rappresentante di ciascuna delle parti e da un terzo membro scelto di comune accordo o, in difetto di accordo, nominato dal direttore dell'ufficio del lavoro. La sanzione disciplinare resta sospesa fino alla pronuncia da parte del collegio.

Qualora il datore di lavoro non provveda, entro dieci giorni dall'invito rivoltagli dall'ufficio del lavoro, a nominare il proprio rappresentante in seno al collegio di cui al comma precedente, la sanzione disciplinare non ha effetto. Se il datore di lavoro adisce l'autorità giudiziaria, la sanzione disciplinare resta sospesa fino alla definizione del giudizio.

Non può tenersi conto ad alcun effetto delle sanzioni disciplinari decorsi due anni dalla loro applicazione.

##### Art. 8. - Divieto di indagini sulle opinioni.

È fatto divieto al datore di lavoro, ai fini dell'assunzione, come nel corso dello svolgimento del rapporto di lavoro, di effettuare indagini,

anche a mezzo di terzi, sulle opinioni politiche, religiose o sindacali del lavoratore, nonché su fatti non rilevanti ai fini della valutazione dell'attitudine professionale del lavoratore.

**Art. 9. - Tutela della salute e dell'integrità fisica**

I lavoratori, mediante loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica.

**Art. 10. - Lavoratori studenti**

I lavoratori studenti, iscritti e frequentanti corsi regolari di studio in scuole di istruzione primaria, secondaria e di qualificazione professionale, statali, paritarie o legalmente riconosciute o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali, hanno diritto a turni di lavoro che agevolino la frequenza ai corsi e la preparazione agli esami e non sono obbligati a prestazioni di lavoro straordinario o durante i riposi settimanali.

I lavoratori studenti, compresi quelli universitari, che devono sostenere prove di esame, hanno diritto a fruire di permessi giornalieri retribuiti.

Il datore di lavoro potrà richiedere la produzione delle certificazioni necessarie all'esercizio dei diritti di cui al primo e secondo comma.

**Art. 11. - Attività culturali, ricreative e assistenziali e controlli sul servizio di mensa (1)**

Le attività culturali, ricreative ed assistenziali promosse nell'azienda sono gestite da organismi formati a maggioranza dai rappresentanti dei lavoratori.

Le rappresentanze sindacali aziendali, costituite a norma dell'art. 19, hanno diritto di controllare la qualità del servizio di mensa secondo modalità stabilite dalla contrattazione collettiva (2).

*(1) Rubrica così modificata dall'art. 6, co. 6, D.L. 11 luglio 1992, n. 333, convertito con modificazioni, nella L. 8 agosto 1992, n. 359.*

*(2) Comma aggiunto dall'art. 6, co. 7, D.L. 11 luglio 1992, n. 333, convertito con modificazioni, nella L. 8 agosto 1992, n. 359.*

**Art. 12. - Istituti di patronato.**

Gli istituti di patronato e di assistenza sociale, riconosciuti dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, per l'adempimento dei compiti di cui al D.Lgs.C.P.S. 29 luglio 1947, n. 804, hanno diritto di svolgere, su un piano di parità, la loro attività all'interno dell'azienda, secondo le modalità da stabilirsi con accordi aziendali.

**Art. 13. - Mansioni del lavoratore**

L'articolo 2103 del codice civile è sostituito dal seguente:

«Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o a quelle corrispondenti alla categoria superiore che abbia successivamente acquisito ovvero a mansioni equivalenti alle ultime effettivamente svolte, senza alcuna diminuzione della retribuzione. Nel caso di assegnazione a mansioni superiori il prestatore ha diritto al trattamento corrispondente all'attività svolta, e l'assegnazione stessa diviene definitiva, ove la medesima non abbia avuto luogo per sostituzione di lavoratore assente con diritto alla conservazione del posto, dopo un periodo fissato dai contratti collettivi, e comunque non superiore a tre mesi. Egli non può essere trasferito da una unità produttiva ad un'altra se non per comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive.

Ogni patto contrario è nullo».

**TITOLO II  
Della libertà sindacale**

**Art. 14. - Diritto di associazione e di attività sindacale**

Il diritto di costituire associazioni sindacali, di aderirvi e di svolgere attività sindacale, è garantito a tutti i lavoratori all'interno dei luoghi di lavoro.

**Art. 15. - Atti discriminatori**

È nullo qualsiasi patto od atto diretto a:

a) subordinare l'occupazione di un lavoratore alla condizione che aderisca o non aderisca ad una associazione sindacale ovvero cessi di farne parte;

b) licenziare un lavoratore, discriminarlo nella assegnazione di qualifiche o mansioni, nei trasferimenti, nei provvedimenti disciplinari, o recargli altrimenti pregiudizio a causa della sua affiliazione o attività sindacale ovvero della sua partecipazione ad uno sciopero.

Le disposizioni di cui al comma precedente si applicano altresì ai patti o atti diretti a fini di discriminazione politica, religiosa, razziale, di lingua o di sesso, di handicap, di età o basata sull'orientamento sessuale o sulle convinzioni personali (1).

*(1) Comma prima sostituito dall'art. 13, L. 9 dicembre 1977, n. 903 e poi così modificato dall'art. 4, co. 1, D.Lgs. 9 luglio 2003, n. 216.*

**Art. 16. - Trattamenti economici collettivi discriminatori**

È vietata la concessione di trattamenti economici di maggior favore aventi carattere discriminatorio a mente dell'articolo 15.

Il pretore (1), su domanda dei lavoratori nei cui confronti è stata attuata la discriminazione di cui al comma precedente o delle associazioni sindacali alle quali questi hanno dato mandato, accertati i fatti, condanna il datore di lavoro al pagamento, a favore del fondo adeguamento pensioni, di una somma pari all'importo dei trattamenti economici di maggior favore illegittimamente corrisposti nel periodo massimo di un anno.

*(1) Ora tribunale in composizione monocratica.*

**Art. 17. - Sindacati di comodo**

È fatto divieto ai datori di lavoro ed alle associazioni di datori di lavoro di costituire o sostenere, con mezzi finanziari o altrimenti, associazioni sindacali di lavoratori.

**Art. 18. - Reintegrazione nel posto di lavoro. (1)**

Il giudice, con la sentenza con la quale dichiara la nullità del licenziamento perché discriminatorio ai sensi dell'articolo 3 della legge 11 maggio 1990, n. 108, ovvero intimato in concomitanza col matrimonio ai sensi dell'articolo 35 del codice delle pari opportunità tra uomo e donna, di cui al decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, o in violazione dei divieti di licenziamento di cui all'articolo 54, commi 1, 6, 7 e 9, del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, e successive modificazioni, ovvero perché riconducibile ad altri casi di nullità previsti dalla legge o determinato da un motivo illecito determinante ai sensi dell'articolo 1345 del codice civile, ordina al datore di lavoro, imprenditore o non imprenditore, la reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro, indipendentemente dal motivo formalmente addotto e quale che sia il numero dei dipendenti occupati dal datore di lavoro. La presente disposizione si applica anche ai dirigenti. A seguito dell'ordine di reintegrazione, il rapporto di lavoro si intende risolto quando il lavoratore non abbia ripreso servizio entro trenta giorni dall'invito del datore di lavoro, sal-

vo il caso in cui abbia richiesto l'indennità di cui al terzo comma del presente articolo. Il regime di cui al presente articolo si applica anche al licenziamento dichiarato inefficace perché intimato in forma orale. (2)

Il giudice, con la sentenza di cui al primo comma, condanna altresì il datore di lavoro al risarcimento del danno subito dal lavoratore per il licenziamento di cui sia stata accertata la nullità, stabilendo a tal fine un'indennità commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto maturata dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione, dedotto quanto percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative. In ogni caso la misura del risarcimento non potrà essere inferiore a cinque mensilità della retribuzione globale di fatto. Il datore di lavoro è condannato inoltre, per il medesimo periodo, al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali. (2)

Fermo restando il diritto al risarcimento del danno come previsto al secondo comma, al lavoratore è data la facoltà di chiedere al datore di lavoro, in sostituzione della reintegrazione nel posto di lavoro, un'indennità pari a quindici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, la cui richiesta determina la risoluzione del rapporto di lavoro, e che non è assoggettata a contribuzione previdenziale. La richiesta dell'indennità deve essere effettuata entro trenta giorni dalla comunicazione del deposito della sentenza, o dall'invito del datore di lavoro a riprendere servizio, se anteriore alla predetta comunicazione. (2)

Il giudice, nelle ipotesi in cui accerta che non ricorrono gli estremi del giustificato motivo soggettivo o della giusta causa adottati dal datore di lavoro, per insussistenza del fatto contestato ovvero perché il fatto rientra tra le condotte punibili con una sanzione conservativa sulla base delle previsioni dei contratti collettivi ovvero dei codici disciplinari applicabili, annulla il licenziamento e condanna il datore di lavoro alla reintegrazione nel posto di lavoro di cui al primo comma e al pagamento di un'indennità risarcitoria commisurata all'ultima retribuzione globale di fatto dal giorno del licenziamento sino a quello dell'effettiva reintegrazione, dedotto quanto il lavoratore ha percepito, nel periodo di estromissione, per lo svolgimento di altre attività lavorative, nonché quanto avrebbe potuto percepire dedicandosi con diligenza alla ricerca di una nuova occupazione. In ogni caso la misura dell'indennità risarcitoria non può essere superiore a dodici mensilità della retribuzione globale di fatto. Il datore di lavoro è condannato, altresì, al versamento dei contributi previdenziali e assistenziali dal giorno del licenziamento fino a quello della effettiva reintegrazione, maggiorati degli interessi nella misura legale senza applicazione di sanzioni per omessa o ritardata contribuzione, per un importo pari al differenziale contributivo esistente tra la contribuzione che sarebbe stata maturata nel rapporto di lavoro risolto dall'illegittimo licenziamento e quella accreditata al lavoratore in conseguenza dello svolgimento di altre attività lavorative. In quest'ultimo caso, qualora i contributi afferiscano ad altra gestione previdenziale, essi sono imputati d'ufficio alla gestione corrispondente all'attività lavorativa svolta dal dipendente licenziato, con addebito dei relativi costi al datore di lavoro. A seguito dell'ordine di reintegrazione, il rapporto di lavoro si intende risolto quando il lavoratore non abbia ripreso servizio entro trenta giorni dall'invito del datore di lavoro, salvo il caso in cui abbia richiesto l'indennità sostitutiva della reintegrazione nel posto di lavoro ai sensi del terzo comma. (2)

Il giudice, nelle altre ipotesi in cui accerta che non ricorrono gli estremi del giustificato motivo soggettivo o della giusta causa adottati dal datore di lavoro, dichiara risolto il rapporto di lavoro con effetto dalla data del licenziamento e condanna il datore di lavoro al pagamento di un'indennità risarcitoria onnicomprensiva determinata tra un minimo di dodici e un massimo di ventiquattro mensilità dell'ultima retri-

buzione globale di fatto, in relazione all'anzianità del lavoratore e tenuto conto del numero dei dipendenti occupati, delle dimensioni dell'attività economica, del comportamento e delle condizioni delle parti, con onere di specifica motivazione a tale riguardo. (2)

Nell'ipotesi in cui il licenziamento sia dichiarato inefficace per violazione del requisito di motivazione di cui all'articolo 2, comma 2, della legge 15 luglio 1966, n. 604, e successive modificazioni, della procedura di cui all'articolo 7 della presente legge, o della procedura di cui all'articolo 7 della legge 15 luglio 1966, n. 604, e successive modificazioni, si applica il regime di cui al quinto comma, ma con attribuzione al lavoratore di un'indennità risarcitoria onnicomprensiva determinata, in relazione alla gravità della violazione formale o procedurale commessa dal datore di lavoro, tra un minimo di sei e un massimo di dodici mensilità dell'ultima retribuzione globale di fatto, con onere di specifica motivazione a tale riguardo, a meno che il giudice, sulla base della domanda del lavoratore, accerti che vi è anche un difetto di giustificazione del licenziamento, nel qual caso applica, in luogo di quelle previste dal presente comma, le tutele di cui ai commi quarto, quinto o settimo. (3)

Il giudice applica la medesima disciplina di cui al quarto comma del presente articolo nell'ipotesi in cui accerti il difetto di giustificazione del licenziamento intimato, anche ai sensi degli articoli 4, comma 4, e 10, comma 3, della legge 12 marzo 1999, n. 68, per motivo oggettivo consistente nell'inidoneità fisica o psichica del lavoratore, ovvero che il licenziamento è stato intimato in violazione dell'articolo 2110, secondo comma, del codice civile. Può altresì applicare la predetta disciplina nell'ipotesi in cui accerti la manifesta insussistenza del fatto posto a base del licenziamento per giustificato motivo oggettivo; nelle altre ipotesi in cui accerta che non ricorrono gli estremi del predetto giustificato motivo, il giudice applica la disciplina di cui al quinto comma. In tale ultimo caso il giudice, ai fini della determinazione dell'indennità tra il minimo e il massimo previsti, tiene conto, oltre ai criteri di cui al quinto comma, delle iniziative assunte dal lavoratore per la ricerca di una nuova occupazione e del comportamento delle parti nell'ambito della procedura di cui all'articolo 7 della legge 15 luglio 1966, n. 604, e successive modificazioni. Qualora, nel corso del giudizio, sulla base della domanda formulata dal lavoratore, il licenziamento risulti determinato da ragioni discriminatorie o disciplinari, trovano applicazione le relative tutele previste dal presente articolo. (4)

Le disposizioni dei commi dal quarto al settimo si applicano al datore di lavoro, imprenditore o non imprenditore, che in ciascuna sede, stabilimento, filiale, ufficio o reparto autonomo nel quale ha avuto luogo il licenziamento occupa alle sue dipendenze più di quindici lavoratori o più di cinque se si tratta di imprenditore agricolo, nonché al datore di lavoro, imprenditore o non imprenditore, che nell'ambito dello stesso comune occupa più di quindici dipendenti e all'impresa agricola che nel medesimo ambito territoriale occupa più di cinque dipendenti, anche se ciascuna unità produttiva, singolarmente considerata, non raggiunge tali limiti, e in ogni caso al datore di lavoro, imprenditore e non imprenditore, che occupa più di sessanta dipendenti. (29) (4)

Ai fini del computo del numero dei dipendenti di cui all'ottavo comma si tiene conto dei lavoratori assunti con contratto a tempo indeterminato parziale per la quota di orario effettivamente svolto, tenendo conto, a tale proposito, che il computo delle unità lavorative fa riferimento all'orario previsto dalla contrattazione collettiva del settore. Non si computano il coniuge e i parenti del datore di lavoro entro il secondo grado in linea diretta e in linea collaterale. Il computo dei limiti occupazionali di cui all'ottavo comma non incide su norme o istituti che prevedono agevolazioni finanziarie o creditizie. (4)

Nell'ipotesi di revoca del licenziamento, purché effettuata entro il termine di quindici giorni dalla comunicazione al datore di lavoro dell'impugnazione del medesimo, il rapporto di lavoro si intende ripristinato senza soluzione di continuità, con diritto del lavoratore alla retribuzione maturata nel periodo precedente alla revoca, e non trovano applicazione i regimi sanzionatori previsti dal presente articolo. (4)

Nell'ipotesi di licenziamento dei lavoratori di cui all'articolo 22, su istanza congiunta del lavoratore e del sindacato cui questi aderisce o conferisca mandato, il giudice, in ogni stato e grado del giudizio di merito, può disporre con ordinanza, quando ritenga irrilevanti o insufficienti gli elementi di prova forniti dal datore di lavoro, la reintegrazione del lavoratore nel posto di lavoro.

L'ordinanza di cui al comma precedente può essere impugnata con reclamo immediato al giudice medesimo che l'ha pronunciata. Si applicano le disposizioni dell'articolo 178, terzo, quarto, quinto e sesto comma del codice di procedura civile.

L'ordinanza può essere revocata con la sentenza che decide la causa.

Nell'ipotesi di licenziamento dei lavoratori di cui all'articolo 22, il datore di lavoro che non ottempera alla sentenza di cui al primo comma ovvero all'ordinanza di cui all'undicesimo comma, non impugnata o confermata dal giudice che l'ha pronunciata, è tenuto anche, per ogni giorno di ritardo, al pagamento a favore del Fondo adeguamento pensioni di una somma pari all'importo della retribuzione dovuta al lavoratore. (5)

(1) *Rubrica così sostituita dall'art. 1, comma 42, lett. a), L. 28 giugno 2012, n. 92.*

(2) *Comma così sostituito dall'art. 1, comma 42, lett. b), L. 28 giugno 2012, n. 92, che ha sostituito gli originari commi dal primo al sesto con gli attuali commi dal primo al decimo. In precedenza il presente comma era stato sostituito dall'art. 1, L. 11 maggio 1990, n. 108.*

(3) *Comma così sostituito dall'art. 1, comma 42, lett. b), L. 28 giugno 2012, n. 92, che ha sostituito i commi dal primo al sesto con gli attuali commi dal primo al decimo.*

(4) *Comma aggiunto dall'art. 1, comma 42, lett. b), L. 28 giugno 2012, n. 92, che ha sostituito gli originari commi dal primo al sesto con gli attuali commi dal primo al decimo.*

(5) *Comma così modificato dall'art. 1, comma 42, lett. c), L. 28 giugno 2012, n. 92.*

### TITOLO III Della attività sindacale

#### Art. 19. - Costituzione delle rappresentanze sindacali aziendali

Rappresentanze sindacali aziendali possono essere costituite ad iniziativa dei lavoratori in ogni unità produttiva, nell'ambito:

- (...) (1);
- delle associazioni sindacali che siano firmatarie di contratti collettivi di lavoro applicati nell'unità produttiva (2) (3).

Nell'ambito di aziende con più unità produttive le rappresentanze sindacali possono istituire organi di coordinamento.

(1) *La lettera che recitava: "a) delle associazioni aderenti alle confederazioni maggiormente rappresentative sul piano nazionale;" è stata abrogata dall'art. 1, D.P.R. 28 luglio 1995, n. 312.*

(2) *Lettera così modificata dall'art. 1, D.P.R. 28 luglio 1995, n. 312.*

(3) *La Corte costituzionale, con sentenza 3-23 luglio 2013, n. 231 (Gazz. Uff. 31 luglio 2013, n. 31 - Prima serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della presente lettera nella parte in cui non prevede che la rappresentanza sindacale aziendale possa essere costituita anche nell'ambito di*

*associazioni sindacali che, pur non firmatarie dei contratti collettivi applicati nell'unità produttiva, abbiano comunque partecipato alla negoziazione relativa agli stessi contratti quali rappresentanti dei lavoratori dell'azienda.*

#### Art. 20. - Assemblea.

I lavoratori hanno diritto di riunirsi, nella unità produttiva in cui prestano la loro opera, fuori dell'orario di lavoro, nonché durante l'orario di lavoro, nei limiti di dieci ore annue, per le quali verrà corrisposta la normale retribuzione. Migliori condizioni possono essere stabilite dalla contrattazione collettiva.

Le riunioni - che possono riguardare la generalità dei lavoratori o gruppi di essi - sono indette, singolarmente o congiuntamente, dalle rappresentanze sindacali aziendali nell'unità produttiva, con ordine del giorno su materie di interesse sindacale e del lavoro e secondo l'ordine di precedenza delle convocazioni, comunicate al datore di lavoro.

Alle riunioni possono partecipare, previo preavviso al datore di lavoro, dirigenti esterni del sindacato che ha costituito la rappresentanza sindacale aziendale.

Ulteriori modalità per l'esercizio del diritto di assemblea possono essere stabilite dai contratti collettivi di lavoro, anche aziendali.

#### Art. 21. - Referendum

Il datore di lavoro deve consentire nell'ambito aziendale lo svolgimento, fuori dell'orario di lavoro, di referendum, sia generali che per categoria, su materie inerenti all'attività sindacale, indetti da tutte le rappresentanze sindacali aziendali tra i lavoratori, con diritto di partecipazione di tutti i lavoratori appartenenti alla unità produttiva e alla categoria particolarmente interessata.

Ulteriori modalità per lo svolgimento del referendum possono essere stabilite dai contratti collettivi di lavoro anche aziendali.

#### Art. 22. - Trasferimento dei dirigenti delle rappresentanze sindacali aziendali

Il trasferimento dall'unità produttiva dei dirigenti delle rappresentanze sindacali aziendali di cui al precedente articolo 19, dei candidati e dei membri di commissione interna può essere disposto solo previo nulla osta delle associazioni sindacali di appartenenza.

Le disposizioni di cui al comma precedente ed ai commi quarto, quinto, sesto e settimo dell'articolo 18 si applicano sino alla fine del terzo mese successivo a quello in cui è stata eletta la commissione interna per i candidati nelle elezioni della commissione stessa e sino alla fine dell'anno successivo a quello in cui è cessato l'incarico per tutti gli altri.

#### Art. 23. - Permessi retribuiti

I dirigenti delle rappresentanze sindacali aziendali di cui all'articolo 19 hanno diritto, per l'espletamento del loro mandato, a permessi retribuiti.

Salvo clausole più favorevoli dei contratti collettivi di lavoro hanno diritto ai permessi di cui al primo comma almeno:

- un dirigente per ciascuna rappresentanza sindacale aziendale nelle unità produttive che occupano fino a 200 dipendenti della categoria per cui la stessa è organizzata;
- un dirigente ogni 300 o frazione di 300 dipendenti per ciascuna rappresentanza sindacale aziendale nelle unità produttive che occupano fino a 3.000 dipendenti della categoria per cui la stessa è organizzata;
- un dirigente ogni 500 o frazione di 500 dipendenti della categoria per cui è organizzata la rappresentanza sindacale aziendale nelle unità produttive di maggiori dimensioni, in aggiunta al numero minimo di cui alla precedente lettera b).

I permessi retribuiti di cui al presente articolo non potranno essere inferiori a otto ore mensili nelle aziende di cui alle lettere b) e c)

del comma precedente; nelle aziende di cui alla lettera a) i permessi retribuiti non potranno essere inferiori ad un'ora all'anno per ciascun dipendente.

Il lavoratore che intende esercitare il diritto di cui al primo comma deve darne comunicazione scritta al datore di lavoro di regola 24 ore prima, tramite le rappresentanze sindacali aziendali.

#### Art. 24. - Permessi non retribuiti

I dirigenti sindacali aziendali di cui all'articolo 23 hanno diritto a permessi non retribuiti per la partecipazione a trattative sindacali o a congressi e convegni di natura sindacale, in misura non inferiore a otto giorni all'anno.

I lavoratori che intendano esercitare il diritto di cui al comma precedente devono darne comunicazione scritta al datore di lavoro di regola tre giorni prima, tramite le rappresentanze sindacali aziendali.

#### Art. 25. - Diritto di affissione

Le rappresentanze sindacali aziendali hanno diritto di affiggere, su appositi spazi, che il datore di lavoro ha l'obbligo di predisporre in luoghi accessibili a tutti i lavoratori all'interno dell'unità produttiva, pubblicazioni, testi e comunicati inerenti a materie di interesse sindacale e del lavoro.

#### Art. 26. - Contributi sindacali

I lavoratori hanno diritto di raccogliere contributi e di svolgere opera di proselitismo per le loro organizzazioni sindacali all'interno dei luoghi di lavoro, senza pregiudizio del normale svolgimento dell'attività aziendale.

(...) (1).

(...) (1).

(1) I commi che recitavano: "Le associazioni sindacali dei lavoratori hanno diritto di percepire, tramite ritenuta sul salario nonché sulle prestazioni erogate per conto degli enti previdenziali, i contributi sindacali che i lavoratori intendono loro versare, con modalità stabilite dai contratti collettivi di lavoro, che garantiscono la segretezza del versamento effettuato dal lavoratore a ciascuna associazione sindacale.

Nelle aziende nelle quali il rapporto di lavoro non è regolato da contratti collettivi, il lavoratore ha diritto di chiedere il versamento del contributo sindacale all'associazione da lui indicata." sono stati abrogati dall'art. 1, D.P.R. 28 luglio 1995, n. 313.

#### Art. 27. - Locali delle rappresentanze sindacali aziendali

Il datore di lavoro nelle unità produttive con almeno 200 dipendenti pone permanentemente a disposizione delle rappresentanze sindacali aziendali, per l'esercizio delle loro funzioni, un idoneo locale comune all'interno dell'unità produttiva o nelle immediate vicinanze di essa.

Nelle unità produttive con un numero inferiore di dipendenti le rappresentanze sindacali aziendali hanno diritto di usufruire, ove ne facciano richiesta, di un locale idoneo per le loro riunioni.

### TITOLO IV Disposizioni varie e generali

#### Art. 28. - Repressione della condotta antisindacale

Qualora il datore di lavoro ponga in essere comportamenti diretti ad impedire o limitare l'esercizio della libertà e della attività sindacale nonché del diritto di sciopero, su ricorso degli organismi locali delle associazioni sindacali nazionali che vi abbiano interesse, il pretore (1) del luogo ove è posto in essere il comportamento denunciato, nei due giorni successivi, convocate le parti ed assunte sommarie informazioni, qualora ritenga sussistente la violazione di cui al presente comma, ordina al datore di lavoro, con decreto motivato ed immediatamente ese-

cutivo, la cessazione del comportamento illegittimo e la rimozione degli effetti.

L'efficacia esecutiva del decreto non può essere revocata fino alla sentenza con cui il pretore (1) in funzione di giudice del lavoro definisce il giudizio instaurato a norma del comma successivo (2).

Contro il decreto che decide sul ricorso è ammessa, entro 15 giorni dalla comunicazione del decreto alle parti, opposizione davanti al pretore (1) in funzione di giudice del lavoro che decide con sentenza immediatamente esecutiva. Si osservano le disposizioni degli articoli 413 e seguenti del codice di procedura civile (3).

Il datore di lavoro che non ottempera al decreto, di cui al primo comma, o alla sentenza pronunciata nel giudizio di opposizione è punito ai sensi dell'articolo 650 del codice penale.

L'autorità giudiziaria ordina la pubblicazione della sentenza penale di condanna nei modi stabiliti dall'articolo 36 del codice penale.

(...) (4).

(...) (4).

(1) *Ora tribunale in composizione monocratica.*

(2) *Comma così sostituito dall'art. 2, L. 8 novembre 1977, n. 847.*

(3) *Comma così sostituito dall'art. 3, L. 8 novembre 1977, n. 847.*

(4) I commi che recitavano: "Se il comportamento di cui al primo comma è posto in essere da una amministrazione statale o da un altro ente pubblico non economico, l'azione è proposta con ricorso davanti al pretore competente per territorio.

Qualora il comportamento antisindacale sia lesivo anche di situazioni soggettive inerenti al rapporto di impiego, le organizzazioni sindacali di cui al primo comma, ove intendano ottenere anche la rimozione dei provvedimenti lesivi delle predette situazioni, propongono il ricorso davanti al tribunale amministrativo regionale competente per territorio, che provvede in via di urgenza con le modalità di cui al primo comma. Contro il decreto che decide sul ricorso è ammessa, entro quindici giorni dalla comunicazione del decreto alle parti, opposizione davanti allo stesso tribunale, che decide con sentenza immediatamente esecutiva." sono stati abrogati dall'art. 6, co. 1, L. 12 giugno 1990, n. 146.

#### Art. 29. - Fusione delle rappresentanze sindacali aziendali

Quando le rappresentanze sindacali aziendali di cui all'articolo 19 si siano costituite nell'ambito di due o più delle associazioni di cui alle lettere a) e b) del primo comma dell'articolo predetto, nonché nella ipotesi di fusione di più rappresentanze sindacali, i limiti numerici stabiliti dall'articolo 23, secondo comma, si intendono riferiti a ciascuna delle associazioni sindacali unitariamente rappresentate nella unità produttiva.

Quando la formazione di rappresentanze sindacali unitarie consegua alla fusione delle associazioni di cui alle lettere a) e b) del primo comma dell'articolo 19, i limiti numerici della tutela accordata ai dirigenti di rappresentanze sindacali aziendali, stabiliti in applicazione dell'articolo 23, secondo comma, ovvero del primo comma del presente articolo restano immutati.

#### Art. 30. - Permessi per i dirigenti provinciali e nazionali

I componenti degli organi direttivi, provinciali e nazionali, delle associazioni di cui all'articolo 19 hanno diritto a permessi retribuiti, secondo le norme dei contratti di lavoro, per la partecipazione alle riunioni degli organi suddetti.

#### Art. 31. - Aspettativa dei lavoratori chiamati a funzioni pubbliche elettive o a ricoprire cariche sindacali provinciali e nazionali

I lavoratori che siano eletti membri del Parlamento nazionale o del Parlamento euro-

peo o di assemblee regionali ovvero siano chiamati ad altre funzioni pubbliche elettive possono, a richiesta, essere collocati in aspettativa non retribuita, per tutta la durata del loro mandato (1).

La medesima disposizione si applica ai lavoratori chiamati a ricoprire cariche sindacali provinciali e nazionali.

I periodi di aspettativa di cui ai precedenti commi sono considerati utili, a richiesta dell'interessato, ai fini del riconoscimento del diritto e della determinazione della misura della pensione a carico dell'assicurazione generale obbligatoria di cui al R.D.L. 4 ottobre 1935, n. 1827, e successive modifiche ed integrazioni, nonché a carico di enti, fondi, casse e gestioni per forme obbligatorie di previdenza sostitutive della assicurazione predetta, o che ne comportino comunque l'esonero.

Durante i periodi di aspettativa l'interessato, in caso di malattia, conserva il diritto alle prestazioni a carico dei competenti enti preposti alla erogazione delle prestazioni medesime.

Le disposizioni di cui al terzo e al quarto comma non si applicano qualora a favore dei lavoratori siano previste forme previdenziali per il trattamento di pensione e per malattia, in relazione all'attività espletata durante il periodo di aspettativa.

(1) Comma così sostituito dall'art. 2, L. 13 agosto 1979, n. 384.

#### Art 32. - Permessi ai lavoratori chiamati a funzioni pubbliche elettive

I lavoratori eletti alla carica di consigliere comunale o provinciale che non chiedano di essere collocati in aspettativa sono, a loro richiesta, autorizzati ad assentarsi dal servizio per il tempo strettamente necessario all'espletamento del mandato, senza alcuna decurtazione della retribuzione.

I lavoratori eletti alla carica di sindaco o di assessore comunale, ovvero di presidente di giunta provinciale o di assessore provinciale hanno diritto anche a permessi non retribuiti per un minimo di trenta ore mensili.

### TITOLO V Norme sul collocamento

#### Art. 33. - Collocamento.

(...) (1).

(1) L'articolo che recitava: "La commissione per il collocamento, di cui all'articolo 26 della legge 29 aprile 1949, n. 264, è costituita obbligatoriamente presso le sezioni zonali, comunali e frazionali degli Uffici provinciali del lavoro e della massima occupazione, quando ne facciano richiesta le organizzazioni sindacali dei lavoratori più rappresentative.

Alla nomina della commissione provvede il direttore dell'Ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione, il quale, nel richiedere la designazione dei rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro, tiene conto del grado di rappresentatività delle organizzazioni sindacali e assegna loro un termine di 15 giorni, decorso il quale provvede d'ufficio.

La commissione è presieduta dal dirigente della sezione zonale, comunale, frazionale, ovvero da un suo delegato, e delibera a maggioranza dei presenti. In caso di parità prevale il voto del presidente.

La commissione ha il compito di stabilire e di aggiornare periodicamente la graduatoria delle precedenze per l'avviamento al lavoro, secondo i criteri di cui al quarto comma dell'articolo 15 della legge 29 aprile 1949, n. 264.

Salvo il caso nel quale sia ammessa la richiesta nominativa, la sezione di collocamento, nella scelta del lavoratore da avviare al lavoro, deve uniformarsi alla graduatoria di cui al comma precedente, che deve essere esposta al pubblico presso la sezione medesima e deve essere aggiornata ad ogni chiusura dell'ufficio con la indicazione degli avviati.

Devono altresì essere esposte al pubblico le richieste numeriche che pervengono dalle ditte.

La commissione ha anche il compito di rilasciare il nulla osta per l'avviamento al lavoro ad accoglimento di richieste nominative o di quelle di ogni altro tipo che siano disposte dalle leggi o dai contratti di lavoro. Nei casi di motivata urgenza, l'avviamento è provvisoriamente autorizzato dalla sezione di collocamento e deve essere convalidato dalla commissione di cui al primo comma del presente articolo, entro dieci giorni. Dei dinieghi di avviamento al lavoro per richiesta nominativa deve essere data motivazione scritta su apposito verbale in duplice copia, una da tenere presso la sezione di collocamento e l'altra presso il direttore dell'Ufficio provinciale del lavoro. Tale motivazione scritta deve essere immediatamente trasmessa al datore di lavoro richiedente.

Nel caso in cui la commissione neghi la convalida ovvero non si pronunci entro venti giorni dalla data della comunicazione di avviamento, gli interessati possono inoltrare ricorso al direttore dell'Ufficio provinciale del lavoro, il quale decide in via definitiva, su conforme parere della commissione di cui all'articolo 25 della legge 29 aprile 1949, n. 264.



Nel 1970 lo Statuto dei Lavoratori era "la prova dell'impegno sociale del Governo"

I turni di lavoro di cui all'articolo 16 della legge 29 aprile 1949, n. 264, sono stabiliti dalla commissione e in nessun caso possono essere modificati dalla sezione.

Il direttore dell'Ufficio provinciale del lavoro annulla d'ufficio i provvedimenti di avviamento e di diniego di avviamento al lavoro in contrasto con le disposizioni di legge. Contro le decisioni del direttore dell'ufficio provinciale del lavoro è ammesso ricorso al Ministro per il lavoro e la previdenza sociale.

Per il passaggio del lavoratore dall'azienda nella quale è occupato ad un'altra occorre il nulla osta della sezione di collocamento competente.

Ai datori di lavoro che non assumono i lavoratori per il tramite degli uffici di collocamento, sono applicate le sanzioni previste dall'articolo 38 della presente legge.

Le norme contenute nella legge 29 aprile 1949, n. 264, rimangono in vigore in quanto non modificate dalla presente legge." è stato abrogato dall'art. 8, D.Lgs. 19 dicembre 2002, n. 297.

#### Art. 34. - Richieste nominative di manodopera.

(...) (1).

(1) L'articolo che recitava: "A decorrere dal novantesimo giorno dall'entrata in vigore della presente legge, le richieste nomina-

tive di manodopera da avviare al lavoro sono ammesse esclusivamente per i componenti del nucleo familiare del datore di lavoro, per i lavoratori di concetto e per gli appartenenti a ristrette categorie di lavoratori altamente specializzati, da stabilirsi con decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale, sentita la commissione centrale di cui alla legge 29 aprile 1949, n. 264." è stato abrogato dall'art. 8, D.Lgs. 19 dicembre 2002, n. 297.

### TITOLO VI Disposizioni finali e penali

#### Art. 35. - Campo di applicazione

Per le imprese industriali e commerciali, le disposizioni del titolo III, ad eccezione del primo comma dell'articolo 27, della presente legge si applicano a ciascuna sede, stabilimento, filiale, ufficio o reparto autonomo che occupa più di quindici dipendenti. Le stesse disposizioni si applicano alle imprese agricole che occupano più di cinque dipendenti (1).

Le norme suddette si applicano, altresì, alle imprese industriali e commerciali che nell'ambito dello stesso comune occupano più di quindici dipendenti ed alle imprese agricole che nel medesimo ambito territoriale occupano più di cinque dipendenti anche se ciascuna unità produttiva, singolarmente considerata, non raggiunge tali limiti.

municata immediatamente ai Ministri nella cui amministrazione sia stata disposta la concessione del beneficio o dell'appalto. Questi adotteranno le opportune determinazioni, fino alla revoca del beneficio, e nei casi più gravi o nel caso di recidiva potranno decidere l'esclusione del responsabile, per un tempo fino a cinque anni, da qualsiasi ulteriore concessione di agevolazioni finanziarie o creditizie ovvero da qualsiasi appalto.

Le disposizioni di cui ai commi precedenti si applicano anche quando si tratti di agevolazioni finanziarie e creditizie ovvero di appalti concessi da enti pubblici, ai quali l'Ispettorato del lavoro comunica direttamente le infrazioni per l'adozione delle sanzioni.

#### Art. 37. (1) Applicazione ai dipendenti da enti pubblici

Le disposizioni della presente legge si applicano anche ai rapporti di lavoro e di impiego dei dipendenti da enti pubblici che svolgano esclusivamente o prevalentemente attività economica. Le disposizioni della presente legge si applicano altresì ai rapporti di impiego dei dipendenti dagli altri enti pubblici, salvo che la materia sia diversamente regolata da norme speciali.

(1) La Corte costituzionale, con ordinanza 3 maggio 2002, n. 149 ha dichiarato la manifesta infondatezza della questione di legittimità costituzionale degli artt. 31, 37 e 40 sollevata in riferimento all'art. 3 della Costituzione.

#### Art. 38. - Disposizioni penali

Le violazioni degli articoli 2, 5, 6, e 15, primo comma lettera a), sono punite, salvo che il fatto non costituisca più grave reato, con l'ammenda da lire 300.000 a lire 3.000.000 o con l'arresto da 15 giorni ad un anno. (1)

Nei casi più gravi le pene dell'arresto e dell'ammenda sono applicate congiuntamente.

Quando per le condizioni economiche del reo, l'ammenda stabilita nel primo comma può presumersi inefficace anche se applicata nel massimo, il giudice ha facoltà di aumentarla fino al quintuplo.

Nei casi previsti dal secondo comma, l'autorità giudiziaria ordina la pubblicazione della sentenza penale di condanna nei modi stabiliti dall'articolo 36 del codice penale.

(1) Comma così modificato dal comma 2, art. 179, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 a decorrere dal 1° gennaio 2004.

#### Art. 39. - Versamento delle ammende al Fondo adeguamento pensioni

L'importo delle ammende è versato al Fondo adeguamento pensioni dei lavoratori.

#### Art. 40. (1) Abrogazione delle disposizioni contrastanti

Ogni disposizione in contrasto con le norme contenute nella presente legge è abrogata.

Restano salve le condizioni dei contratti collettivi e degli accordi sindacali più favorevoli ai lavoratori.

(1) La Corte costituzionale con ordinanza 3 maggio 2002, n. 149 ha dichiarato la manifesta infondatezza della questione di legittimità costituzionale degli artt. 31, 37 e 40 sollevata in riferimento all'art. 3 della Costituzione.

#### Art. 41. - Esenzioni fiscali

Tutti gli atti e documenti necessari per la attuazione della presente legge e per l'esercizio dei diritti connessi, nonché tutti gli atti e documenti relativi ai giudizi nascenti dalla sua applicazione sono esenti da bollo, imposte di registro o di qualsiasi altra specie e da tasse.

Fonte del Testo: <http://www.altalex.com/>

# le Pagine

## Anestesia nel bambino

Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care

Le convulsioni sono episodi di sincronizzazione elettrica alterata dell'attività cerebrale. Si calcola che circa il 2% della popolazione può avere una manifestazione convulsiva nella vita. Tuttavia i soggetti che manifestano un episodio convulsivo isolato non ricorrente non sono considerati epilettici.

L'epilessia ha una prevalenza di 1:200 negli adulti ed è circa doppia nei bambini con una distribuzione della frequenza secondo una curva a U con la maggiore incidenza nei primi mesi di vita ed in quelli con età maggiore di 70 anni.

Le convulsioni possono essere primarie (idiopatiche) o più frequentemente secondarie ad altre patologie. L'epilessia idiopatica presenta una predisposizione genetica con un rischio di ereditarietà paterna dell'1,5-3% e del 3-5% di ereditarietà materna. Le convulsioni secondarie possono essere causate da eventi prenatali, perinatali e postnatali.

Le cause prenatali comprendono errori congeniti del metabolismo e anomalie cromosomiche.

Ci sono più di 400 diverse anomalie cromosomiche associate con l'epilessia. Queste includono la sindrome di Down, X fragile, e la Sindrome di Angel-man. Infezioni durante il periodo prenatale compresa toxoplasmosi, rosolia, cito-megalovirus e l'herpes simplex (TORCH) possono dar luogo a epilessia. Altre cause derivanti da questo periodo, anche se sintomatiche solo più tardi durante l'infanzia, sono malformazioni congenite come la sclerosi tuberosa, displasia corticale, e malformazioni arterovenose.

Disturbi neurocutanei come neurofibromatosi possono accompagnarsi a convulsioni.

Durante il periodo perinatale, le cause più frequenti sono l'ipoglicemia neonatale, l'ipocalcemia, l'encefalopatia ipossica e l'emorragia intracranica spesso associata a prematurità. Eventi responsabili post-natali dell'epilessia possono comprendere infezioni come la meningite, l'HIV, l'encefalite virale, e gli ascessi intracerebrali. Le infezioni dell'orecchio naso o gola possono portare a trombosi dei seni venosi a sua volta causa di convulsioni. Nel bambino in fase di sviluppo, la tenia rimane una causa comune di epilessia a causa della neurocisticercosi. Traumi, anche non accidentali, tumori maligni, e eventi ipossici (ad es. annegamento), possono anche essere responsabile.

Le convulsioni possono essere parziale (focale), o generalizzate, o possono iniziare come parziali e progredire come generalizzate. Crisi parziali possono essere semplici (non associato a una compromissione del livello di coscienza) o complesse (associata a perdita di coscienza). La presentazione delle crisi parziali dipende dalla zona della corteccia cerebrale coinvolta, ma possono essere motorie, sensitive, neurovegetative, o psicologiche, per esempio, la paura. Le crisi generalizzate sono associate ad attività elettrica cerebrale bilaterale e simmetrica. Essi si presentano con transitorio deterioramento della coscienza (assenza o "piccolo male") o contrazioni muscolari generalizzate ("grande male" convulsioni toniche, cloniche o tonico-cloniche), che di solito sono associate a deterioramento della coscienza. Molte forme di epilessia sono più comuni o esclusive della popolazione pediatrica.

Questi includono il "piccolo male", spasmi infantili (nei neonati), mioclonie (in adolescenza), epilessia parziale benigna (età 4-10), e epilessia benigna dell'infanzia, che ha una prognosi eccellente. Lo stato di male epilettico è definito come la convulsione della durata di più di 30 minuti, o due o più crisi senza recupero completo di coscienza tra le crisi. Lo stato di male epilettico è un'emergenza neurologica che si accompagna al 25% di mortalità totale, 8% nei bambini, il 30% negli adulti, e 40-50% negli anziani. Circa il 70% dei pazienti con epilessia è libero da crisi entro 5 anni dell'inizio del trattamento. Solo circa il 20% dei pazienti che in remissione possono avere una ricaduta successiva, e più dura la remissione, più è improbabile la ricomparsa delle crisi epilettiche. Il meccanismo dell'epilessia è legato: 1. alla perdita dell'inibizione post-sinaptica con perdita dell'attività inibitoria g-aminobutirrica (GABA); 2. nuove connessioni sinaptiche eccitatorie con aumentata liberazione di aminoacidi eccitatori, e la comparsa di neuroni pacemaker con correnti di voltaggio anormale mediate dal calcio, tutti causa di un'attivazione anomala dei neuroni

### Il trattamento dell'epilessia

Lo scopo del trattamento dell'epilessia è liberare il paziente dalle crisi con minimi effetti collaterali. Le terapie disponibili sono rivolte al trattamento dei fattori predisponenti, al trattamento farmacologico, dietetico e chirurgico.

#### Farmaci antiepilettici "Anticonvulsivanti"

La terapia farmacologica con farmaci antiepilettici (AED) dipende dal tipo e dalla frequenza delle crisi, dall'età del paziente, dai farmaci e dagli effetti collaterali. La terapia di solito inizia con un anticonvulsivante alla dose che determina livelli plasmatici terapeutici, in seguito la dose può essere ottimizzata se necessario. Se la crisi continua o compaiono effetti collaterali inaccettabili, un secondo farmaco può sostituire il primo, dopo un tempo adeguato affinché il secondo farmaco raggiunga livello plasmatico necessario. Se la monoterapia non è sufficiente, può essere somministrato un secondo ed eventualmente un terzo farmaco.

I farmaci antiepilettici hanno molti effetti collaterali e interazioni farmacologiche che devono essere considerati quando si programma l'anestesia. I farmaci anticonvulsivanti tradizionali come il fenobarbital, la fenitoina, la carbamazepina, e il valproato di sodio sono potenti induttori degli enzimi epatici, mentre il felbamato, è un inibitore degli enzimi epatici. Il valproato di sodio, la carbamazepina e l'etosuccimide possono associarsi a effetti epatotossici. Gli ultimi tre farmaci, e il primidone, si accompagnano a piastrinopenia e alterazioni piastriniche. Il topiramato determina acidosi metabolica con un elevato gap anionico.

#### Trattamento dietetico

È stato descritto la prima volta da Guelpa e Marie nel 1911, e il fatto che le convulsioni si interrompono durante il digiuno assoluto è stato confermato da Geyelin nel 1921. Nello stesso anno, Wilder ha suggerito che la dieta chetogenica (KD), una dieta con elevato contenuto di proteine e basso tenore di grassi e carboidrati, può simulare l'effetto del digiuno. Con l'avvento di farmaci antiepilettici, il ruolo dei trattamenti dietetici è divenuto trascurabile. Tuttavia, c'è un recente aumento d'interesse per la terapia dietetica per i pazienti con epilessia intrattabile e in quelli con effetti secondari intollerabili da farmaci antiepilettici. Nei bambini la scarsa compliance della dieta chetogenica può rappresentare un problema.

Una dieta normale ha un rapporto lipidi/carboidrati di 0,3 e di lipidi/proteine di 1, con il 35% delle calorie data dai lipidi. Al contrario, la classica dieta chetogenica ha un carico calorico limitato a 75 kcal/kg/die e un contenuto proteico di 1 g/kg/die. Ha un rapporto grassi/carboidrati di 4/1 e lipidi/proteine di 1/1 con il 90% di calorie provenienti dai grassi. La restrizione calorica è di sapore sgradevole per la presenza di grassi saturi a lunga catena con conseguente scarsa compliance per il paziente. Per risolvere questo problema, sono state messe a punto diete chetogeniche diverse. La dieta con trigliceridi a catena media e a catena media modificata permettono un apporto calorico normale con il 71% delle calorie provenienti dai grassi, 19% dai carboidrati e 10% dalle proteine. Più recentemente, è stata introdotta la dieta di Atkins modificata senza restrizioni caloriche con un rapporto carboidrato proteine di 1:1 con il 65% di calorie provenienti dai grassi. Tra gli effetti secondari della dieta chetogenica vi è una scarsa crescita, soprattutto nei bambini di età inferiore ad un anno, (tipicamente sotto 10 percentili), calcoli renali, fratture ossee, dislipidemia, ipoproteinemica e aumento degli enzimi epatici. Questi effetti in aggiunta alla chetoacidosi, devono essere presi in considerazione nel programmare un'anestesia.

#### Trattamento dello stato epilettico

Le convulsioni determinano due fasi di cambiamenti nella risposta del corpo. Nella fase precoce la maggiore richiesta metabolica del cervello è soddisfatta da un aumento della pressione arteriosa, del flusso ematico cerebrale, della ventilazione minuto e della glicemia. Dopo 30 minuti l'autoregolazione cerebrale si interrompe con riduzione del flusso ematico cerebrale, aumento della pressione intracranica e una riduzione della pressione arteriosa. Pertanto è importante trattare lo stato epilettico intensamente. Le linee guida del trattamento sono le seguenti:

#### 1. Trattamento di supporto (ABC):

- Assicurare la pervietà delle vie aeree;
- Assicurare una ventilazione e ossigenazione adeguata;

• Disporre di una via venosa con un catetere di ampio calibro per facilitare l'esecuzione di esami del sangue (emocromo, coagulazione, glicemia, concentrazione degli anticonvulsivanti, test di funzionalità renale e epatica, calcemia, e magnesemia) e la somministrazione di liquidi endovenosi.

- Eseguire un'EGA;
- Somministrare vasopressori endovenosi se necessario;

#### 2. Trattamento specifico: prendere in considerazione l'eziologia ed escludere cause alternative di convulsioni.

• **Farmaci di prima scelta:** benzodiazepine; lorazepam e.v. 0,1 mg/Kg in 30-60 secondi. Questa dose può essere ripetuta una volta se le convulsioni continuano per 10 minuti. Se non è disponibile un accesso venoso, si somministra diazepam per via rettale 0,5 mg/Kg, se le convulsioni continuano per 10 minuti, si somministra lorazepam una volta disponibile una via venosa, altrimenti si somministrano per via rettale 0,4 mg/Kg di paraldeide in un volume uguale di olio d'oliva.

• **Farmaci di seconda scelta:** si somministra fenitoina 15-20 mg/Kg in 20 minuti con il monitoraggio dell'ECG e della pressione venosa. Se non è disponibile una via venosa si usa un ago intraosseo. Se il paziente è già in trattamento con la fenitoina si somministra fenobarbital in 20 minuti e si esegue un dosaggio ematico della fenitoina. Somministrare paraldeide rettale se non è stata già somministrata.

• **Farmaci di terza scelta** (convulsioni refrattarie): induzione dell'anestesia generale, con tiopentone 4-5 mg/Kg, seguita da 3-5 mg/Kg/h di midazolam in infusione o midazolam 0,1 mg/Kg seguito da un'infusione di 2-20 µg/Kg/min e trasferimento in terapia intensiva

#### Gestione anestesiológica dei bambini epilettici sottoposti a intervento chirurgico

I bambini epilettici in genere si presentano per un intervento chirurgico non correlato all'epilessia, o meno frequentemente per un trattamento neurochirurgico definitivo dell'epilessia. Si applicano gli stessi principi generali per la gestione perioperatoria, oltre a quelli specifici per l'elettrocorticografia (ECOG) e della neurochirurgia.

#### Gestione preoperatoria

La valutazione preoperatoria deve essere condotta con una particolare attenzione all'epilessia e ad altre patologie concomitanti.

Questa è particolarmente importante nei neonati e nei bambini che presentano un maggiore rischio di complicanze perioperatorie. L'epilessia potrebbe essere associata a danni alla nascita, ipossia perinatale, o come parte di una sindrome o di altre malattie (ad esempio sclerosi tuberose, craniosinostosi, o microcefalia). Queste condizioni possono comportare altre implicazioni anestesiológicas, oltre a quelle dell'epilessia. Ad esempio, la sclerosi tuberose è una patologia amartomatosa, con lesioni cutanee e intracraniche che determinano un'epilessia non controllabile. Queste lesioni peraltro infiltrano i polmoni, i reni, determinano alterazioni respiratorie, uremia e ipertensione, aritmie e ostruzione del flusso ematico intracardiaco. Nella craniosinostosi e in altre malformazioni craniofacciali, è indispensabile un'approfondita valutazione delle vie aeree poiché l'intubazione può essere difficile. In tutti i pazienti con un'anamnesi positiva per epi-

lessia, devono essere rilevati il tipo e l'andamento delle convulsioni, la frequenza e il controllo delle convulsioni, la terapia antiepilettica e le complicanze della terapia antiepilettica. Gli esami di laboratorio dovrebbero rilevare gli effetti secondari della terapia antiepilettica. Nei pazienti in terapia con valproato di sodio, carbamazepina, etosuccimide, si dovrebbero valutare la funzione epatica, la conta piastrinica, e i test della coagulazione. Nei casi di epilessia scarsamente controllata, si dovrebbero misurare i livelli ematici dei farmaci antiepilettici e dovrebbero essere ottimizzati prima dell'intervento. Nei pazienti con sclerosi tuberose e in quelli con rumori cardiaci si dovrebbe eseguire nel preoperatorio l'ECG e l'ecocardiogramma. I farmaci anticonvulsivanti dovrebbero essere mantenuti fino al momento dell'intervento e ripresi prima possibile nel postoperatorio. Fortunatamente la maggior parte di loro ha un'emivita lunga, per cui un ritardo nella somministrazione o una mancata somministrazione non crea problemi. Tuttavia nell'epilessia intrattabile o nei bambini in cui si prevede di non poter somministrare niente per bocca nel postoperatorio si dovrebbe programmare con un neurologo uno schema di terapia poiché molti antiepilettici non sono disponibili per via parenterale. Si può prendere in considerazione se praticabile la somministrazione attraverso un sondino nasogastrico delle dosi dei farmaci.

L'iperventilazione riduce la soglia convulsivante, per cui i bambini ansiosi possono trarre giovamento da una sedazione preoperatoria. Comunque occorre valutare l'interazione con la terapia anticonvulsivante. L'induzione enzimatica può aumentare la dose necessaria, mentre il fenobarbital e le benzodiazepine possono potenziare l'effetto sedativo.

#### Trattamento intraoperatorio

**Induzione dell'anestesia.** Quando si programma l'induzione dell'anestesia, occorre prendere in considerazione le condizioni generali del bambino, lo stato delle malattie concomitanti, e ciò che è accettabile per il bambino e la famiglia. I vantaggi teorici di molti farmaci sono controbalanciati dalla praticità della loro somministrazione in un bambino non collaborante. Sebbene il sevoflurano possa causare modificazioni EEG epilettiformi l'induzione per inalazione con sevoflurano e protossido d'azoto in ossigeno rappresenta una tecnica di anestesia appropriata nel bambino. I bambini più anziani e i bambini con un accesso endovenoso possono scegliere un'induzione endovenosa con propofol (3-4 mg/Kg) o tiopentone (5-8 mg/Kg). Il propofol a basse dosi può peraltro causare modificazioni epilettogene nell'EEG mentre in dosi anestetiche deprime l'attività dell'EEG.

**Blocco neuromuscolare e ventilazione controllata.** L'induzione enzimatica causata dai farmaci anticonvulsivanti può determinare resistenza ai bloccanti miorilassanti non depolarizzanti (NMB), per cui spesso è necessario aumentare la loro dose. Se è necessaria un'induzione in sequenza rapida per il controllo delle vie aeree dopo una convulsione prolungata o in condizione di male epilettico, si deve evitare l'uso della succinilcolina giacché può determinare un improvviso e disastroso aumento della potassiemia. In queste condizioni, si può utilizzare il rocuronio. Il laudanoside, un metabolita dell'atracurio, ha potenzialità epilettogene, per cui occorre evitare la somministrazione di grandi dosi o una somministrazione prolungata. L'iperventilazione riduce la soglia convulsiva e la normocapnia deve essere l'obiettivo durante la ventilazione controllata.

# Me Utili

a cura di Cosimo Sibilla

## Bambino epilettico

Cal Care & Pain | Volume 11 Number 3 2011

**Scelta dell'anestetico e mantenimento dell'anestesia.** Il mantenimento dell'anestesia di solito si realizza con un anestetico volatile, con o senza protossido d'azoto e con un oppioide. Con minore frequenza si utilizza un'anestesia endovenosa totale TIVA.

La fenitoina, il fenobarbital, e la carbamazepina determinano un'induzione degli enzimi epatici. Questo comporta un metabolismo degli alogenati aumentato con un rischio aumentato di epatite da alogenati e dell'escrezione urinaria di floridi. L'induzione enzimatica può determinare un aumento della richiesta di oppioidi, mentre il gabapentin determina un effetto risparmiativo di morfina. Gli anestetici con potenzialità epilettogene (ad esempio la ketamina e l'alfentanil) e quelli con metaboliti epilettogeni (ad esempio meperidina) si devono evitare. È stato descritto che alcuni anestetici possono causare convulsioni, mentre peraltro hanno un effetto anticonvulsivante, in maniera dose-dipendente. In genere le basse dosi sono proconvulsivanti, mentre le alte dosi sono anticonvulsivanti. La tabella 1 sintetizza gli effetti degli anestetici più comuni sull'EEG.

**Anestesia generale o regionale?** L'anestesia regionale è più sicura e può essere usata come sola tecnica di anestesia nei bambini più grandi se l'epilessia è ben controllata e se si evitano i fattori noti che possono far precipitare le convulsioni. Tuttavia molti anestesisti non vogliono usare una tecnica con solo anestetico locale nei pazienti epilettici, per evitare la possibilità di convulsioni intraoperatorie che possono essere scatenate dall'ipocapnia indotta dall'iperventilazione di un bambino ansioso. La tossicità degli anestetici locali si

può manifestare con convulsioni tonico-cloniche, e se si ha il sospetto di questo devono essere trattati nel modo seguente:

I. Interrompere la somministrazione di anestetico locale e chiedere aiuto;

II. ABC: mantenere la pervietà delle vie aeree e, se necessario, renderle sicure con l'intubazione. Somministrare ossigeno al 100% e assicurare una ventilazione adeguata. Verificare o stabilire una via venosa;

III. Controllare le convulsioni: somministrare benzodiazepine, tiopentone o propofol in piccole dosi crescenti;

IV. Trattare l'arresto cardiaco associato all'iniezione dell'anestetico locale;

V. Iniziare la rianimazione cardiopolmonare ricordando che può essere necessaria una rianimazione prolungata e che l'aritmia cardiaca può essere refrattaria;

VI. Prendere in considerazione il trattamento con emulsioni lipidiche:

1. Somministrare un bolo endovenoso d'intralipid al 20% 1,5 ml/Kg in 1 minuto seguito da un'infusione di 0,25 ml/Kg/min;

2. Ripetere l'iniezione del bolo due volte con un intervallo di 5 minuti se non si è ristabilita una circolazione adeguata;

3. Se dopo altri 5 minuti non si è ristabilita una circolazione adeguata aumentare la velocità dell'infusione a 0,5 ml/Kg/min;

4. Continuare l'infusione finché si ristabilisce una circolazione stabile e adeguata;

VII. Prendere in considerazione la possibilità di un bypass cardiopolmonare se disponibile.

**Convulsioni durante l'anestesia.** Le convulsioni possono comparire in corso d'anestesia generale ma è molto difficile diagnosticarle, soprattutto se sono stati usati bloccanti neuromuscolari. Le convulsioni possono essere senza convulsioni o con convulsioni mascherate dall'anestesia generale; la diagnosi si basa su piccoli sintomi non specifici compresa un improvviso e non spiegabile aumento della CO<sub>2</sub> di fine espirazione, tachicardia, ipertensione, aumento del tono muscolare (se non sono stati usati i bloccanti neuromuscolari), dilatazione delle pupille, e aumento del consumo di ossigeno. Se le convulsioni compaiono durante un intervento di neurochirurgia, si può manifestare edema cerebrale con fuoriuscita del contenuto intracranico.

La diagnosi definitiva richiede l'EEG, che di solito non è disponibile in sala operatoria. Se si sospettano le convulsioni, queste possono essere trattate mediante un immediato approfondimento dell'anestesia, somministrazione di un farmaco anticonvulsivante come il propofol, il tiopentone o una benzodiazepina, somministrare ossigeno al 100% e la correzione di tutti i fattori precipitanti compresi l'ipossia, l'ipocapnia, l'iponatremia e l'ipoglicemia.

**Somministrazione di liquidi durante l'intervento.** La somministrazione di liquidi deve essere adeguata all'intervento da eseguire. Le soluzioni glucosate e quelle con Ringer lattato devono essere evitate nei pazienti in trattamento con dieta chetogenica poiché possono aggravare l'acidosi metabolica preesistente. Pertanto in questi pazienti si deve usare la normale soluzione salina, con uno stretto monitoraggio dell'equilibrio acido-base. Tuttavia l'ipoglicemia è un rischio presente nei bambini piccoli, pretermine per cui in questi pazienti è necessario uno stretto controllo della glicemia e può essere necessario somministrare soluzioni glucosate.

**Trattamento postoperatorio.** È indispensabile riprendere il trattamento antiepilettico nel postoperatorio prima possibile. Le concentrazioni plasmatiche dei farmaci antiepilettici devono essere controllate se c'è un ritardo nella ripresa della loro somministrazione o si sono manifestate convulsioni nel frattempo. Le convulsioni sono più frequenti nel postoperatorio. Possono essere favorite dall'uso di anestetici proconvulsivanti, ipossia, ipercapnia, alterazioni elettrolitiche (iponatremia, ipocalcemia, ipomagnesiemia), ipoglicemia, uremia, livelli di farmaci anticonvulsivanti inferiori al range terapeutico, tossicità da anestetici locali. Il trattamento deve essere immediato con il 100% di ossigeno, controllo delle convulsioni con un anticonvulsivante ad azione rapida e breve durata come il tiopentone o una benzodiazepina. Sono necessari la correzione di tutti i fattori precipitanti e il controllo dei livelli plasmatici dei farmaci anticonvulsivanti.

### Anestesia per la chirurgia delle epilessie

Gli interventi chirurgici aiutano ad abolire i foci epilettici o interrompono i micro-circuiti neuronali. L'identificazione dei foci epilettici si può eseguire con le tecniche di neuroimmagini funzionali e con l'EEG o l'ECOG che realizza un mappaggio diretto della corteccia cerebrale. Il monitoraggio intraoperatorio del linguaggio e dei loci motori possono essere necessari e richiedono un paziente sveglio, non intubato.

**Considerazioni preoperatorie.** In aggiunta alle precauzioni usate nella chirurgia di routine nel paziente pediatrico epilettico, esistono esigenze specifiche per la chirurgia delle epilessie. I pazienti peraltro hanno bisogno di ripetuti interventi (ad esempio di neuroradiologia con il posizionamento di intracranico di una griglia a strisce di elettrodi per il monitoraggio continua dell'attività elettrica corticale e il mappaggio corticale e l'esecuzione della chirurgia dell'epilessia). I farmaci antiepilettici possono essere interrotti prima dell'intervento per la localizzazione di un focus epilettico. Se è necessaria una premedicazione con sedativi ed è stato programmato l'ECOG intraoperatorio, si può utilizzare una dose ridotta di benzodiazepine. La testa dei neonati e dei bambini piccoli rappresenta il 19% della superficie corporea rispetto al 9% degli adulti, con un volume di sangue cerebrale maggiore, cosicché si deve prendere in considerazione una maggiore perdita di liquidi e di sangue. La

possibilità di trasfusioni di sangue deve essere discussa con i parenti e deve essere disponibile sangue compatibile.

**Trattamento intraoperatorio.** Non è nota la tecnica d'anestesia migliore per la chirurgia dell'epilessia. La tecnica d'anestesia è correlata alla programmazione o meno dell'ECOG. Se è previsto l'ECOG si deve usare una tecnica che ha un effetto minimo sull'attività corticale. Questo di solito comprende un oppioide (fentanyl o remifentanil) e una bassa concentrazione d'isoflurano o propofol, poiché gli anestetici volatili, soprattutto il desflurano, deprimono i potenziali motori. Si ricorre alla TIVA se sono necessari i potenziali motori. Il protossido d'azoto inibisce completamente l'attività corticale a concentrazioni sub-anestetiche e non deve essere usato. Se si programma di stimolare la corteccia cerebrale si deve evitare l'uso dei bloccanti neuromuscolari o si deve far in modo che il loro effetto sia terminato prima della stimolazione corticale. Se non è previsto l'uso dell'ECOG si può utilizzare una tecnica simile a quella usata nella chirurgia di routine, compreso l'uso di bloccanti neuromuscolari. Il trattamento antiepilettico deve continuare nel periodo perioperatorio. Durante il posizionamento del paziente, è importante evitare la congestione venosa cerebrale. Se è prevista la stimolazione corticale o l'induzione delle convulsioni, gli arti del bambino dovrebbero essere facilmente visualizzabili. Nei pazienti che eseguono una craniotomia, occorre porre il paziente in posizione confortevole e con il viso ben visibile.

Per la limitata accessibilità al bambino e la possibilità di perdite di sangue importanti si deve disporre di un accesso venoso di grosso calibro.

Nella maggior parte dei casi è necessario riprendere la terapia con farmaci anti-comiziali immediatamente dopo l'intervento

### Considerazioni anestesiologiche per interventi particolari

**Neuroradiologia.** Gli interventi non dolorosi possono essere eseguiti in sedazione leggera o senza sedazione nei bambini più grandi con l'anestesia generale riservata ai più piccoli, ai bambini non collaboranti e ai bambini con comorbidità importanti.

**Posizionamento di uno stimolatore del nervo vago.** Uno stimolatore del nervo vago è un piccolo generatore elettrico impiantato nella parete toracica sotto la clavicola sinistra con gli elettrodi inseriti vicino al nervo vago di sinistra nel collo. Inviando piccoli impulsi elettrici al cervello attraverso il nervo vago si può ridurre la frequenza delle convulsioni nella maggior parte dei pazienti con convulsioni intrattabili. È indispensabile un controllo continuo dell'ECG per il rischio di bradicardia intraoperatoria o asistolia transitoria durante il posizionamento degli elettrodi e durante la stimolazione iniziale. Attualmente sono stati prodotti stimolatori transcutanei con impulsi mirati ai rami cutanei del nervo vago di sinistra soprattutto quelli che innervano l'orecchio sinistro.

**Impianto di elettrodi "grid" e "strip" subdurali.** Gli elettrodi di monitoraggio sono posizionati sulla superficie del cervello e vi restano per circa 1 settimana per identificare i foci epilettogeni prima di una possibile resezione chirurgica; l'intervento richiede una craniotomia con il rischio di importanti perdite di sangue e di embolia gassosa. La somministrazione dei farmaci antiepilettici non è interrotta di routine; tuttavia occorre prevenire la possibilità di convulsioni in anestesia o nella fase di risveglio.

**Craniotomia da sveglio.** La craniotomia da sveglio si prende in considerazione nei bambini più grandi, collaboranti e motivati. Si può eseguire in anestesia locale in sedazione cosciente con o senza la somministrazione di remifentanil o con la tecnica addormentato-sveglia-addormentato.

**Taglio del corpo calloso.** Si deve prevenire il rischio di sanguinamento e di embolia gassosa. Può comparire letargia e sonnolenza postoperatoria e il paziente nel postoperatorio deve essere controllato in ambiente intensivo.

**Emisferectomia.** L'intervento presenta la più alta mortalità tra tutti gli interventi di chirurgia dell'epilessia. Può essere un intervento di lunga durata con il rischio di perdite ematiche e coagulopatie. Deve essere disponibile sangue compatibile.

Anestetico	Effetto
Tiopentone	Anticonvulsivante
Propofol, Etomidate	Effetto dose-dipendente: attivazione a piccole dosi; soppressione ad alte dosi
Ketamina	Anticonvulsivante
Protossido d'azoto	Anticonvulsivante con forte effetto soppressivo ad alte concentrazioni
Isoflurano, desflurano	< 1 MAC: attività EEC mantenuta ma soppressione attività epilettiforme di fondo > 1 MAC: profonda soppressione dell'EEG; > 2 MAC: isoelettrica EEG
Sevoflurano	Simile all'isoflurano, ma con attività epilettiforme a concentrazioni più alte associate ad iperventilazione
Alotano	Soppressione dell'attività epilettiforme di fondo a concentrazioni cliniche
Fentanyl	Fino a 5 µg/Kg effetto minimo Tra 15-35 µg/Kg moderata attivazione dell'EEG Dosi più alte: rallentamento dell'EEG
Alfentanil	Attività epilettiforme dell'EEG anche a basse dosi
Remifentanil	Effetto minimo
Morfina	In dosi cliniche effetto minimo
Lidocaina, bupivacaina	Effetto bifasico: effetto anticonvulsivante a basse dosi e pro-convulsivante ad alte dosi
L-bupivacaina, ropivacaina	Maggiore effetto anticonvulsivante della bupivacaina a dosi più basse, e minore effetto convulsivante ad alte dosi

# JOBS ACT: terapia mirata per il lavoro?

Qualità, sicurezza ed efficacia della "miglior medicina" per guarire dalla crisi



La "miglior medicina per il lavoro in Italia" recitava con invidiabile ottimismo, già nell'Aprile scorso, a proposito del "Jobs Act" una pagina web, che lo preannunciava come "una vera e propria iniezione di fiducia del mercato, delle imprese, dei lavoratori". La pagina web è la seguente, ancora oggi online: [www.pdrivoli.it/jobs-act-miglior-medicina-per-in-italia/](http://www.pdrivoli.it/jobs-act-miglior-medicina-per-in-italia/)

Il Jobs Act di Matteo Renzi dovrebbe contenere molte novità per circa 12 milioni di lavoratori (escludendo, sembra, il Pubblico Impiego), ma sul fatto che queste novità possano risolvere il problema del lavoro in Italia ci sono forti dubbi. Di seguito i principali contenuti con un breve commento.

## CONTRATTI

Obiettivo dichiarato è di ridurre le forme contrattuali e di introdurre il contratto a tempo indeterminato a tutele crescenti e forme flessibili semplificate con il superamento dell'articolo 18. In caso di licenziamento non sarebbe previsto il reintegro, ma un'indennità che aumenta in proporzione all'anzianità di servizio.

*Di fatto il provvedimento mina un diritto acquisito la cui abolizione andrebbe più a beneficio dei datori di lavoro che non dei lavoratori. Non è chiaro, inoltre, come una simile modifica, stando a quanto ventilato, possa realmente far ripartire l'economia.*

## AMMORTIZZATORI

Il Jobs Act prevede tutele uniformi legate alla storia contributiva del lavoratore in caso di disoccupazione. In questo modo si superano l'integrazione salariale e la mobilità in deroga. Finisce la Cig

per cessazione d'impresa. Priorità viene data ai contratti di solidarietà prima di accedere alla Cig. Introduzione dei contratti di solidarietà espansivi per sostenere nuove assunzioni e Aspi (l'assicurazione sociale per l'impiego che ha preso il posto dell'indennità di disoccupazione) estesa anche a tutte le collaborazioni.

*Di fronte a simili proposte viene però da chiedersi dove sia possibile recuperare le risorse necessarie a sostenerle.*

## POLITICHE ATTIVE

Razionalizzazione del sistema degli incentivi per l'autoimpiego e l'autoimprenditorialità. Verrà creata un'Agenzia nazionale che gestirà i servizi per l'impiego provinciali, le politiche attive e l'Aspi. Attraverso sinergie tra pubblico e privato si vorrebbero poi rafforzare le capacità di incontro tra domanda e offerta di lavoro (si pensa a voucher versati all'agenzia come prova del nuovo impiego).

*Per quanto ampia, non è ben chiaro come la somma di queste iniziative possa portare nel tempo a nuova occupazione.*

Insieme a questi che sono i temi su cui i dubbi sono più accentuati, il Jobs Act contiene anche altro.

**COMPENSO MINIMO.** Si applica in via sperimentale ai rapporti di lavoro subordinato e ai co.co.co.

**SEMPLIFICAZIONI.** Si dimezzano gli atti necessari alla gestione dei rapporti di lavoro e in materia di sicurezza. Maggiori controlli anche per combattere il fenomeno delle "dimissioni in bianco". Priorità al contrasto del lavoro sommerso.

**CONTROLLI.** Creazione di un'agenzia unica per le ispezioni del lavoro che integra i servizi ispettivi del Ministero del lavoro, Inps, Inail e coordina i servizi ispettivi di Asl e Arpa.

**DONNE E LAVORO.** Tax credit come incentivo al lavoro femminile e diritto per le lavoratrici madri parasubordinate di avere l'assistenza anche in caso di mancato versamento dei contributi da parte dell'azienda.

**FERIE CEDUTE.** Tra i dipendenti dello stesso datore di lavoro viene inserita la possibilità di cedere le ferie non godute o dei giorni di riposo spettanti, a colleghi con figli minori che abbiano bisogno di cure.

*Al momento della chiusura del giornale il Senato ha approvato la fiducia al maxi emendamento dal cui testo però è stata stralciata la modifica all'articolo 18.*

## Legge 189/2014 - DPR

Il Ministero della Salute nei giorni scorsi ha trasmesso alle Regioni lo schema di DPR (18 articoli che attuano il Decreto Balduzzi) sui criteri - minimi e uniformi - dei contratti di assicurazione. Il Provvedimento ha l'obiettivo di diventare un punto di riferimento per i professionisti della salute - medico-chirurgo, odontoiatra, farmacista, biologo, chimico, infermiere e veterinario, fino al fisioterapista e ai tecnici delle professioni sanitarie - contro il caro-polizze.

Il testo "Disciplina dei requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie" contiene la parte della Legge Balduzzi che prevedeva l'istituzione di un Fondo nazionale a garanzia di chi non riusciva a ottenere una polizza.

Un fondo che sarebbe alimentato da un doppio canale: il contributo volontario del professionista e quello di solidarietà delle imprese assicuratrici autorizzate a gestire i danni derivanti dall'attività professionale.

Due le modalità di accesso al fondo (ferma restando la precedenza ai professionisti più giovani): l'impossibilità per chi richiede la copertura di sostenere i costi di stipula al prezzo richiesto dalla compagnia e il rifiuto (ripetuto tre volte) da parte del mercato assicurativo.

Il DPR prevede anche che, una volta entrato in vigore il Regolamento, le compagnie abbiano 4 mesi di tempo per adeguarsi. Il massimale minimo della copertura assicurativa dei contratti sarà fissato a 1 milione di euro e ad ogni scadenza il premio aumenterà o diminuirà in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso del contratto. La copertura potrà essere singola o avvenire tramite convenzioni o polizze collettive ma anche tramite le rappresentanze delle professioni sanitarie. Infine il DPR sottolinea che l'assicurazione potrà recedere solo in caso di condotta colposa reiterata del professionista accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.



## Spending review: la Sanità nel mirino

**Ticket e sprechi. Governatori pronti al muro contro muro**

**C'è in gioco il Patto per la Salute**

La manovra 2015 si avvicina e il Governo è a caccia di 20 miliardi di euro previsti dalla Spending Review (la cifra definitiva dipende dal quadro macroeconomico così come aggiornato dal DEF).

Dai calcoli fatti la Sanità dovrebbe contribuire per un importo complessivo di 800 milioni/1miliardo di euro anche se il piano a cui sta lavorando il Ministero dell'Economia non dovrebbe toccare i servizi, ma piuttosto incidere sugli sprechi che riguardano in particolare le forniture e gli approvvigionamenti.

Attenti agli sviluppi e pronti al muro contro muro, i Governatori che, per voce di Sergio Chiamparino, Presidente della Conferenza delle Regioni, fanno sapere che in gioco c'è il Patto per la Salute che ha impegnato le Regioni, "entro il 31 dicembre, a scrivere piani di riordino dei servizi sanitari e ha previsto un fondo da 109 miliardi di euro, con un aumento di circa 2,5 miliardi in più l'anno, per il 2015 e il 2016 per finanziare il servizio sanitario nazionale".

Nonostante le promesse però è difficile pensare che la Sanità possa uscire indenne dal giro dei tagli. Le cifre iniziali di cui parlava Lorenzin (il risparmio del 3% sulla spesa del solo Ministe-

ro della Salute) sono molto lontane dalle cifre che ha in mente il Premier e tra le possibilità che vengono valutate ci sono nuovi ticket che si aggiungerebbero alla centralizzazione degli acquisti: i due percorsi più facili per coprire una riduzione del Fondo Sanitario Nazionale. Lorenzin però rassicura: "altri tagli sarebbero insostenibili: la nostra spending è il Patto", che porterebbe fino a 10 miliardi di risparmi in tre anni.

La centralizzazione degli acquisti si realizzerrebbe con il potenziamento della Consip, la società controllata dal Ministero dell'Economia che oggi presidia una piccola parte della spesa nel settore sanitario: 15 miliardi su 110 totali. Ma questa strada sarebbe più facile a dirsi che a farsi perché per percorrerla si dovrebbero estendere i campi di competenza della Consip, azione prevista dal Patto per la Salute, ma non di rapida realizzazione. In attesa di avere qualche certezza è stata diffusa una lista - realizzata dal MEF con il Commissario per la revisione della spesa, Carlo Cottarelli, in collaborazione con Consip -, che elenca i "prezzi benchmark" delle principali prestazioni. Lista che verrà aggiornata ogni qualvolta Consip dovesse sottoscrivere nuove convenzioni.

Per quanto riguarda il ticket, invece, Lorenzin ha dichiarato di non poter assicurare che non verrà mai applicato sull'assistenza in pronto soccorso. Al momento comunque dovrebbe essere al lavoro una Commissione Governo/Regioni che potrebbe presentare in tempi utili un'ipotesi tarata su redditi familiari e con meno sconti per le patologie croniche.

Una cosa importante: per le Regioni il gettito dei ticket dovrà essere a "effetto zero" rispetto a oggi, quindi non un centesimo in più entrerà nelle casse dei Governatori.

Il Ministro ha anche richiamato i Presidenti di Regione a un comune senso di responsabilità per garantire, entro il prossimo 31 dicembre, l'aggiornamento dei Lea e la riorganizzazione dei posti letto. Due priorità "che consentiranno al sistema una quota di risparmi pari a 900 milioni". Lorenzin ha anche ricordato che il Ministero, tramite il Patto per la Salute, "ha assicurato un finanziamento importante al Fsn. Ma se le Regioni non rispettano gli impegni, una parte delle risorse verrà ritirata".

*(Al momento della chiusura del giornale le cifre della manovra sono ancora in via di definizione.)*

## Stamina KO?

**"Come andare dal mago"**

Stamina bocciata definitivamente? Dopo la decisione del Tribunale di Torino di mettere sotto sequestro - agli Spedali Civili di Brescia - cellule e apparecchiature per utilizzare il metodo, apprendiamo dai media che il Comitato di Esperti all'uopo istituito dal Ministero della Salute avrebbe concluso che "Le condizioni per avviare una sperimentazione con il cosiddetto metodo Stamina, con particolare riferimento alla sicurezza dei pazienti, non esistono".

Sempre in base a quanto riportato dai media, il Ministro Lorenzin ha annunciato che "il verdetto è senza possibilità di appello", manifestando la speranza "che con serenità il nuovo Csm apra una fase di riflessione sul rapporto tra giustizia e scienza", senza lasciarsi sfuggire l'occasione per precisare: "le cure alternative che non sono riconosciute dal sistema scientifico nazionale e internazionale hanno la stessa valenza di chi fa le telefonate ai maghi per farsi curare; ma i maghi non sono né legittimati né sovvenzionati dallo Stato".

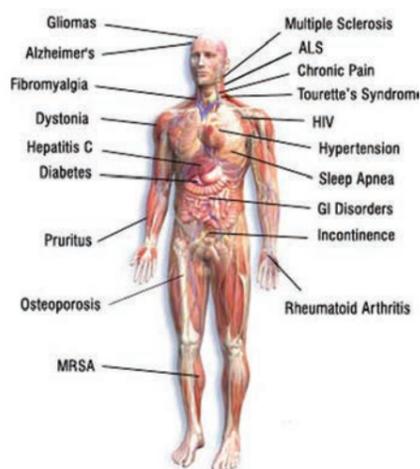
Riferendosi alla dolorosa situazione delle tante famiglie dei malati che riponevano le proprie speranze nel cosiddetto "metodo Stamina", questa - ha detto Lorenzin - è "la parte più triste della vicenda", ribadendo la sua intenzione di "destinare i tre milioni di euro stanziati per la sperimentazione di Stamina alla sperimentazione sulle malattie rare".

Stamina Foundation ha già preannunciato ricorso al Tar, ma il Ministro non sembra preoccuparsene. "Vannoni è un imprenditore - ha dichiarato - e come tale legittimamente può fare ricorso a tutti gli strumenti che ci sono per tutelare i suoi interessi. Il mio interesse è tutelare l'interesse dello Stato, che in questo caso è la salute dei Pazienti".

Ci auguriamo anche noi, in riferimento lato alla nostra professione di medici, che davvero una riflessione sul rapporto tra giustizia e scienza produca buoni frutti.

## Lo Stato produrrà la cannabis a scopo terapeutico

Ad occuparsene sarà lo stabilimento chimico militare di Firenze. In farmacia dal 2015



Dopo il sì all'uso della cannabis a scopo terapeutico arriva anche l'ok alla sua produzione in Italia, ma se ne occuperà lo Stato. L'autorizzazione è arrivata da Roberta Pinotti e Beatrice Lorenzin, Ministri della Difesa e della Salute che hanno disposto che ad occuparsi della produzione sia l'esercito, nello stabilimento chimico militare di Firenze.

Lo stabilimento, nato per produrre medicinali per il mondo militare, estenderà quindi la sua attività anche al settore civile preparando farmaci derivati dalla cannabis che serviranno per combattere il dolore.

I farmaci prodotti in Italia dovrebbero arrivare nelle farmacie a partire dal 2015 e sostituiranno quelli che fino ad oggi venivano importati dall'estero con un notevole risparmio economico.

Destinatari dei prossimi farmaci cannabinoidi Made in Italy saranno i pazienti oncologici, quelli affetti da Hiv e coloro che soffrono di patologie gravi come la sclerosi multipla, la Sla e il glaucoma. Per tutti serve un'autorizzazione specifica dal sistema sanitario che prevede diversi passaggi: medico curante, farmacia ospedaliera, ministero della Salute, ancora farmacia ospedaliera, quindi importazione e infine paziente.

Uno dei primi a suggerire la coltivazione della cannabis in strutture gestite da autorità competenti, era stato Luigi Manconi, senatore del Pd e presidente della Commissione per i diritti umani.

Tra i primi a esprimersi in favore di questa decisione che non ha precedenti in Italia l'oncologo Umberto Veronesi secondo cui "la can-

nabis è un ottimo farmaco. Siccome è anche uno stupefacente, si ha sempre paura di usarlo. Invece è ottimo contro il dolore, contro i malesseri, contro il vomito, è un sedativo.

È la stessa cosa - ha affermato Veronesi - che è successa con la morfina, che per anni non sono riusciti a far avere a quei poveri diavoli che soffrivano. È giustissimo usarla e coltivarla".

All'estero le proprietà mediche della cannabis sono sfruttate da anni mentre in Italia ci sono dei ritardi nonostante la prima legge che ne autorizza l'uso terapeutico sia del 1990. Puglia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana, hanno più recentemente disciplinato il settore con delibere che garantiscono la copertura finanziaria per l'approvvigionamento dei farmaci.

## DDL Lorenzin: procede l'iter istituzionale

### Il Servizio Bilancio del Senato lo promuove

Sperimentazione clinica dei medicinali, riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie, inserimento dell'epidurale nei Lea, contrasto dell'abusivismo in sanità, formazione specialistica dei nuovi medici nelle aziende SSN, Testi Unici sugli enti vigilati dal Ministero della Salute.

Questo (e molto altro) è il DDL Lorenzin (Disegno di Legge 1324) analizzato dalla nota di lettura del servizio Bilancio del Senato e sostanzialmente promosso.

Una nota però riguarda la Dirigenza Sanitaria del Ministero della Salute (art. 10) in particolare per quello che concerne gli elementi di congruità della norma contenuta nella relazione tecnica al provvedimento.

Servono, scrive il Servizio Bilancio, "tutti gli elementi idonei a fornire un riscontro in merito alla congruità dei parametri adottati dalla RT nella rideterminazione dell'onere, nonché un prospetto pluriennale degli effetti finanziari aggiuntivi at-

tesi dalla istituzione del nuovo ruolo in relazione alle unità che è stabilito vi affluiranno" (fonte: IlSole24Ore).



### Science & Conscience Corner di Terry Peacock

Inizia in questo numero questo spazio satirico, curato da un Collega, il cui "Nome d'arte" è Terry Peacock. Ci auguriamo che il salace humor dell'Autore, che abbiamo apprezzato in altre occasioni, incontri il favore dei nostri Lettori.

Ormai sono anni che il mondo del lavoro è stato devastato dall'introduzione dei contratti atipici, come il co.co.co. o il contratto a progetto. E adesso si cominciano a vedere le prime manifestazioni psichiatriche nei lavoratori, che reagiscono come meglio possono a una realtà drammatica e oscura. Un'ultima notizia ha visto un uomo di 45 anni nutrirsi dei suoi contratti a progetto, un mese dopo l'altro. È il primo esempio di co.co.pro.fagia...

T.P.

## Al di qua del telo

### Pensieri sull'anestesia

Di seguito la rinnovata presentazione del libro "Al qua del telo. Pensieri sull'anestesia", del Dr Salvatore Giorgio Bardellini, Anestesista Rianimatore dell'Azienda Ospedaliera Sant'Antonio Abate di Gallarate.

Questo libro nasce dal bisogno di "riordinare" un po' di idee personali sull'anestesia maturate dall'Autore nel corso degli anni. Sorprendente è stato scoprire che, di molte delle impressioni soggettive, vi era già conferma o quanto meno molti punti di contatto - anche se non in riferimento all'Anestesia - nell'opinione di illustri Pensatori odierni e del passato, oltre che di molti colleghi del presente.

Questo piccolo saggio è concepito per due diverse categorie di Lettore. La prima - dei giovani Anestesisti - per favorire una loro conoscenza di molti degli aspetti "non-dottrinali" della professione. La seconda per aprire a chiunque altro lo desideri la conoscenza del mondo anestesiológico.

Per far questo l'Autore si avvale di uno stile molto diretto con il Lettore, al quale si rivolge semplicemente, con brevi riflessioni e suggestioni, talora esistenziali, talora mutuate da riferimenti bibliografici, ma sempre derivate dalla concreta esperienza professionale.

Giocando con un intreccio di significati ed analogie, l'Autore idealmente getta un ponte con la cultura umanistica e tenta di ricondurre una branca prettamente tecnologica come l'Anestesia all'interno di una dimensione "nuova", ricollegando virtualmente le origini della medicina alle origini del sapere filosofico. Questo lavoro non viene proposto in alternativa al convenzionale, sterilmente nostalgico o "contro" qualcosa o qualcuno, bensì "a favore" di ciò che è inerente la professione, in modo costruttivo, complementare e perciò potenzialmente creativo.



## Responsabilità: una nuova sentenza

Per il Tribunale di Taranto l'infermiere "risponde della propria attività"

Una lettera di recente pubblicazione sul sito web di Quotidiano Sanità, a firma Luca Benci, è intervenuta su una sentenza che la II Sezione del Tribunale di Taranto, il 9 giugno 2014, ha emesso su un tema che torna periodicamente all'attenzione degli addetti ai lavori: la responsabilità professionale di medici e infermieri.

Il fatto: una paziente operata di protesi al ginocchio, portatrice di cateterino peridurale, viene sottoposta a terapia antalgica prescritta dall'anestesista e somministrata dall'infermiere. A causa della dislocazione del cateterino la somministrazione provoca una fuoriuscita del farmaco nello spazio intratecale causando la morte del paziente per arresto cardiorespiratorio e cardiaco.

Nelle motivazioni della sentenza l'operato dell'anestesista viene giudicato favorevolmente mentre la morte della paziente, riporta la sentenza, "deve essere ricondotta alla condotta imperita dell'infermiere" (...). Viene poi aggiunto che gli errori degli infermieri restano "ben al di fuori dell'ambito dei fattori di rischio prevedibili e dominabili da parte dell'anestesista, soprattutto ove si consideri la formazione professionale avanzata del personale infermieristico assunto presso le strutture sanitarie italiane".

Sulla lettera di Luca Benci è intervenuto, a sua volta, il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo con la seguente lettera pubblicata sullo stesso sito.

Gentile Direttore,

ho letto con grande interesse l'articolo a firma di Luca Benci sulla recente sentenza del Tribunale di Taranto trattandosi di distinte responsabilità professionali di Infermiere e Medico (in questo caso Anestesista Rianimatore) nelle eventualità di errore nella modalità di somministrazione di farmaci.

Mi pare che il ragionamento sulla sentenza, in generale, segua una logica in larghissima parte condivisibile, pur se la locuzione "portatrice di cateterino peridurale" (tralasciando il diminutivo di vari materiali e strumenti di uso sanitario, che sarebbe da evitare per varie ragioni) è fuorviante, in quanto la tecnica anestesiológica utilizzata nel caso specifico,

correttamente riportata più avanti come in sentenza, era invece quella denominata "blocco del plesso lombare".

Assolutamente pertinente, comunque, appare l'osservazione sull'opportunità di approfondire quali siano i "processi pubblici di accreditamento che permettono a determinate strutture il funzionamento pur in carenza di personale o di personale qualificato", in riferimento al mancato utilizzo di uno strumento particolare, la cosiddetta "pompa elastomerica", che avrebbe probabilmente potuto ridurre i rischi di incidente a condizione di poter disporre di adeguate risorse aziendali, umane e non solo.

Non altrettanto fondata, invece, appare una generalizzazione, in base alla quale "gli errori degli infermieri restano ben al di fuori dell'ambito dei fattori di rischio prevedibili e dominabili da parte dell'anestesista", essendo tale conclusione alterata rispetto a quella originale riportata in sentenza, che invece recita: "Quanto alla specifica colpa della infermiere professionale ... è evidente che essa resta ben al di fuori dell'ambito dei fattori di rischio prevedibili e dominabili da parte dell'anestesista".

Del tutto corretta, invece, è l'affermazione che in base a tale sentenza "L'infermiere risponde, quindi, della propria attività". Della propria, per l'appunto, e non di quella connessa ad attività che infermieristiche non sono, e che in base alla cosiddetta "implementazione delle competenze" si vorrebbero legittimare.

Del resto, la somministrazione di farmaci rientra da sempre nelle competenze dell'Infermiere, come atto conseguente alla prescrizione medica, esattamente come è accaduto nel caso di specie.

Perciò, è evidente che la sentenza in questione altro non è che un piccolo passo di coerenza per la giurisprudenza, ma non è affatto quel passo da gigante che a qualcuno potrebbe convenire far apparire.

Cordiali saluti.

Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

[http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=23462](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=23462)

## AAROI-EMAC Lombardia

# AREU: Disposizioni sui Mezzi di Soccorso Qual è il vero motivo di tanto scandalo?



Di seguito il testo del Comunicato Stampa che riassume la posizione dell'AAROI-EMAC rispetto al "Documento 100 - Soccorritori con qualifica di medico/infermiere a bordo dei MSB" di AREU Lombardia.

"Un recente riordino dell'attività di medici e infermieri che operano come "soccorritori qualificati" in regime di volontariato o alle dipendenze di Associazioni del cosiddetto "Terzo Settore" del SSN, operato da AREU, l'Azienda Regionale per l'Emergenza-Urgenza in Lombardia, non cessa di suscitare un clamore di cui non si comprendono le reali motivazioni.

Tanto rumore per nulla, parafrasando Shakespeare. Contro il documento "100/2014" emanato da AREU, che contiene le ultime disposizioni aziendali nel merito della questione, si sono levate voci che si sono appellate in modo va-

rio quanto stranamente collimante, nell'ordine, al ruolo prezioso del mondo del volontariato in sanità, alla legittimità giuridica del provvedimento, ad una altisonante difesa della deontologia professionale della categoria medica e di quella infermieristica, oltre a voler scongiurare nefaste conseguenze a danno dei cittadini. Orbene, tale documento si limita a richiamare regole di sistema che a

parere della scrivente AAROI-EMAC, Organizzazione Sindacale che rappresenta la gran parte dei medici che operano nel sistema dell'emergenza-urgenza lombardo, specialisti in Anestesia e Rianimazione, appaiono adeguate. Anzi, quantomai opportune, a condizione di saper leggere e comprendere quanto chiaramente scritto.

Una sintetica analisi priva di pregiudizi, infatti, non può far altro che prendere atto che tale documento non pone alcun divieto ai "soccorritori qualificati" di intervenire di volta in volta, in caso di necessità, secondo scienza e coscienza, oltre che sulla base delle proprie competenze professionali: semplicemente, precisa che "nel caso in cui tali figure vogliano effettuare una attività specifica che si discosti da quanto previsto per il soccorritore - esecutore, la responsabilità diretta nei confronti

del Paziente rimane in capo ai singoli soggetti".

Coerentemente, inoltre, il documento contestato non autorizza tali soggetti a far valere la propria qualifica professionale nei confronti delle strutture operative di AREU e, a maggior ragione, per suo tramite nei confronti dell'utenza. Del resto, sarebbe ben strano il contrario.

In primo luogo, nessun Ente Ospedaliero autorizzerebbe un soggetto volontariamente resosi disponibile come barelliere ad operare nelle proprie strutture come medico o infermiere, anche se costui ne avesse la qualifica, e nessuno immaginerebbe di potersene stupire: qual è il vero motivo di tanto scandalo per l'Emergenza-Urgenza territoriale?

In secondo luogo, a proposito di competenze, i medici e gli infermieri che lavorano per AREU devono essere in possesso non solo del titolo professionale di medico o di infermiere, ma anche, necessariamente, di uno specifico percorso formativo che li qualifica ad operare in suo nome per suo conto: quale logica mira a voler superare tale obbligo per chi svolge la sua attività in regime di volontariato, e soprattutto, a quale fine?

Questi sono, in ultima analisi, gli interrogativi che lasciano maggiormente perplessi.

Alessandro Vergallo  
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC

## La proposta di un Collega: Gas Alogenati, perchè non fare uno Studio Multicentrico?

Caro Presidente,

ho letto con molto interesse l'articolo del Prof. Quirino Piacevoli dal titolo "Pericolo inquinamento ambientale da gas alogenati", pubblicato su "il nuovo Anestesista Rianimatore" n° 4 del 2014, e ne condivido in pieno i principi di salvaguardia dell'ambiente di lavoro e di tutela della salute degli operatori che l'hanno ispirato.

L'articolo affronta in modo esaustivo e completo gli aspetti normativi, allertando chi riveste posizioni di direzione.

Come Responsabile della Qualità e del Rischio Clinico, oltre che come Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Terapia Intensiva del mio Ospedale, mi sono subito chiesto se le procedure seguite nella mia struttura per la prevenzione e il controllo del rischio di inquinamento da gas alogenati, da me avallate nel mio ruolo, fossero adeguate, e ho provveduto a verificare direttamente l'inquinamento ambientale durante il caricamento con Sevoflurane del vaporizzatore con il sistema che ho in uso da un paio di anni. I risultati, nel mio caso, sono stati confortanti (i tabulati sono a disposizione): infatti, i valori riscontrati sono risultati essere compresi nei limiti (Occupational Exposure Limits for Sevoflurane) previsti dal WAG (Waste Anesthetic Gas Surveillance Program USA 2012) del National Institute of Health statunitense, anzi sono stati di molto inferiori. Naturalmente, pur sentendomi sollevato da questi risultati, sono conscio che la verifica da me effettuata per tutela mia e della mia struttura non possa essere presa come riferimento generale.

A mio avviso, per avere dati in base ai quali poter operare serenamente, sarebbe utile uno studio multicentrico fondato su un numero statisticamente significativo di rilevazioni, sull'uso di protocolli ben definiti e uniformi, che tengano conto, inoltre, di tutte le variabili che possono influire sulla rilevazione stessa (strumentario di rilevazione, operatori presenti nell'area di rilevazione, distanze etc.). Tale studio potrebbe contribuire con evidenze tecnico-scientifiche all'azione di tutela intrapresa dal Presidente della Commissione Clinical Risk Management dell'AAROI-EMAC.

La nostra Associazione, anche tramite la SIARED, potrebbe forse farsene promotrice, offrendo anche in tal modo ai propri Iscritti la propria mission di tutela a "360 gradi"!

La saluto cordialmente

Dr Francesco Sgalambro  
 Istituto Oncologico del Mediterraneo  
 Viagrande - Catania

### La Risposta del Presidente

Carissimo, mi pare una proposta ragionevole, che girerò al Prof. Piacevoli. Grazie del tuo contributo!

Un cordiale saluto

Alessandro Vergallo  
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC

## AAROI-EMAC Emilia Romagna

# Procedura per allontanamento Pazienti "Nessuna condivisione con Personale e Sindacati"

L'AAROI-EMAC Emilia Romagna si è schierata al fianco della CIMO che per prima si era opposta alla procedura "Sull'allontanamento dei pazienti" (P-int 19) promulgata dalle Aziende sanitarie della Provincia di Bologna (AOSP, AUSL Bologna, AUSL Imola, IRCC Rizzali). Insieme all'AAROI-EMAC hanno preso posizione nella stessa direzione anche i Sindacati Medici ANAAO ASSOMED, CISL Medici e ANMDO. Le sigle si sono presentate contro una procedura che - denunciano - è stata predisposta e promulgata senza alcuna condivisione con il Personale e con le sue Rappresentanze Sindacali, e per questo impugnata per antisindacalità.

Tale procedura, nell'intento di colmare un vuoto procedurale messo alla luce dal cosiddetto caso Bragaglia, diventato di rilievo nazionale, attribuisce a Medici ed Infermieri di turno in un Reparto (spesso sottodimensionati rispetto al numero di pazienti e

carichi di lavoro) funzioni custodiali e di ricerca, che non possono da questi essere svolti.

Gino Bragaglia, pensionato di 86 anni, morì di freddo nell'inverno del 2012 sulla scala di emergenza del padiglione Albertoni del Policlinico Sant'Orsola di Bologna. L'anziano, cardiopatico, venne poi ritrovato dal figlio il 31 dicembre, due giorni dopo la scomparsa dell'anziano dal suo letto.

Nel corso della prima udienza della causa giudiziaria promossa da CIMO nazionale (rappresentata dall'Avv. Santoli), che si è tenuta il 18/09/2014 avanti il Tribunale del Lavoro di Bologna, il Giudice del Lavoro ha ritenuto ammissibile l'intervento degli altri Sindacati (rappresentati dagli Avv.ti Ripa e Cavina) e ha rimandato la decisione della vertenza ad una nuova udienza fissata per i primi giorni di ottobre.

## Dalle Regioni

# Nel Lazio inaugurati tre Reparti a direzione infermieristica

## Allarme dei Sindacati e dell'Ordine: "Iniziativa assurda che mette a rischio i Pazienti"

Tra Luglio e Settembre sono stati aperti a Roma ben 3 Reparti di degenza a direzione infermieristica. L'ultimo è stato inaugurato all'Ospedale per acuti Sandro Pertini ed è "dedicato" - si legge nel comunicato della Regione Lazio - ai pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e alle persone affette da patologie cronico-degenerative". Nei mesi scorsi erano stati inaugurati altri due Reparti dello stesso tipo: uno al Regina Margherita, e uno all'Umberto I.

Il Reparto del "Pertini", si legge ancora nella nota "Fornisce assistenza ai pazienti fino alle dimissioni, con un programma personalizzato di recupero. Il reparto, gestito dal personale infermieristico, è aperto a tutti i pazienti senza limiti di età provenienti dai diversi reparti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica".

La novità ha suscitato la reazione dei Sindacati. "È un'iniziativa assurda, pericolosa e inaccettabile che mette a rischio i

pazienti e tutte le professioni sanitarie, abolendo di fatto le specifiche competenze dei medici" - ha commentato il Segretario Regionale Cimo del Lazio, Giuseppe Lavra -. Critico anche Roberto Lala, Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma "Nella nuova Unità operativa all'infermiere è affidata la "diretta responsabilità dell'organizzazione e della gestione del modulo di degenza a media bassa complessità" mentre i medici sono ammessi come subordinati" - ha commentato Lala a Doctornews. - Ma chi è responsabile del percorso terapeutico deve avere competenze mediche per definire sia la diagnosi sia l'evoluzione delle dinamiche cliniche".

Favorevole invece all'esperimento Giovanni Rocco, Presidente del Collegio IPASVI di Roma che su Quotidiano Sanità ha rispedito le critiche al mittente: "Certe sigle sindacali mediche a smetterla di demonizzare questi nuovi servizi mortificando la professionalità raggiunta dagli infermieri solo per pro-

teggere, in una logica tutta corporativa, anacronistiche posizioni di potere".

"Lo avevamo ampiamente previsto" ha dichiarato il Presidente AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, nell'apprendere la notizia, ricordando uno stralcio della lettera scritta a Quotidiano Sanità lo scorso 2 Gennaio, in cui aveva dichiarato:

"Nessuno vuole impedire agli Infermieri di realizzare le loro legittime aspirazioni di crescita professionale. Ben vengano, e siano finalmente realizzate, ma senza l'ambiguità di un'implementazione demagogica del "prendersi cura" (per tutti gli Infermieri) che mira in realtà a mascherare altre aspirazioni, per pochi, per i quali esse significano unicamente abbandonare l'assistenza al Paziente (con buona pace del "prendersi cura") per transitare, di fatto, dal ruolo sanitario/assistenziale a quello gestionale/amministrativo, con un bel posto da «Direttore»".

## Pensioni...e la storia continua

### Un tormentone estivo che si ripete da 20 anni



Come ogni estate, da più di venti anni, l'argomento principe di discussione in sede governativa e sulla stampa è quello che riguarda le pensioni. Si tratta di una rincorsa a chi la spara più grossa in un settore che, anche grazie alle numerosissime riforme che si sono succedute negli anni, avrebbe ormai solamente bisogno di silenzio e di rispetto.

Ma non è così. Le necessità economiche di qualunque tipo (gli 80 euro, i debiti della PA, i precari della scuola, gli "esodati", i professori para-anziani) devono trovare nel calderone delle pensioni la fonte della loro realizzazione.

Nessuno ricorda o vuol pensare che la previdenza è una sorta di contratto che il lavoratore stipula con lo Stato, in base al quale, dietro il pagamento di contributi durante gli anni lavorativi, il cittadino riceverà una pensione. L'assistenza è, invece, l'aiuto che lo Stato (sociale) fornisce ai meno abbienti attraverso la fiscalità generale. Il nostro Stato - che fa volentieri confusione fra assistenza e previdenza - supplisce alle proprie carenze sociali e finanziarie con la redistribuzione della ricchezza. Questa si traduce in una doppia tassazione per chi ha già pagato le tasse sui propri guadagni e finisce così col ripagarle, in modo surrettizio, con la sottrazione da parte dello Stato di una parte ulteriore di quegli stessi guadagni.

Se, dunque, lo Stato tradisce, o mostra di voler tradire, il contratto previdenziale, non c'è più certezza del diritto, il cittadino non è in grado di programmare la propria vita, smette di spendere, gli investimenti si fermano, lo sviluppo si arresta. L'idea di prelevare dalle pensioni cosiddette alte, ma la cui altezza si modifica con grande facilità, le risorse per aiutare i meno fortunati è un trucco per supplire ai costi e alle carenze di uno Stato che non aiuta i meno abbienti, ma fa pubblicità a se stesso e produce consenso a chi governa. Il trucco è, a sua volta, reso necessario dalla carenza di risorse, dall'esigenza di reperirle e dalla promessa di riforme che chi ne parla non è, poi, in grado o non ha la volontà politica di fare.

Sono sempre più presenti negli studi dei tecnici del governo ed anche dell'Inps diverse operazioni finalizzate alla riduzione dei trattamenti pensionistici già in atto o futuri.

La prima ipotesi è di applicare il contributo di solidarietà alla differenza tra la pensione che si sarebbe maturata con il sistema contributivo e quella più generosa pagata con il sistema retributivo.

La Legge di Stabilità del governo Letta ha introdotto a partire dalla quota eccedente 14 volte il trattamento minimo di 501 euro, ovvero oltre i 91.251 euro di pensione (7mila euro lordi, pari a 4.400 euro netti) un'aliquota del 6%, che diventa del 12% e del 18%, per le quote eccedenti rispettivamente fino a 20 e 30 volte il trattamento pensionistico minimo.

Un nuovo intervento, per produrre dei risultati apprezzabili, dovrebbe toccare le pensioni della classe media, considerando che l'85% dei quasi 16 milioni di pensionati ha un assegno mensile fino a 2 mila euro lordi.

Alcuni commentatori apprezzano questa possibilità dimenticando che, lo stesso Inps, che è stato incaricato dal governo di elaborare le simulazioni, ha espresso il parere che sarebbe assai difficile realizzarlo per i dipendenti pubblici, specie per gli statali, per i quali i dati sui versamenti contributivi sono stati contabilizzati solo dal '96, dopo la riforma Dini.

Vi è poi la previsione, davvero risibile, di una stretta sui "privilegiati" del contributivo, per impedire che possano avere pensioni superiori a quelle maturate con il sistema retributivo. Fino al 2011, il coefficiente di rendimento veniva congelato in corrispondenza del quarantesimo anno contributivo, qualora si fosse rimasti in servizio oltre questo limite, non si aveva alcun vantaggio sull'assegno pensionistico. Si sta ragionando di ripristinare quanto previsto in origine dalla riforma Fornero, ma eliminato nella versione definitiva del Dl 201/2011, che togliendo il tetto dei 40 anni ha fatto sì che la prosecuzione dell'attività lavorativa producesse un incremento sensibile della rendita previdenziale a causa della valorizzazione della quota contributiva. Esiste, poi, sempre, la più gettonata delle proposte.

Quella che punta ad una stretta più generalizzata sui trattamenti già in corso di erogazione e calcolati secondo il metodo retributivo o misto. Come quella prevista nello studio pubblicato a gennaio su Lavoce.info da Tito Boeri, Fabrizio Patriarca e Stefano Patriarca, che punta a decurtare gli assegni retributivi di un tot rispetto allo scostamento da pensioni analoghe calcolate con il contributivo. Più nel dettaglio, i tre economisti pensano a un contributo pari al 20% dello squilibrio sulle pensioni tra 2 e 3mila euro, al 30% tra 3 e 5 mila euro e al 50% oltre tale livello.

Fortunatamente, ancora, qualcuno (Cesare Damiano Pd) pensa che mettere in allarme 15 milioni di pensionati che hanno soltanto la colpa di essere andati in pensione con il calcolo retributivo è una follia. Altri difendono l'intervento, invece, con la considerazione, tutta da verificare, che in questo modo si potrebbe approntare un prelievo "sacrosanto" da quelle pensioni retributive che sono esclusivamente retaggio di posizioni di privilegio e di casta inaccettabili!

Speriamo che l'autunno non debba portare altre "lacrime e sangue" anche nel settore previdenziale come già avviene nel mondo del lavoro e nelle attività produttive.

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali

### Nota sulla Legge n. 114 dell'11/08/2014 di conversione del Decreto Legge n. 90 /2014 e sugli aspetti previdenziali delle attuali normative

Allo stato attuale delle disposizioni in merito al pensionamento dei medici dipendenti si rammenta che :

- A norma della legge n. 183 / 2010 è possibile richiedere all'Amministrazione di essere mantenuti in servizio, sino al massimo di 70 anni d'età, per raggiungere il massimo contributivo di 40 anni, senza conteggio dei riscatti.

- Non è più possibile richiedere di essere mantenuti in servizio per un biennio oltre il limite massimo d'età per il pensionamento di vecchiaia. Per coloro che l'abbiano già iniziato il biennio, il rinvio decade il 1° ottobre 2014. Per coloro che l'abbiano ottenuto, ma non iniziato, le deliberazioni relative sono annullate.

- Le disposizioni della legge n. 114, che prevedono l'interruzione del rapporto d'impiego per i dipendenti che raggiungessero il massimo contributivo ( 40 anni con conteggio dei riscatti e delle ricongiunzioni ), non si applicano al personale di magistratura, ai professori universitari e ai responsabili di struttura complessa del Servizio sanitario nazionale e si applicano, non prima del raggiungimento del sessantacinquesimo anno di età, ai dirigenti medici e del ruolo sanitario.

- Per coloro che avessero maturato, entro il 31 dicembre 2011, i criteri già previsti per il pensionamento d'anzianità ( quota 96 : 61 d'età e 35 anni di contributi ovvero 60 anni d'età e 36 anni di contributi ovvero 40 anni di contribuzione indipendentemente dall'età ) il pensionamento di vecchiaia è posto al raggiungimento dei 65 anni d'età e quello di anzianità è di 40 anni di contributi comprensivi di riscatti e ricongiunzioni.

- Per coloro che non avessero maturato tali criteri entro il 2011, il pensionamento di vecchiaia è previsto, nel 2014, al raggiungimento dei 66 anni e 3 mesi, mentre la pensione anticipata si può richiedere con 42 a. e 6 mesi per gli uomini e 41 a. e 6 mesi per le donne, indipendentemente dall'età anagrafica, con riduzione del 2% per gli anni mancanti al 62° anno d'età e dell'1% per gli anni mancanti al 60°.

N.B.: tale riduzione non si attiva per i pensionamenti realizzati entro il 2017.

- Per le dipendenti donne è possibile andare in pensione, entro il 2015, con almeno 57 anni e 3 mesi d'età e 35 anni di contribuzione con l'opzione al calcolo pensionistico con il metodo contributivo. I criteri indicati devono essere maturati prima di dodici mesi dal 31 dicembre 2015, pertanto entro il 30/11/2014 a rispetto della finestra mobile d'uscita di 12 mesi.

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali

## Prova di comportamento diligente

### Al Medico l'onere di dimostrare l'esatto adempimento

*"È onere del medico dimostrare di aver diligentemente adempiuto la propria prestazione. Il paziente che chiede il risarcimento del danno deve invece provare l'esistenza del contratto e il nesso di causalità tra la condotta del sanitario e la patologia".* Lo sostiene il Tribunale di Palermo (giudice Ciardo) in una sentenza del 19 Giugno 2014 sinetizzata su Il Sole 24 Ore da Antonino Peracciolo.

La controversia era nata dalla domanda di condanna alla rifusione dei danni che due genitori avevano proposto nei confronti di una struttura sanitaria per le patologie sofferte dal loro figlio. I medici avevano omesso di trasferire con urgenza la paziente all'interno della stessa struttura ospedaliera perché fosse immediatamente sottoposta a taglio cesareo. Così la donna era stata costretta a raggiungere un secondo nosocomio, dove poi le era stato praticato il cesareo.

Secondo il Tribunale i ritardi avrebbero peggiorato la già precaria situazione clinica del neonato affetto da patologie di origine genetica.

La Sentenza si sofferma sulla giurisprudenza della Cassazione in materia di responsabilità della struttura ospedaliera e del suo personale sanitario dipendente. Il giudice ricorda che la Corte di legittimità considera la relazione paziente-struttura in termini autonomi rispetto al rapporto



paziente-medico, ritenendo che la prima dia luogo a un contratto atipico a prestazioni corrispettive, al quale si applicano le ordinarie regole sull'inadempimento fissate dall'articolo 1218 del Codice civile.

Poiché si tratta di un'obbligazione di tipo professionale, la diligenza richiesta "non è quella del buon padre di famiglia, ma quella del buon professionista".

Inoltre l'onere probatorio segue le regole della materia contrattuale. Il danneggiato deve provare, oltre la conclusione del contratto, l'aggravarsi della patologia (o l'insorgere di nuove malattie), nonché il nesso di causalità tra l'azione (o l'omissione) del sanitario e tale evento dannoso, "restando a carico del debitore - conclude il tribunale - l'onere di provare l'esatto adempimento, cioè di aver tenuto un comportamento diligente".

## "L'alimentazione e l'idratazione artificiale sono atti medici"

### Caso Englaro, il Consiglio di Stato ha dichiarato illegittima le decisioni della Regione Lombardia

A distanza di più di 5 anni dalla morte di Eluana Englaro che, a seguito di un incidente stradale, è stata oltre 17 anni in stato di coma vegetativo, il Consiglio di Stato, con la Sentenza n. 4460 del 2014, pubblicata il 2 settembre, ha dichiarato illegittima la decisione della Regione Lombardia che si rifiutò di attuare la sentenza della Cassazione che autorizzava la sospensione del trattamento terapeutico.

Diverse le motivazioni presenti nella Sentenza nella quale si parla anche dell'atto medico collegato al trattamento terapeutico.

"La decisione di somministrare al paziente l'alimentazione e l'idratazione artificiale - si legge nella sentenza del Consiglio di Stato - è, in tutto e per tutto, il frutto di una strategia terapeutica che il medico, con il consenso informato del paziente, adotta valutando costi e benefici di tale cura per il paziente, ed è particolarmente invasiva, per il corpo del paziente stesso, poiché prevede, nel caso della nutrizione enterale, addirittura l'inserimento di un sondino che dal naso discende sino allo stomaco o l'apertura di orefizio, attraverso un intervento chirurgico, nell'addome".

*"L'inserimento, il mantenimento e la rimozione del sondino naso-gastrico o della Peg sono dunque atti medici - continua la*



*sentenza - . E non possono in alcun modo essere considerati una forma di alimentazione sui generis, quasi un regime dietetico a parte, un surrogato dell'alimentazione e idratazione naturale".*

Secondo la tesi rigettata dai giudici, l'Amministrazione non sarebbe tenuta in alcun modo a soddisfare la richiesta di sospensione del trattamento terapeutico, poiché compito di questa è solo quello di garantire che il malato sia mantenuto in vita, accudito e "curato". "La Regione trascura in questo modo però - si legge ancora nella sentenza del Consiglio di Stato - che a base del proprio rifiuto di ricoverare l'assistito (per la rimozione del sondino ndr) essa ha inteso porre e imporre d'imperio una visione assolutizzante, autoritativa della "cura" e, in ultima analisi, al suo fondamentale e incompressibile diritto di autodeterminazione terapeutica, quale massima espressione della sua personalità".

E ancora, "Certo non compete alla Regione far valere, rivestendo anticipatamente un ruolo difensivo, presunti profili di responsabilità del personale medico, con l'affermazione, implicita ma chiara, che eseguire la volontà del tutore significherebbe compiere un delitto, poiché tale affermazione, oltre che impropria, è errata, essendo tale comportamento scriminato, proprio come dimostra la vicenda in questione".

## La riforma della Pubblica Amministrazione

### “Lotta agli sprechi”: vizi passati, future virtù?

Il 18 Agosto del 2014 il Decreto numero 90, sulla riforma della Pubblica Amministrazione, è ufficialmente diventato Legge. Il fatto che sia stata approvata nel pieno dell'estate, nell'unica settimana dell'anno in cui tutta l'Italia, o quasi, si ferma e, mollemente, si distrae, non mi ha fatto pensare all'inflessa solerzia del nostro Parlamento, quanto piuttosto a quegli scherzi da ragazzini: uno ti chiama e, mentre ti volti, un altro ti mangia il bignè che hai nel piatto.

Io, però, sono spesso prevenuta e, sicuramente, nel torto, quindi, piena di riconoscenza nei confronti di chi ha rinunciato alle ferie estive per riassetare questo Paese, mi sono armata di coscienza civile e ho iniziato a leggere il testo della Riforma per capire in quale modo cambierà il mestiere di medico specialista del Sistema Sanitario Nazionale.

La prima impressione è stata quella di essere troppo ignorante per farlo.

Evidentemente una laurea e una specializzazione non sono sufficienti per capire un testo, quindi ho chiesto aiuto a chi ne sa più di me, per una traduzione, in lingua corrente, di quella che sarà la soluzione a tutti i nostri problemi.

Come no.

Partiamo dalle pensioni: si andrà a 65 anni, senza se e senza ma. No, il lavoro dell'anestesista non è stato riammesso tra le professioni usuranti, turni e notti continueranno ad accompagnarci per molti anni. Da un lato, c'è da dire, l'insonnia tipica dell'anziano si rivelerà un vantaggio per il lavoro notturno, dall'altro una chiamata urgente, con tanto di corsa con zaino in spalla, potrebbe concludersi con prognosi infausta non solo per il paziente.

Conviene, quindi, mantenersi in piena forma, non solo per se stessi, ma per l'ospedale tutto, in quanto il turnover del personale, che fino ad oggi era bloccato al 50% è stato ridotto, con un salto carpiato burocratico, al 20%.

In parole povere, laddove andassero in pensione 10 persone non ne verrebbero assunte ne' 10, ne' 5, bensì 2. A riprova del fatto che bisognerà mantenersi in salute e acquisire anche dei superpoteri.

Ma la Legge ha previsto tutto.

Mantenere gli stessi carichi di lavoro con un quinto del personale potrebbe apparire oneroso, quindi, per reperire forze lavoro senza assumere, sono stati aboliti i permessi sindacali. Togliendo il 50% dei permessi sindacali è stato reintegrato, a tempo



pieno, personale che, fino ad oggi, impiegava metà del proprio orario lavorativo alla tutela sindacale dei lavoratori.

E che sarà mai!

Tutto questo sacrificio non sarà vano, perché, a quanto cita il testo originale, lo scopo comune è nobile: “Razionalizzazione e revisione della spesa, ridimensionamento delle strutture, riduzione delle spese per beni e servizi, ottimizzazione degli immobili.”

Che a leggerla così viene anche difficile non essere d'accordo, ma noi siamo professionisti abituati a risolvere, in pochi minuti, situazioni critiche e potenzialmente fatali, con azioni rapide ed efficaci, per cui sorge, spontanea, una prosaica domanda: “Come?”

E qui arriva il difficile. Nel testo vengono elencati i risultati economici a cui tendere (quindi, volgarmente, quanti soldi poter spendere e quanti dover risparmiare) considerando la globalità del Paese, senza, però, scendere nelle specifiche tecniche.

La gestione diretta della spesa verrà, quindi, delegata alle progettazioni amministrative, cioè Regioni, Province, Comuni e Cortili, che dovranno ingegnarsi nel frustrante lavoro di lima.

In quella che sembra una sentenza, emessa con la precisa intenzione di non partecipare all'esecuzione, la delega ad altri enti

non sembra una generosa concessione alla autogestione territoriale, quanto un deliberato alleggerimento delle proprie responsabilità, quelle stesse delle quali dovrebbero rispondere al Paese. Faccio un esempio: una famiglia di ceto medio alto, con genitori e tre figli, ha sempre condotto una vita agiata, forse troppo per la disponibilità economica, un tenore di vita, potremmo dire, finanziariamente dissennato, fino a quando i soldi in banca finiscono e il padre viene licenziato.

A questo punto i genitori, che sono stati in passato i primi a sperperare denaro e ad insegnare ai propri figli il disprezzo per il risparmio e la tesaurizzazione, si trovano nella sgradevole posizione di dover ridurre le spese, ma volendo deresponsabilizzarsi di fronte ai figli.

Da qui un'idea tanto semplice quanto efficace: non potendo più comprare carne quotidianamente, ma solo una volta a settimana, la madre, invece di ammettere “Non ci sono soldi per la carne, perché quando li avevamo li abbiamo sprecati” inizierà a cucinare malissimo il filetto, ma molto bene le patate. Con il passare del tempo, e dei pessimi filetti, i figli saranno i primi a chiedere le patate e a non volere più la carne.

La stessa cosa varrà per il motorino. Non verrà detto loro di non usarlo, basterà non fornire più i soldi per la benzina, utilizzando argomentazioni ecologiste: il motorino, molto presto, verrà lasciato in garage a favore di igieniche passeggiate all'aria aperta.

Lo stesso inganno intellettuale è quello che si verifica in questa riforma della Pubblica Amministrazione.

In Italia il Governo decide manovre economiche che dovranno essere attuate da enti locali. Gli enti locali sono rappresentati da cariche politiche, quindi da persone il cui lavoro dipende dalle elezioni, cioè il voto dei singoli cittadini.

Sempre in Italia, anche gli ospedali hanno a capo figure politiche e non sanitarie. I Direttori Generali delle ASL sono, da sempre, cariche politiche, molto spesso non sono nemmeno medici, altrettanto spesso non sono nemmeno laureati. Il loro posto di lavoro non dipende da quanto fanno bene un'appendicectomia o una rianimazione cardio-polmonare, ma dall'essere rieletti in quel ruolo o in un'altra carica politica, alle prossime elezioni. Viene spontanea l'obiezione: “Per dirigere bene un ospedale non bisogna saper fare il dottore, ma saper fare il direttore.”

Verissimo.

Ma è anche vero che, se per mantenere il posto di lavoro devi convincere del tuo operato chi ti eleggerà e non chi lavora in ospedale, è assai probabile che farai scelte che andranno incontro al sentimento percepito dai cittadini e non alle reali necessità di chi nell'ospedale ci lavora, in quanto non saranno quei 1.000 voti del personale a fare la differenza, ma i 100.000 di tutti gli altri.

Finché a capo delle strutture sanitarie ci saranno cariche politiche, le decisioni saranno sempre viziata dalle prospettive elettorali e, scelte drastiche, ma necessarie a risanare i bilanci, quali la chiusura dei piccoli presidi, con conseguente ottimizzazione dei servizi sul territorio, non verranno mai fatte. Questo perché nessun politico vorrà mai inimicarsi i cittadini votanti di Paesello1, i quali si opporranno strenuamente alla chiusura del loro amato ospedalinio da 30 posti letto, pericoloso da un punto di vista medico e un vero e proprio pozzo nero economico, ma che rende orgogliosi gli abitanti del villaggio, tanto da bullarsi con il confinante Paesello2.

Ovviamente la mia è una semplificazione del problema, assai più arrotolato su se stesso, ma credo che il concetto sia chiaro: minori risorse economiche si traducono in tagli random e disperati, effettuati dagli amministratori finali, tagli distribuiti non secondo criterio e logica, ma finalizzati al minor incattivimento sociale possibile. Piccole limature che si ripercuoteranno, prevalentemente, sugli operatori in forma di materiale sempre più scadente, perché sempre più economico, o turni di lavoro sempre più pesanti perché distribuiti su un personale numericamente inferiore, personale che avrà sempre meno voce in capitolo, in quanto la struttura sindacale sarà più debole e gestita su base volontaria.

Il cittadino votante percepirà la lenta morte del Sistema Sanitario Nazionale, quando, ormai, dopo lunga e penosa malattia, la fine sarà l'unica sorte possibile e, dalle barricate dei piccoli ospedali “che hanno sempre funzionato così bene”, non potrà fare altro che prenderne atto, con tutte le conseguenze che un Sistema Sanitario Privato comporterà.

Perché è questo il significato profondo di tutto questo teatro istituzionale: traghettare la Sanità Pubblica verso una Sanità Privata. Chiariamoci, il mio non è un giudizio qualitativo, ma una semplice osservazione del fenomeno e non è detto che un passaggio a un sistema prevalentemente privato sia per forza un peggioramento qualitativo.

Una cosa, invece, certa, è che questo Paese non può più permettersi, economicamente parlando, una Sanità Pubblica che sia sempre, per tutti indistintamente, e ovunque.

Prima ce lo diciamo in faccia e, forse, più rapida e meno dolorosa, sarà l'agonia, auspicando l'arrivo del giorno in cui, a noi medici, verrà chiesto un parere e una collaborazione attiva allo sviluppo del Sistema Sanitario.

@PaolaSMD Medico Anestesista Rianimatore  
 autrice del blog <http://nessumodiceLIBERA.wordpress.com/>

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

#### Se contesti, contesta con testa

Contestare. Ti contesto. Per aiutarti. Per correggerti. Per con-te-stare, dopo che hai capito la lezione.

Di una tal correzione fraterna ci parla Matteo, nel suo Vangelo, ricordando le parole del Maestro. “Se il tuo fratello commette una colpa, va' e ammoniscilo fra te e lui solo; se ti ascolterà, avrai guadagnato il tuo fratello; se non ti ascolterà, prendi con te una o due persone, perché ogni cosa sia risolta sulla parola di due o tre testimoni. Se poi non ascolterà neppure costoro, dillo all'assemblea; e se non ascolterà neanche l'assemblea, sia per te come un pagano e un pubblicano.”

Facciamo tesoro di queste parole. Stai attento, dunque, quando vuoi fare un'osservazione a un parente o a un collega. Se contesti, contesta con testa. Fallo con accortezza, con testa ispirata e non con fegato bilioso e bocca urlante.

Al secondo passaggio, fa in modo di avere dei testimoni, citando magari dei testi sacri (della Medicina), o portando con te qualche prova tangibile a favore del tuo pensiero.

Solo alla fine parlane durante la riunione di reparto. Se poi il testardo persevera (*perseverare diabolicum*), sia per te come un “pagano”, che adora i suoi dei e idoli (*pecunia, honores*), e come un “pubblicano” (l'esattore delle tasse di quel tempo), che ti fa pagare, o te la fa pagare, più di quanto sia giusto.

Bella, eh, la correzione fraterna? Bella sì, ma per nulla facile. A proposito, tra noi colleghi Medici, come ci si comporta?

Cominciamo dai colleghi d'Oltralpe. I Medici francesi, quando scrivono a un collega, usano un termine particolare. Sia che si tratti di un'anonima lettera di dimissioni, sia che si tratti del luminare che scrive la sua consulenza al medico condotto, l'incipit è bellissimo: “*Mon cher confrère*”.

E noi Medici italiani? Noi arriviamo al massimo a “Caro collega”.

Loro, evidentemente, sono più “Fratelli” di Francia rispetto a noi, che siamo nati “Fratelli” d'Italia molti secoli dopo. Lo hanno proclamato: *liberté, égalité, fraternité*. Cantando *Allons Enfants de la Patrie*. Certo che, se sono enfants, cioè figli della stessa madre patria, non possono che essere fraterni e uguali. Essere liberi è più complicato: magari trovi una Bastiglia o una ghigliottina dietro l'angolo.

I Francesi, poi, con la loro tipica “*grandeur*”, aggiungono il “con” per dare ancora più forza a questo legame ippocratico. “*Con-frère*”. Con-fratello. Da noi confratello è visto solo come un legame tra religiosi.

Comunque, se io mi metto a contestarti, non per litigare, ma per “con-te-stare”, trattiamoci da bravi fratelli. Colleghi-fratelli. L'abbiamo giurato, ippocraticamente, poi magari l'abbiamo spergiurato, ipocritamente. Vecchissimo gioco di parole, ma sempre attualissimo gioco delle “parti”. Parti-giani di noi stessi. Parti-colaristici nelle visioni. Parti-celle che si credono navi-celle spaziali.

La contestazione del '68 sicuramente diede inizio (*debut*) ad un nuovo evo, e cercò di continuare il combattimento (*combat*). Gli studenti parigini scandivano “*Ce n'est/ qu'un debut/ continuons le/ combat*”.

Tremila anni fa, Davide componeva e pregava il salmo 103: “*Buono e pietoso è il Signore, lento all'ira e grande nell'amore. Egli non continua a contestare e non conserva per sempre il suo sdegno*”. Due con-testi lontanissimi, due modi opposti di contestare.

E oggi, mio caro fratello Anestesista, se devi contestare una decisione o una lista operatoria del tuo caro - si fa per dire - Chirurgo, prendilo da parte con l'incipit fraterno (“senti, mio caro...”) e congedati con un bel “dormiamoci su”. Morfeo è il padre di Morfina, che sa ridurre frequenza cardiaca e respiratoria, sofferenza e insofferenza. L'indomani, porta con te due esperti con-fratelli, car-diologo e pneumologo: parlano e sanno convincere meglio di un ECG o di una spirometria. Tu mi citerai il proverbio latino “*Verba volant, scripta manent*”. E io ti dico che Verba volant come gli angeli, dolci, leggeri e concilianti. Mentre Scripta manent come le pietre, dure, pesanti e lapidanti. Sì, lo so, la cartella clinica “va scritta”, e molto bene. Ma è da scrivere in modo da evitare ogni con-testazione futura.

È un messaggio valido per ogni situazione in cui si potrebbe ricorrere al tribunale.

Perciò, rinuncia alla denuncia, che ti procura un procuratore e un avvocato che si è avvocato ogni scelta sul percorso da fare (che non è mai un soccorso, ma sarà piuttosto un ricorso). E che ti porta a subire richieste di esami e riesami (il ricorso è una “malattia cronica degenerativa”), con tanti prelievi di liquidi (non ematici). Che fare, allora? L'unica cosa da fare in fondo è ritornare alla *fraternité dei confrères*.

Madeleine Delbrêl, poetessa e mistica francese morta nel 1964, ha scritto “Non devo amare gli altri come se fossero miei fratelli, ma li amo perché sono miei fratelli.”

G.M.B.

# QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

## TEMPO DETERMINATO E CONGEDO



**Quesito:** sono Dirigente medico in anestesia e rianimazione a tempo indeterminato, attualmente in aspettativa per accettazione di incarico presso altra Asl per un anno. Ho diritto a prendere dei giorni di congedo straordinario per partecipazione a concorsi dato che ho un contratto a tempo determinato?

**Risposta:** rispondo in ordine ai tuoi quesiti citando le normative:

1) Il CCNL 1996 all'art. 16 - Assunzioni a tempo determinato recita:

(Omissis commi 1-4)

5. Ai Dirigenti assunti a tempo determinato si applica il trattamento economico e normativo previsto dal presente contratto per le relative posizioni a tempo indeterminato, con le seguenti precisazioni:

- le ferie sono proporzionali al servizio prestato;
- in caso di assenza per malattia, fermi rimanendo i criteri stabiliti dagli artt. 24 e 25, in quanto compatibili, si applica l'art.5 del D.L. n. 463/1983, convertito con modificazioni nella L. 638/1983; i periodi di trattamento economico intero o ridotto sono stabiliti in misura proporzionale secondo i criteri di cui all'art. 24, comma 6, salvo che non si tratti di un periodo di assenza inferiore a due mesi; il trattamento economico non può comunque essere erogato oltre la cessazione del rapporto di lavoro; il periodo di conservazione del posto è pari alla durata del contratto e non può in ogni caso superare il termine massimo fissato dall'art.24;

- possono essere previste assenze non retribuite fino ad un massimo di 10 giorni, salvo il caso di matrimonio in cui si applica l'art. 23, comma 2;

ed all'ART. 23 - Assenze retribuite recita:

1. Il dirigente può assentarsi nei seguenti casi:

- partecipazione a concorsi od esami, limitatamente ai giorni di svolgimento delle prove, ovvero partecipazione a convegni, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi, connessi all'attività di servizio: giorni otto all'anno;

- lutti per coniuge, convivente, parenti entro il secondo grado ed affini entro il primo grado: giorni tre consecutivi per evento;

- particolari motivi personali e familiari, compresa la nascita di figli: 3 giorni all'anno

2. Il dirigente ha altresì diritto ad assentarsi per 15 giorni consecutivi in occasione di matrimonio

3. Le assenze di cui ai commi 1 e 2 sono cumulabili nell'anno solare e non riducono le ferie e sono valutate agli effetti dell'anzianità di servizio.

Dal combinato disposto dei due articoli si potrebbe sostenere che, essendo garantite le Assenze retribuite (art.23) ai Dirigenti sarebbe da intendere estesa anche ai Dirigenti a tempo determinato (art.16 1° comma).

È comunque da sottolineare che l'ultima parte del comma 5 dell'art.16, concedendo ai Dirigenti a tempo determinato fino ad un massimo di 10 giorni di assenze non retribuite, potrebbe essere intesa come escludente il diritto alle assenze retribuite dell'art.23.

D.M.

## UN ANESTESISTA E DUE SALE OPERATORIE

**Quesito:** nella struttura in cui lavoro vengono svolte due sale operatorie dallo stesso Anestesista. Esiste una legislazione al riguardo?

**Risposta:** le Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria emanate dal Ministero nell'ottobre 2009 recitano:

4.5 Obiettivo 5. Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali

Requisito fondamentale per una anestesia sicura è la presenza continua di un anestesista per l'intera durata dell'anestesia e fino al recupero delle condizioni cliniche che consentono la dimissione dal blocco operatorio.

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1119\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1119_allegato.pdf)

Le raccomandazioni organizzative AAROI-EMAC/SIARTI/SIARED sulle Prestazioni Anestesiologiche a bassa complessità e nella NO-RA recitano:

Le prestazioni anestesiologiche 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.

[http://www.aaroiemac.it/site/Allegati/documenti/doc\\_utili/doc\\_utili\\_2013/Assistenza\\_Anestesiologica\\_in\\_Chir\\_Bassa\\_Compl\\_NO-RA\\_Raccomandazioni\\_AAROI-SIARTI-SIARED.pdf](http://www.aaroiemac.it/site/Allegati/documenti/doc_utili/doc_utili_2013/Assistenza_Anestesiologica_in_Chir_Bassa_Compl_NO-RA_Raccomandazioni_AAROI-SIARTI-SIARED.pdf)

Le linee guida SIAARTI - Standard per il monitoraggio in anestesia (edizione 2012) recitano:

2.1. L'anestesia generale deve essere eseguita da un medico qualificato per tale prestazione. Poiché durante l'anestesia si verificano modificazioni delle funzioni vitali per effetto dei farmaci impiegati, della procedura intrapresa o di patologie del paziente, la presenza dell'anestesista deve essere continua. Lo stesso criterio si applica all'anestesia loco-regionale e alle tecniche di sedazione

<http://www.siaarti.it/corsi-patrocini/linee-guida-raccomandazioni/>

In conclusione è da considerare decisamente imprudente e non corretto il seguire due o più sale operatorie da parte dello stesso anestesista.

Per quanto riguarda la durata delle visite preoperatorie è necessario commisurare la durata alla complessità dei vari casi agendo con la massima diligenza ed evitando comportamenti imprudenti.

D.M.

## TURNISTICA IN RIANIMAZIONE

**Quesito:** il turno della rianimazione del responsabile della rianimazione può essere organizzato secondo un orario 8 - 16 su 5 giorni lavorativi?

**Risposta:** per quanto riguarda la turnistica indicata, non esiste alcuna norma contrattuale che impedisca una turnazione dalle 8 alle 16 purché dopo la sesta ora venga effettuata una pausa.

L'articolo 8 del Dlgs 8 aprile 2003, n. 66, dispone che, qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore, il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e durata sono stabilite dai contratti collettivi di lavoro, ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e della eventuale consumazione del pasto.

D.M.

## EMERGENZA INTRA-OSPEDALIERA

**Quesito:** In caso di emergenza intra-ospedaliera di paziente non ricoverato, qual è la procedura? Interviene il Rianimatore o il 118? Altro quesito: in caso di emergenza contemporanea, in presenza di un solo Rianimatore di guardia si può coinvolgere il Medico di PS anche in assenza di una procedura codificata, perlomeno fin tanto che non arriva il reperibile da casa?

In assenza di percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali (PDTA) codificati dalla Direzione Sanitaria, mi lascerei guidare dal buon senso e dalla capacità di adattamento alle cose più strane, caratteristiche queste che alla maggior parte di noi medici anestesisti rianimatori non mancano..

Ed il buon senso mi indurrebbe, se ritenuto necessario il mio intervento, a prestare soccorso, magari interpellando contemporaneamente la C.O. 118 per coordinare lo stesso.

Nel frattempo mi adopererei per sensibilizzare il Consiglio dei Sanitari dell'Azienda sulla necessità di implementare specifici PDTA che possano garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori in genere.

Per il secondo quesito, la procedura naturale sarebbe quella di chiamare il medico anestesista di guardia, dato che la vigente normativa non prevede la pronta disponibilità sostitutiva della guardia di anestesia (art. 17 comma 3 CCNL 2002/2005). In difetto di

questa organizzazione e comunque nell'impossibilità fisica di trattare due emergenze in contemporanea, aspettando il reperibile, chiederei la consulenza dello specialista che, in funzione della sintomatologia, ritengo il più indicato.

D.M.

## TURNI DI 9 ORE IN SALA OPERATORIA

**Quesito:** È possibile programmare turni di nove ore continuative (8.00-17.00) in sala operatoria per interventi di elezione?

**Risposta:** Un documento redatto da SIAARTI e condiviso da AAROI il 19 gennaio 1996 suggerisce che "In generale una seduta operatoria non dovrebbe durare più di 6 ore, per ragioni di sicurezza (affidabilità del personale)". Le raccomandazioni, poco più avanti, continuano così: "Rimane intesa la necessità di una équipe anestesiologica più ampia per chirurgie o patologie di particolare impegno".

La legge 189/2012 (c.d. Balduzzi), all'articolo 3, comma 1 recita: "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile".

Quest ultimo ci dice che: "Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno".

Dal combinato disposto delle norme e delle raccomandazioni citate, appare evidente come un comportamento imprudente o negligente configuri uno stato di colpa, anche se generica, ed obblighi al risarcimento del danno causato.

La mia opinione pertanto è che possano essere sì previste oltre sei ore di prestazioni, ma che queste non debbano essere impegnate esclusivamente in sala operatoria. Allo scadere della sesta ora, come indicato dal D.lgs 66/2003 che recepisce le direttive della Comunità Europea in materia di orario di lavoro, è prevista una pausa (pausa che le Amministrazioni illecitamente scomputano dall'orario reso anche se la stessa non è stata goduta dal Dirigente). Per l'eventuale completamento dell'orario di servizio sarebbe doveroso secondo noi, alla ripresa dalla pausa, diversificare l'attività (es. ambulatorio, visite pre-postoperatorie, terapia antalgica, formazione..), proprio per garantire al paziente la sicurezza sottolineata nel documento SIAARTI-AAROI.

Sicurezza per il paziente che ha anche l'innegabile vantaggio di tradursi in una tutela per la nostra attività professionale.

D.M.

## EQUA DISTRIBUZIONE DEI TURNI DI NOTTE

**Quesito:** È legale assegnare ad una sola persona, dieci turni di notti nel mese di agosto (tre dei quali come mattina e notte) su un monte orario pari a centosettantasei ore, considerato che agli altri medici ne vengono assegnati cinque?

**Risposta:** È legale se vengono rispettati i disposti normativi, e se lo stesso carico di lavoro è equamente distribuito tra tutti i medici, sempre che non sia una scelta personale (e, considerato il tenore della domanda, mi pare di intuire che non sia esattamente così..).

Se la cosa non dovesse essere estemporanea ma strutturata, si configurerebbe (in assenza di un richiamo formale da parte dell'interessato) lo status di lavoratore notturno ai sensi del D.lgs. 66/2003 ed i benefici pensionistici che da questo deriverebbero.

D.M.

## Errata Corrige

Ringraziamo il Dr. Carlo Felici, ed i Colleghi dell'ASL RME, Ospedale Santo Spirito, per la segnalazione del refuso a pagina 14 del Numero 1 (Gennaio/Febraio 2014) de "Il Nuovo Anestesista Rianimatore", dove, in risposta al quesito dal titolo "Numero di Medici in Rianimazione", la frase corretta, tratta dal DM 13 Settembre 1988 è: "per un modulo di 8 posti letto: unità di personale medico 12"

Ce ne scusiamo con i Lettori.

D.M.

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

## Informativa a tutti gli Iscritti - il Sistema di Protezione AAROI-EMAC e le Convenzioni Assicurative

10 Ottobre 2014

### Premessa

Carissimi, anche a fine di quest'anno 2014, l'AAROI-EMAC, con l'obiettivo di continuare ad offrire ai propri Iscritti la possibilità di stipulare le Polizze Assicurative di Responsabilità Civile Professionale (RCP) e di Tutela Legale (TL) con le migliori tutele possibili tra quelle disponibili, e con il più favorevole rapporto tra premio pagato e garanzie effettivamente operanti, sta ultimando un'attenta ricognizione del mercato assicurativo, al fine di mantenere la stabilità e la sostenibilità del "Sistema di Protezione AAROI-EMAC".

Sono opportuni, in merito all'ultra-decennale percorso della nostra Associazione in quest'impegno, alcuni cenni generali, una breve sintesi storica, e un'analisi della situazione attuale, in una visione prospettica di come tale percorso potrà proseguire, adattandosi, oltre che al presente, al futuro che ci attende, allo scopo di non sottostare agli umori, o tantomeno ai diktat, del mondo assicurativo. Noi siamo i Clienti di questo mondo, e non possiamo certo subirlo passivamente, come negli ultimi tempi esso pare, in certi casi, di voler pretendere. I meno esperti di queste tematiche ci perdoneranno alcuni tecnicismi, utili a comprendere come funziona il Sistema di Protezione AAROI-EMAC, e soprattutto come intendiamo farlo funzionare in futuro. I più esperti ci scuseranno, a loro volta, per il ripetersi di concetti che probabilmente conoscono bene.

### Cenni Generali

Va detto subito, senza mezzi termini come è nel nostro stile, che non esistono prodotti perfetti: quello che l'Associazione può fare, e fa in modo capillare sul mercato, con la forza dei suoi 10.000 Iscritti, è cercare per loro prodotti assicurativi della miglior qualità possibile, con le migliori condizioni di garanzia possibili, e contrattarne il premio più basso possibile; quello che l'Associazione non può fare, invece, è ottenere per loro prodotti assicurativi che non sono mai esistiti o che non esistono più. Oggi, così come in passato, nessun prodotto assicurativo collettivo è reso direttamente disponibile, per le Associazioni come la nostra, dalle Compagnie Assicuratrici; perciò, tutti i prodotti di questo genere vengono affidati obbligatoriamente ad un soggetto terzo, con funzione di Intermediario tra Compagnia e Cliente, cui spetta la loro gestione a fronte di un guadagno economico (le cosiddette commissioni). Tale soggetto terzo è il Broker, che ha il compito di reperire le migliori soluzioni assicurative per il Cliente in termini di costi e di condizioni, e di interloquire con le Compagnie Assicuratrici in tutte le fasi pre-contrattuali ed esecutive delle convenzioni stipulate, fino alla conclusione delle pratiche di liquidazione dei sinistri. In questa prospettiva, è facile comprendere come i rapporti con Broker e Compagnie Assicuratrici non siano sempre idilliaci, anche perché il panorama di leggi e mercati cambia continuamente nel tempo, potendo generare criticità nei rapporti reciproci tra Medico, Paziente, Aziende Pubbliche e/o Private, Istituzioni Regionali e Statali di governo del SSN, Magistratura Ordinaria e Contabile, Broker, Compagnie Assicuratrici.

### Il Passato

Da oltre 10 anni il "Sistema di Protezione AAROI-EMAC" si è sviluppato basandosi su un'architettura che all'epoca del suo esordio con il Broker Willis (avvenuto nel 2003) era, sia per la RCP che per la TL, quasi una scommessa, che nel tempo si è prima rivelata e poi confermata coraggiosa e vincente: una base assicurativa automatica con l'iscrizione all'Associazione (il cosiddetto 2° Rischio), integrabile facoltativamente con l'adesione volontaria ad un "upgrade" (il cosiddetto 1° Rischio). Il tutto, non con un semplice "indirizzamento" degli Iscritti verso un prodotto offerto da terzi, ma attraverso una vera e propria Convenzione assicurativa di cui l'AAROI-EMAC era stata ed è tuttora Contraente, quindi con una certa capacità di contrattarne le condizioni.

Per quanto riguarda la RCP, una fondamentale caratteristica di tale Sistema è sempre stata la copertura per tutti i gradi di colpa, senza distinzioni di sorta tra la cosiddetta "colpa lieve" e la cosiddetta "colpa grave". Questa caratteristica, unica nel suo genere, di cui l'AAROI-EMAC ha potuto disporre, ha continuato ad operare, finora, con diversi ed apprezzabili miglioramenti delle condizioni di polizza, e, altrettanto importante, a premi sostanzialmente invariati rispetto alla sua nascita. A tale impostazione, che riteniamo virtuosa, non intendiamo introdurre variazioni, almeno finché ci sarà la possibilità di mantenere una polizza assicurativa convenzionata non limitata alla sola colpa grave, come invece sono certe altre attualmente disponibili sul mercato.

Per quanto riguarda la TL, invece, una novità avvenuta a fine 2012 (valevole dal 2013) è stata la copertura delle spese legali per chiamata in causa nei procedimenti civili demandata alla polizza di RCP, non avendo pertanto tale variazione rappresentato, per ogni Iscritto, alcuna perdita di garanzie. Tale "correzione di rotta" è stata causata dal fatto che la Compagnia (CaRiGe), che fino ad allora ci aveva offerto in uno stesso prodotto sia la polizza di RCP, sia la polizza di TL, abbandonava la copertura della cosiddetta "medmal" (responsabilità sanitaria), disdettandoci, e portandoci a stipulare, per il 2013, due Convenzioni, rispettivamente distinte e separate, una con AM Trust (per la RCP) e l'altra con Roland (per la TL), sempre con un unico Broker (Willis), con appena una manciata di giorni di anticipo: in quell'occasione, alcuni Presidenti Regionali della nostra Associazione passarono le feste natalizie a metterle a punto, con tutte le difficoltà che vi lasciamo soltanto immaginare, e che vennero superate con successo grazie al loro impegno di tempo e di competenze.

Nel corso degli anni, contro i Medici, si è verificato un aumento dei contenziosi legali sia in ambito civile, sia, soprattutto, in ambito penale. Questo trend ha avuto, in generale, e quindi non solo per la nostra Associazione, ma per tutti i prodotti assicurativi disponibili in ambito sanitario, in particolare per le polizze di TL medica, un impatto pesante, anche in termini di costi delle polizze (premi). Per quanto riguarda l'AAROI-EMAC, con ferma determinazione, siamo riusciti a contenere, per il 2014, l'aumento di premio per la sola TL ad adesione facoltativa, pagato da ogni singolo Iscritto, a 9 euro annui, per un premio complessivo di 79 euro annui, a fronte di prodotti alternativi del costo sensibilmente più alto.

### La Situazione Attuale

A fine 2013, mantenendo le stesse Compagnie Assicuratrici (AM Trust e Roland), ci siamo affidati ad un nuovo Broker (AON), che rispetto al precedente ci ha dato risultati globalmente migliori in termini di gestione delle nostre Convenzioni assicurative, ma ha sofferto anch'esso, in termini di potere contrattuale verso le Compagnie Assicuratrici, soprattutto nell'ambito della TL, le suddette conseguenze negative legate alla crescita dei contenziosi.

Per quanto riguarda la RCP, nulla di rilevante è finora accaduto. Per quanto riguarda la TL, invece, si è verificato un andamento temporale, giudicato sfavorevole dalla Compagnia Roland, del rapporto tra premi versati e somme accantonate per legge dalla stessa Compagnia, a causa dei numerosi sinistri aperti, indipendentemente dal loro esito finale (archiviazione, oppure rinvio a giudizio con conseguente condanna o assoluzione), sotto forma di "riserva tecnica" (l'ammontare economico delle somme che devono garantire il pagamento delle spese sostenute dagli Assicurati che hanno avuto un sinistro). Tale andamento sfavorevole è stato causato da diversi fattori, alcuni oggettivi e quindi difficilmente contestabili da parte nostra, altri che, a nostro avviso, sarebbe stato forse possibile, da parte di Roland, gestire molto meglio. Non va peraltro sottaciuta una certa ingenuità, da parte di alcuni Iscritti, Assicurati con la TL in 1° rischio, che hanno avuto un sinistro, nell'essersi rivolti ad Avvocati i quali hanno spiccato parcelle piuttosto elevate, la cui sommatoria ha contribuito a mettere in crisi l'intero sistema di TL (1° e 2° rischio): è apparso chiaro che lasciar mano libera ad alcuni Avvocati nelle spese legali emesse a fattura non ha affatto giovato a contenere tale sistema entro termini di costo sostenibili. D'altra parte, Roland si è sempre rifiutata, nel corso di numerosi incontri avvenuti nel 2014, di calmierare i costi delle spese legali attraverso un network di Avvocati disposti ad applicare un tetto alle loro tariffe, come da noi proposto per contribuire a stabilizzare il sistema.

La suddetta situazione ha portato la Compagnia Roland, in data 10 Settembre 2014, a disdettare le nostre polizze convenzionate di TL n. 82.0007328 (2° rischio) e n. 82.0007329 (1° rischio), addirittura con un mese di anticipo rispetto alla loro scadenza anniversaria fissata al 30 Dicembre 2014, facendole cessare al 30 Novembre prossimo venturo. La polizza convenzionata di TL n. 82.0007337 (Specializzandi) cesserà invece al 30 Dicembre.

Eravamo consapevoli di dover apportare alcune modifiche al "Sistema di protezione AAROI-EMAC", e ci stavamo approntando a progettarle e ad attuarle, ma non ci attendevamo questo inatteso comportamento, pur consentito dalle condizioni contrattuali, che ci ha colto di sorpresa, e che tenta di metterci, senza alcun preavviso, in grande difficoltà. Pur colpiti da una così drastica decisione, non ci siamo certamente arresi, e ci siamo immediatamente messi all'opera per trovare soluzioni sostitutive. Sono state analizzate tutte quelle possibili ed immaginabili. Una prima ipotesi è stata quella di un indennizzo diretto, da parte dell'AAROI-EMAC, ai propri Iscritti colpiti da sinistro in ambito penale, di una parte delle spese legali sostenute e documentate, il tutto non solo gratuitamente per costoro, ma anche, a partire dal 2015, con un risparmio dei 79 euro annui di premio previsto per la Convenzione di TL di 1° rischio, ma per il momento tale ipotesi di "auto-assicurazione" è stata accantonata a causa di un ammontare di tale indennizzo ritenuto non sufficiente alle necessità. Un'altra ipotesi è stata quella di un rinnovo della Convenzione con la Compagnia Roland (che sembrerebbe voler proporre premi praticamente quadruplicati e garanzie minori), ma questa soluzione è ovviamente subordinata a ripensamenti virtuosi della Compagnia, che al momento non ci sono stati comunicati.

### Il Futuro

Stiamo mettendo in campo, con la consueta determinazione di sempre, tutto il nostro impegno per poter continuare a garantire ai nostri Iscritti quella serenità che costituisce la base essenziale per poter esercitare la nostra professione senza il timore di essere perseguitati, sia civilmente che penalmente, da soggetti danneggiati, veri o presunti tali, e per non dover rischiare di cadere nella cosiddetta "Medicina difensiva", verso cui spesso il sistema legislativo e gestionale in campo sanitario, sia a livello nazionale che regionale e aziendale, sembra voglia orientare, al tempo stesso stigmatizzandolo e colpevolizzandolo, il nostro comportamento professionale.

Non abbiamo dubbi di riuscire ad ottenere, per la fine del corrente mese di Ottobre, una soluzione che ci consenta di aggiornare la struttura della copertura assicurativa della nostra TL, ormai divenuta insostenibile alle vecchie condizioni economiche e contrattuali, per mantenerne la maggior convenienza possibile. Questo anche per rispondere alle soluzioni "alternative" che altri, cercando di copiar male le nostre, in questi giorni, guarda caso, e in modo fastidiosamente sospetto, fanno piovere con fare da imbonitori, come se fossero soluzioni miracolose, a gran parte dei nostri Iscritti; ai miracoli in campo assicurativo non abbiamo mai creduto, e certamente non inizieremo adesso.

Non ci lasciamo intimidire né illudere da nessuno, perciò non intendiamo affidarci a prodotti che ad un'analisi superficiale, sia dal punto di vista economico che da quello delle condizioni effettive di polizza, possono sembrarci appetibili, ma per i quali ravvisiamo pesanti limitazioni al momento dell'effettiva necessità, e che quindi rischierebbero di svolgere per noi una mera funzione di rasserenamento psicologico, almeno finché non si verifica un sinistro.

L'AAROI-EMAC, come sempre, anche sulla scorta della battaglia vinta lo scorso anno, e sulla base di una Convenzione di RCP unica nel suo genere, riuscirà nel suo intento di trovare in tempo utile le migliori condizioni di mercato anche per la TL, e Vi informerà dei passi da fare per mantenerne la continuità.

Cordiali saluti.