

# il nuovo Anestesista Rianimatore

GENNAIO - FEBBRAIO  
2014  
1  
Anno XXXV

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

Periodico dell'Associazione Anestesi 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

## Competenze e Responsabilità

### A chi diagnosi e terapia?

L'Intersindacale della Dirigenza Medica e Sanitaria non condivide la "Bozza di accordo sulla ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico", e denuncia il rischio di pericolose confusioni di competenze e di responsabilità, a danno dei medici, che l'accordo demanda alla Conferenza Stato-Regioni. Da non mettere in discussione, comunque, la competenza esclusiva del medico, il cui percorso formativo è peculiare rispetto a quello di chiunque altro, nella diagnosi e nella prescrizione terapeutica, così come nella certificazione.

a pagina 3



## Riorganizzazione del SSN

### I provvedimenti emanati e quelli in discussione

Sanità in primo piano in molti importanti provvedimenti definiti o ancora in discussione a livello governativo.

Ultima in ordine di tempo è la "Cabina di Regia" che - nelle intenzioni di Governo, Regioni e Sindacati che hanno concordato l'avvio di un protocollo d'intesa - avrà l'obiettivo di coordinare a livello nazionale le attività sanitarie. Sono però già molti i pareri favorevoli e contrari che gravitano intorno a questa iniziativa.

Su altri tavoli e con altri protagonisti sta per diventare realtà anche il **Patto per la Salute**. Obiettivo del Ministro Lorenzin è chiudere la partita entro il 14 febbraio in modo da evitare la scure della spending review. Sul piatto, oltre a cifre certe fino al 2017, temi fondamentali come i LEA (che verranno sfoltiti e aggiornati), nuovi modelli per i piani di rientro e i commissariamenti (con un ruolo

rafforzato del Ministero), la governance, il sistema di selezione del management sanitario, la riconversione e la chiusura degli ospedali.

Rispetto ai **precari** invece c'è qualche certezza in più: sono scritte nero su bianco nella circolare 5/2013 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione, le modalità di stabilizzazione.

Nell'ambito dei provvedimenti legislativi, è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale la **Legge di Stabilità** che contiene alcune norme che vanno ad impattare anche sulla Sanità. In particolare, si tratta degli articoli sul pubblico impiego, sul finanziamento al SSN e sui costi standard.

In tema di finanziamenti, sono stati definiti i **Riparti Regionali per il 2013** calcolati sulla base delle Regioni Benchmark ed è stata stilata la classifica regionale valida per il riparto 2014.

alle pagine 4 e 5

## Obiettivi e Strategie

### A che punto siamo

*Cari Iscritti, in questo primo numero del 2014, è opportuno, oltre che doveroso, fare una prima analisi delle principali attività svolte dal nuovo Consiglio Nazionale AAROIEMAC, anche in prospettiva delle strategie per i prossimi obiettivi che ci attendono.*

*Il lavoro svolto, e ancor più quello ancora da svolgere, si inseriscono in un contesto, quello della Sanità, che ha subito in questi ultimi mesi significativi impatti, a causa del protrarsi degli effetti di pregressi interventi legislativi, che in genere hanno confermato il trend penalizzante, in atto già da anni, sull'intera categoria medica.*



...segue a pagina 2

## SIARED 2014 Il Programma Preliminare

Si terrà dal 12 al 14 maggio 2014 a Catania il 10° Congresso SIARED.

Temi generali saranno l'appropriatezza delle cure e della gestione delle risorse disponibili. Il Congresso prevede complessivamente 10 Sessioni e 3 Workshop, che saranno accreditati separatamente ai fini ECM.

In attesa delle modalità di iscrizione, che saranno disponibili a breve, pubblichiamo un'anticipazione del programma, con il dettaglio delle sessioni previste.



alle pagine 15 e 16

## Uno spiraglio per il contratto

### Sul tavolo anche il "Ddl Bianco" in materia di sicurezza

Il 2014 si è aperto con l'incontro sul rinnovo contrattuale tra il Presidente del Comitato di Settore "Regioni-Sanità", Claudio Montaldo, e le Organizzazioni Sindacali delle Regioni e della Sanità. Un buon segno che però non cancella alcune perplessità sindacali la prima delle quali riguarda il fatto che il Governo non sembri intenzionato a modificare le penalizzazioni dell'era Brunetta, tra cui il drastico accorpamento di comparti e relative aree dirigenziali della Sanità.

Sempre a inizio anno i Senatori del PD hanno presentato in una conferenza stampa

quello che i giornalisti hanno già battezzato come il Disegno di Legge "Bianco", un disegno di legge di cui il Senatore e Presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco, è primo firmatario e che si pone l'obiettivo di affrontare in maniera organica il complesso tema della sicurezza delle cure e la spinosa questione della responsabilità professionale.

Una proposta legislativa che vuole ricostruire quel rapporto di fiducia tra Paziente e Medico che negli ultimi tempi viene sempre più minata dalla cronaca e da iniziative private.

alle pagine 6 e 7

## Convegni

### Formazione Sindacale

Il 25 Gennaio si è svolta a Bologna la "Giornata di Orientamento Sindacale", a cura di Arturo Citino, Coordinatore della Formazione Sindacale, sui diritti e sui doveri del medico ospedaliero, che è stata anche un momento di incontro e di confronto sui temi "caldi" della nostra professione, tra cui le questioni attualmente in discussione con le Istituzioni a livello nazionale.

Tra i prossimi appuntamenti, un approfondimento sui fondi contrattuali e un "focus on" sulla responsabilità professionale.

a pagina 13

## News dalle Regioni

### Criticità in Calabria, Molise, Sicilia



In Calabria, i Medici dell'Ospedale dell'Annunziata di Cosenza sono sul piede di guerra per la loro insostenibile situazione: la protesta è arrivata fino a Roma.

In Molise, resta urgente un confronto sulla riorganizzazione aziendale.

In Sicilia, è allarme per i posti letto in Rianimazione, che sono pericolosamente al di sotto della media nazionale.

a pagina 11

## 'Obiettivo Risarcimento'

### A chi giova istigare i Cittadini?



Torna in onda lo spot "Obiettivo Risarcimento", che rischia di esacerbare, nei casi di presunti danni dovuti ad una presunta "malasanità", un clima da "caccia alle streghe". I Medici sono spinti sempre più, loro malgrado, nella spirale della "medicina difensiva", a danno della "Buona Sanità".

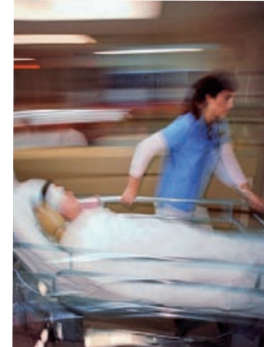
In serio pericolo la fiducia tra Medico e Paziente. Cui prodest?

a pagina 12

## Il Sindacato risponde

### L'Associazione al servizio degli Iscritti

I temi di questo numero: competenze dell'Anestesista Rianimatore nei trasferimenti inter-ospedalieri, anzianità di servizio e retribuzione delle voci accessorie "fisse", continuità di servizio nel passaggio dalla dipendenza privata a quella pubblica, guardie e reperibilità, dotazioni di personale in Rianimazione, riconoscimento contrattuale della FAD come attività di aggiornamento. Rispondono Arturo Citino e Domenico Minniti.



a pagina 14

# AAROI-EMAC: a che punto siamo

## L'analisi dei primi 6 mesi di mandato e le strategie per i prossimi obiettivi

Su tali effetti si profilano all'orizzonte ulteriori conseguenze di notevole rilevanza, dovute alle crescenti spinte riorganizzative del SSN, miranti a risolverne i problemi con "soluzioni" che non appaiono affatto prive di rischi per il nostro lavoro.

In questo panorama, da luglio ad oggi non abbiamo mancato di dare concretezza al programma presentato al Congresso di Sorrento, pubblicato anche nel numero 5/2013 del Nuovo Anestesista Rianimatore.

sionale, che sono anch'esse strumenti necessari alla tutela e allo sviluppo della nostra condizione lavorativa. Avremo sempre più bisogno di Rappresentanti preparati e motivati.

Per quel che riguarda i rapporti con le Istituzioni, il confronto è stato assiduo, e a volte difficile, poiché la congiuntura economica e politica del nostro Paese non ha consentito di sciogliere completamente i molti nodi creati da strette normative incalzanti, sul piano contrattuale e non solo; tuttavia, un approccio sistematico e puntuale alle difficoltà ha condotto ad alcuni risultati non di poco conto, primo tra tutti l'accordo sulla stabilizzazione dei precari.

Nei primi giorni di Gennaio si è svolto, inoltre, un primo incontro con il Comitato di Settore, in cui, dopo anni, si è iniziato a parlare del rinnovo contrattuale, che tuttavia per noi resta, così come per la quasi totalità dei Sindacati Medici, condizionato dalla salvaguardia di un'area contrattuale, o perlomeno di un settore di essa, specifica per i Medici del SSN. Ma il rischio di essere coartati in un'area contrattuale unica con il personale non medico è tutt'altro che scongiurato, anche per il malcelato interesse di un paio di Organizzazioni Sindacali Confederali ad unificare le trattative dell'area medica con quella sanitaria non medica e addirittura con l'area amministrativa.

Perciò, al fine di perseguire i migliori risultati e di dare la maggior forza possibile alle nostre istanze, le relazioni con le altre OOSS sono state improntate ad una ridefinizione degli obiettivi comuni, ottenendo in tal modo un rilancio della nostra Associazione in ambito intersindacale.

In questo contesto, restano problematici i rapporti con le figure professionali non mediche attualmente "emergenti", che mirano sempre più esplicitamente a soppiantare il nostro ruolo di Medici. Da fine Novembre è in alto un dibattito serrato, anche attraverso i media, in merito alla "Bozza di accordo sull'implementazione delle competenze infermieristiche". Questo documento, che ha avuto un iter travagliato, è stato contestato dall'AAROI-EMAC fin dalla sua nascita, per le pesanti ripercussioni che ne deriverebbero qualora tali competenze fossero sviluppate a detrimento delle competenze mediche.

Nei contesti lavorativi di nostro interesse, ne deriverebbero, per esempio, gestioni infermieristiche "autonome" delle sale operatorie, delle terapie intensive, dei pronti soccorso, oltre che di ampi settori dell'emergenza ospedaliera ed extra-ospedaliera, con conseguenze facilmente immaginabili.

Nell'ultimo periodo, proprio sulla scia delle nostre posizioni, si sono espressi anche gli altri Sindacati della Dirigenza Medica. Il risultato è stato un'azione compatta dell'Intersindacale Medica, che per la prima volta, in diversi documenti, l'ultimo dei quali riportato a pagina 3, ha esposto con innegabile chiarezza i motivi per cui contesta il metodo e la sostanza di un siffatto tentativo di esproprio.

Nonostante siano stati usati contro i medici toni tutt'altro che pacati, restiamo fermi più che mai nella tutela delle nostre inalienabili prerogative di diagnosi, di terapia, di certificazione, che sono tutte mediche e tali devono a nostro avviso restare. L'accordo in questione mirava ad eliminare tali prerogative, perciò non abbiamo inteso e non intenderemo sottoscrivere.

Al momento è invece in itinere un accordo, riportato più in dettaglio a pagina 4, sulla costituzione di una "Cabina di Regia" del SSN, a cui parteciperanno di diritto anche i rappresentanti dei principali Sindacati della Dirigenza Medica. Si tratta di uno strumento presentato, in alcuni casi, con toni trionfalistici, ma la cui valenza avremo modo di valutare solo nel tempo. Sicuramente si tratta di una possibilità in più che ci viene data in termini di partecipazione, a patto che non la si consideri come un "pre-accordo" per avallare indirettamente la "Bozza di accordo sull'implementazione delle competenze infermieristiche". Su quest'ultima, in assenza di definizioni chiare e definite dei ruoli e delle responsabilità, l'Intersindacale Medica, sulla stessa linea dell'AAROI-EMAC, non intende fare marcia indietro.

Nell'ambito dei rapporti con la SIAARTI, le relazioni sono state improntate alla più stretta collaborazione sui temi che accomunano, e che sempre più potranno trovare alleate in futuro, questa prestigiosa Società e la nostra Associazione, ciascuna con la sua specifica identità. Invece che tentare "fusioni" aprioristicamente svincolate da progetti preventivamente condivisi, si è preferito procedere insieme nella produzione di documenti comuni, sotto forma di "raccomandazioni organizzative" che, anche sulla base di argomentazioni scientifiche, possano tutelare al meglio la nostra professionalità.

Per quel che attiene, infine, alla nostra Società Scientifica, la SIARED, come già anticipato nel precedente numero, è in preparazione il suo X Congresso, che si svolgerà dal 12 al 14 maggio 2014 a Catania; i temi principali dell'evento sono anticipati a pagina 15.

Nei suddetti contesti, e in tutti gli altri ambiti associativi, continueremo il nostro impegno con la massima determinazione.

Alessandro Vergallo  
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC



Abbiamo riservato la massima priorità nei servizi agli Associati, ottenendo la conferma, che non era affatto garantita a priori, della Convenzione Assicurativa. Nonostante il costante aumento del contenzioso in ambito sanitario, e nell'ormai innegabile difficoltà di gestione delle nostre polizze da parte del vecchio Broker Willis, anche a causa di una applicazione non uniforme delle clausole ai Collegi non Anestesisti Rianimatori, che stava seriamente mettendo in crisi il sistema, abbiamo preferito stipulare una nuova Convenzione con un nuovo Broker, la AON, che ci offriva maggior efficienza.

Sempre in funzione di offrire agli Associati un servizio migliore, abbiamo iniziato la riorganizzazione della Segreteria dell'Associazione, più che mai necessaria in una fase in cui, in controtendenza rispetto ad altri, l'AAROI-EMAC vede in ascesa il trend delle nuove iscrizioni.

Allo stesso modo abbiamo lavorato per favorire lo sviluppo della formazione sindacale, oltre che della formazione profes-

### 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

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

il nuovo  
**Anestesista Rianimatore**  
 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  
 3 febbraio 2014  
 Tiratura: 10.600 copie  
 Spedito il  
 5 febbraio 2014

## Implementazione competenze infermieristiche: l'Intersindacale dice "no" all'accordo Ma CGIL Medici e UIL Medici si dissociano, emanando un ultimatum a favore delle rivendicazioni IPASVI

**I** ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FVM - FASSID - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - SDS SNABI - AUPI - SINAFO

Osservazioni dell'Intersindacale della Dirigenza Medica e Sanitaria alla Bozza di accordo, ai sensi dell'art.4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

Al momento in cui scriviamo giunge la notizia che il documento verrà comunque sottoposto alla Conferenza Stato-Regioni. Quindi, non si tratta più di un accordo condiviso con i medici. E FNOMCeO, per ora, non prende posizione...

### CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

La Bozza in oggetto e più in generale i percorsi delle nuove professioni sanitarie, che interessano circa 30 profili professionali, rappresentano una questione di estrema rilevanza, che si vorrebbe risolvere, non attraverso trasparenti percorsi legislativi, ma con semplici deliberati della Conferenza Stato-Regioni. Attraverso i quali le Regioni potrebbero utilizzare personale tecnico ed infermieristico per compiti fino ad ora affidati ai Medici, o ai Dirigenti Sanitari, con l'obiettivo di ridurre i costi, trasferendo segmenti di attività da un fattore ad "alto costo" ad uno "a basso costo". Condizione questa da supportare con chiare norme nazionali, fondate sulla formazione e sulle competenze professionali acquisite e riconosciute.

Mentre, la bozza in oggetto frantuma assetti ordinamentali concedendo la possibilità ad ogni Regione di disegnare proprie competenze professionali e profili di responsabilità che devono, invece, avere carattere unitario. La sostanza è stata via via resa sempre meno esplicita, anche per superare alcune resistenze delle stesse rappresentanze infermieristiche, a diversi livelli coinvolte, al fine di allontanare ogni recriminazione in merito ad un surrettizio sospetto di riesumazione del famigerato "mansionario", nel mentre i nuovi percorsi formativi infermieristici, nonché le organizzazioni del loro lavoro, quando non multi-professionali, abbondano di "job description". La combinazione di tali impostazioni rischia concretamente, in primo luogo, di creare confuse sovrapposizioni di competenze, oltre che di responsabilità, mediche e non mediche, il che rende ragione di una diretta chiamata in causa dei medici, che più d'uno ha tentato esplicitamente di delegittimare.

L'autonomia professionale è un valore, ma le persone non possono essere "spacchettate" in un piano clinico ed uno assistenziale che vanno ciascuno per conto loro e dove esse diventano di tutti e di nessuno.

Né può essere considerato marginale il ruolo assegnato alla Università di gestione monopolistica della formazione professionale del personale del SSN, malgrado essa abbia prodotto quella "vera emergenza nazionale" che è la formazione del Medico, senza nemmeno una verifica della adeguatezza della offerta formativa disponibile. Rinunciando, in partenza, a valorizzare le esperienze professionalizzanti acquisite sul campo, come pure recentemente è stato fatto in ambito di cure palliative.

Norme chiare ed uniformi su tutto il territorio nazionale sono soprattutto a tutela della salute dei Pazienti e le nuove competenze non possono degenerare in un'anarchia di responsabilità. In ogni caso, la centralità del ruolo del medico nella diagnosi e terapia non può essere messa in discussione, perché deriva dal suo percorso di studi, intenso e almeno tre volte più lungo di qualsiasi altra figura professionale sanitaria.

Le intese a valenza locale sottraggono ruolo allo stesso Ministero della Salute, relegato in un pallido Osservatorio, e producono nuove disuguaglianze nella sanità italiana, dando spazio a rivendicazioni di autonomia nella diagnosi, nella certificazione, nella gestione di unità operative ospedaliere e territoriali che portano frammentazioni di poteri e centri decisionali, con iniquità nella tutela universalistica della salute, la cui garanzia è sempre più limitata da politiche regionali sempre più diversificate. Ma, un processo clinico non può essere considerato semplice sommatoria di atti professionali, espressione di differenti competenze, senza che si individuino in maniera esplicita una responsabilità unitaria ed un ruolo di governo e sintesi, ferma restando, ovviamente, la responsabilità di ognuno sui singoli atti, da esercitare in caso di conflitti tra le diverse autonomie. Nella clinica, le competenze mediche non possono subire inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, tantomeno senza esplicitare "erga omnes" le ripercussioni delle scelte adottate sull'efficacia e sulla sicurezza delle cure.

Alle rivendicazioni di autonomia infermieristica nella diagnosi, nella terapia, nella certificazione, si sono aggiunte ulteriori spinte verso l'autonomia nella gestione di Unità Operative Sanitarie Ospedaliere e Territoriali, che mirano ad abbandonare l'assistenza alla persona per transitare, di fatto, dal ruolo assistenziale a quello gestionale. È evidente, a chiunque abbia una minima esperienza di organizzazione sanitaria, che in questa prospettiva l'ampliamento di competenze professionali di molti prepari la implementazione di competenze gestionali, specie apicali, per pochi.

### RIFERIMENTI NORMATIVI

È innegabile che tutti i passaggi che hanno comportato le trasformazioni della figura professionale dell'infermiere siano sempre avvenuti per disposizione di legge. E non poteva essere altrimenti, proprio per il fatto che la salute è un diritto fondamentale dell'individuo sancito e garantito dalla Costituzione per cui le condizioni definitorie della tutela della salute devono essere stabilite dalla legge, sia perché devono corrispondere al punto di vista di tutti i cittadini, rappresentati dal Parlamento, sia perché devono essere uguali in tutto il territorio nazionale. Riteniamo che queste esigenze non possano essere demandate neppure ad un decreto del Ministro della Salute, in assenza di una delega legislativa, perché non rappresenta la maggioranza dei cittadini. Inoltre, non dobbiamo dimenticare le ricadute sul sistema della formazione del personale sanitario che sono di competenza del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, e che devono essere previste, per legge, uguali in tutto il territorio nazionale.

Esistono, inoltre, fondati motivi per ritenere che lo strumento cui Stato e Regioni intendono fare ricorso non si inquadri nelle disposizioni della Legge 1 febbraio 2006, n. 43, che fissa i principi generali che disciplinano la materia senza contemplare criteri e modalità per inserire in una professione competenze che in concreto configurano surrettiziamente veri e propri nuovi profili. I quali si vorrebbe assegnare "de facto" prima di una loro configurazione "de iure". L'art. 7 al comma 1, in linea generale, stabilisce che alle professioni sanitarie già riconosciute continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, costituite per gli infermieri dal D.M. n.739/1994, tutt'ora in vigore. Mentre il comma 2 prevede che, previa acquisizione del parere degli ordini delle professioni interessate, si può procedere ad "integrazioni delle professioni" riconosciute dall'art. 6, c.

3, del D.Lgs n.502/1992. Sembra azzardato, però, ritenere che l'espressione "...si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute..." riguardi l'implementazione e lo sviluppo delle competenze delle singole professioni. Se così fosse, ci potremmo trovare nel tempo di fronte ad una completa trasformazione di una professione rispetto alle disposizioni contenute nelle proprie originarie fonti di riconoscimento, le quali costituiscono l'imprescindibile vincolo di ciascuna, in virtù dell'art.7, c. 1, della stessa legge. Se si vuole dare, pertanto, un senso alla locuzione "integrazioni" dovremmo pensare ad una mera operazione dichiarativa, non costitutiva, quindi, di nuovi effetti giuridici, finalizzata a meglio chiarire alcuni aspetti dell'esercizio e degli ambiti della professione.

Non va trascurata anche la previsione della "previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate" che, a legislazione vigente, a stretto rigore andrebbe interpretata nel senso di acquisire il parere di tutti gli Ordini già istituiti, i quali rappresentano i professionisti operanti nella stessa area sanitaria. Il fine è contemperare gli interessi di coloro che concorrono all'attività sanitaria, interessi che trovano già una loro specifica salvaguardia nell'art.1 della Legge n.42/1999: "...omissis... il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art.6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (tra le quali è compresa la professione infermieristica) "è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali". Pertanto, nonostante l'inevitabile processo di "professionalizzazione" e "specializzazione" dell'attività infermieristica, il "campo di attività" in cui possono operare gli infermieri è quello determinato in positivo dal contenuto del decreto ministeriale di riconoscimento (D.M. n.739 del 1994), e in negativo dalla necessità di "far salve" le competenze previste per le professioni mediche. Da questo doppio limite emerge che, nell'attuale sistema normativo, è sicuramente presente un nucleo irriducibile di competenze riservate alla professione medica che debbono essere individuate nelle attività di diagnosi e di prescrizione terapeutica.

Anche dopo la modifica del capo V della Costituzione, il D.Lgs. n.30 del 2006, nell'effettuare la "ricognizione dei principi fondamentali in materia di professioni", cui le Regioni devono attenersi, ha stabilito che "la potestà legislativa regionale si esercita sulle professioni individuate e definite dalla normativa statale" (art.1, terzo comma) e che spetta allo Stato definire "i requisiti tecnico-professionali e i titoli professionali necessari per l'esercizio delle attività professionali che richiedono una specifica preparazione a garanzia di interessi pubblici generali la cui tutela compete allo Stato" (art.4, secondo comma), come appunto le professioni sanitarie in relazione al diritto alla salute costituzionalmente tutelato.

La forzatura, infine, su un modello organizzativo privo di evidenze sufficienti quale è l'ospedale per intensità di cura, frantuma anche i luoghi fisici delle unità operative per porre il processo assistenziale come elemento fondante di una nuova organizzazione ospedaliera. Si rischia di affermare un'autonomia professionale attraverso una separazione tra processo clinico e processo assistenziale la cui modalità rimangono difficili da individuare. Ma, anche in questo caso la legge (D.Lgs 502/1992 all'articolo 17 bis) dispone che "L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie" e che "Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento".

### CONCLUSIONI

Con i nuovi modelli di organizzazione ospedaliera la probabilità di sovrapposizioni giuridico-istituzionali e gestionali è sempre più elevata, a dispetto del fatto che il D.Lgs 502/1992, come integrato dalla Legge 229/1999, all'art.15 comma 6, sia estremamente chiaro nell'attribuire "Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa... oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, ... anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse." D'altro campo, di fatto, oggi gli unici esposti a rischi elevati sotto il profilo della responsabilità personale e professionale, chiamati a rispondere sempre in prima persona di qualunque criticità assistenziale, sono i Medici. Obbligo di chi governa è proporre soluzioni attente all'efficacia ed alla sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate, in una strategia coordinata ed una sinergia integrativa rispettosa di tutte le professioni, compresa quella medica, garantita e resa specifica dallo Stato a tutela dei Cittadini. L'implementazione delle competenze delle altre professioni sanitarie, così come l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, necessita, nel rispetto della legislazione concorrente, di strumenti e di soluzioni condivise da tutti gli operatori e senza dubbi sulla loro legittimità. Non è tempo di conflitti o di crociate, essendo tutti i professionisti sanitari impegnati in prima linea nello stesso campo d'azione; per cui occorre ricercare la cooperazione, piuttosto che la competizione, nel raggiungimento di obiettivi comuni.

Sia ben chiaro, infine, che nessuno vuole impedire agli Infermieri di realizzare legittime aspirazioni di crescita professionale, per cui le sottoscritte OO.SS. sono, comunque, interessate a proposte di relazioni tra le professioni sanitarie funzionali a modelli di organizzazione del lavoro che siano rispettosi delle competenze delle categorie interessate, all'interno del tessuto unitario del servizio sanitario nazionale. A dimostrazione che la collaborazione multi-professionale in Sanità possa realizzarsi, recentemente tra Medici (Radiologi) e altri Professionisti (TSRM e Fisici), con il fattivo impegno del Ministero della Salute, senza contrapposizioni né tantomeno guerre è stato raggiunto un accordo, attraverso regole di sistema, chiare, dove le parole "diagnosi" e "prescrizione" sono attribuite con precisione alla competenza dei medici Radiologi. Una precisione che invece manca completamente nei documenti elaborati anche quando si parla di terapia e di certificazione. Per i motivi esposti, le sottoscritte organizzazioni sindacali non ritengono di poter condividere la "Bozza di accordo ai sensi dell'art.4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico".

# Patto per la Salute: risorse, LEA, ticket e ospedali

**Il Patto è il raccordo tra Conferenza e Governo. Obiettivo comune è uniformare verso il meglio il SSN**

“Il nuovo Patto per la Salute, per la prima volta in un decennio, si inserisce in un quadro programmatico che non prevede tagli lineari per il settore sanitario. Ecco perché il Patto sarà uno strumento di garanzia per un uso razionale delle risorse sanitarie e per l’eliminazione degli sprechi del sistema. Il tema della riorganizzazione della rete ospedaliera e la rivisitazione dei piani di rientro costituiranno i punti nodali attraverso i quali si potrà ripensare ad una riqualificazione del SSN per avere un’omogeneità dell’erogazione dei livelli di assistenza sull’intero territorio nazionale.”

Questo è quanto il Ministro Beatrice Lorenzin asseriva il 20 dicembre scorso nel corso dell’audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera.

A metà gennaio si è tornati sull’argomento partendo dai temi posti sul tavolo dalle Regioni: fabbisogno economico e costi standard, LEA, farmaci e farmacie, dispositivi medici, assistenza ospedaliera, personale, cure primarie, università e ricerca, edilizia sanitaria, integrazione sociosanitaria e piani di rientro.

A incontro terminato, il Ministro Lorenzin si è dichiarata soddisfatta soprattutto per aver trovato, con il comitato ristretto, un accordo su due punti di quello che deve essere il nuovo Patto: «vi-

sione» e «pragmatismo». “Visione - ha dichiarato - vuol dire avere l’ambizione di traghettare un progetto di pianificazione del SSN che regga alle sfide attuali e dei prossimi anni. La prima sfida è quella della sanità transfrontaliera, la seconda è la sostenibilità del SSN a fronte delle crisi economiche e del problema demografico con un’a popolazione sempre più vecchia che sta cambiando il suo fabbisogno di salute. Pragmatismo significa invece che il nuovo Patto, a differenza dei

precedenti che sono stati attuati al 40-50%, deve essere concreto con impegni stringenti da parte delle Regioni in accordo con Governo per fare le cose che si sono dette. Quindi anche con un sistema di verifica e di monitoraggio”.

Un altro aspetto sul quale tutti si sono trovati concordi è il rafforzamento dell’attività di controllo da parte del Ministero della Salute sugli aspetti sanitari, sui LEA, sul coordinamento scientifico e sulla prevenzione. Da definire invece come affrontare nel futuro la compartecipazione alla spesa, il personale e lo sblocco del turn over, il meccanismo di aggiornamento dei piani di rientro così come erano stati immaginati negli scorsi anni. Durante l’incontro è stato affrontato anche il tema della «spending interna», con l’obiettivo di quantificare in modo chiaro le risorse che si possono recuperare dai risparmi e individuare dove inve-

stirle nei prossimi anni. Si è parlato anche di investimento di risorse, nella misura in cui il Ministro ha ribadito l’impegno a finanziare il Fondo Sanitario 2014 con 2 miliardi in più derivanti dalla mancata introduzione dei ticket.

A questo punto la parola d’ordine è “fare presto”, per evitare che la scure della «Spending Review», sempre in agguato, arrivi a restringere le risorse ora a disposizione. La fine di Febbraio è il termine massimo che Regioni e Ministero si sono dati, nella speranza di riuscire a siglare il Patto in anticipo.

Qualche giorno dopo, durante l’Audizione in Commissione Affari Sociali della Camera, il Ministro ha dato qualche cifra: “il Patto - ha detto - prevede un budget certo fino al 2017: 109,902 miliardi per il 2014, 113,452 miliardi per il 2015, 117,563 miliardi per il 2016 e 122 miliardi per il 2017”. E fissato le tappe successive del Patto: “Rispetto all’ultima audizione - ha spiegato - sono accadute alcune cose. È finita la fase consultiva del lavoro delle 10 commissioni messe in campo dalla Conferenza Stato-Regioni. C’è stato un incontro programmatico ma anche di indirizzo condiviso con le otto regioni che sono state selezionate per fare una trattativa ristretta sul Patto per cercare di chiudere il Patto nei vari capitoli che erano sta-

ti definiti”. Le parole del Ministro su questi capitoli:

**LEA:** “verranno sfoliti e aggiornati. La nuova fase del SSN dovrà focalizzarsi sui LEA, sulla qualità della cura e sulla sostenibilità finanziaria”.

**Nuovo modello dei piani di rientro e dei commissariamenti:** “il Ministero interverrà con maggiore forza attraverso una task force che entrerà direttamente nelle aziende, non quando la crisi è già conclamata e ha prodotto effetti nefasti, ma ai primi allarmi di disfunzioni forti. Il gruppo, già previsto dalla norma ma mai approvato, opererà per un tempo molto circoscritto con l’obiettivo di correggere i processi che hanno dato vita a quella disfunzione. In questo senso nel Patto c’è una ricentralizzazione del controllo dei LEA. Controllo che c’è

sempre stato però è stata una parte negli anni disapplicata a favore di una maggiore capacità di incisione del MEF”.

**Governance:** “il problema non è solo dei direttori generali ma anche dei direttori sanitari. Spesso le strutture non vanno perché non vanno i Direttori sanitari della struttura. C’è un tema grande quanto una casa e qui questo tema bisogna agire con un sistema di controlli puntuali”.

**Selezione management sanitario:** “c’è quasi un deficit formativo. Per rispondere a questo e al fatto che si ritiene che tutti possano fare i manager sanitari abbiamo immaginato la realizzazione di strutture di qualificazione e di selezione del management sanitario come avviene per altre professioni quindi con una specialistica ad hoc e una capacità di riqualificazione professionale e aggiornamento. Questo attraverso il centro di formazione che lo Stato ha già e gli accordi con le Università”.

**Riconversione e chiusura degli ospedali:** “il Decreto Balduzzi, in particolare nella parte che riguardava la riconversione dei posti letto, è rimasto fermo in Stato-Regioni e inoltre in alcune realtà territoriali questa norma ha creato difficoltà oggettive. In ogni caso non possiamo uscire dal Patto senza aver risolto il problema dell’assegnazione dei posti letto”.

**Trasparenza:** “il portale della salute (detto il “trip advisor della sanità”) è in dirittura d’arrivo e darà l’accesso a tutti i dati in modo integrato. Obiettivo è avere accesso alle informazioni. A breve sarà sul sito del ministero almeno per quanto riguarda gli Ircss. Lì, in modo semplificato, nel massimo rispetto dei dati e della privacy, l’utente per ogni singola struttura, vede e valuta”.

**Spesa farmaceutica:** “la spesa farmaceutica ospedaliera continua ad essere fuori controllo dell’8%. E occorre capire se la spesa ha sfondato perché i tetti sono troppo bassi o perché qualcuno ha sbagliato”.

**Medicina personalizzata:** “andiamo sempre di più verso una medicina personalizzata, con modelli di cura one-to-one, a cui tutti vorranno avere accesso. Un sistema universalistico come il nostro dovrà farsi delle domande su come affrontare questo grande cambiamento”.



## Nasce la “Cabina di Regia” per la Sanità

**Ministero, Regioni e Sindacati al confronto. Pareri favorevoli e contrari**



Una “Cabina di Regia” che avrà l’obiettivo di coordinare a livello nazionale le attività sanitarie. Il via libera è arrivato il 16 gennaio scorso quando Ministero della Salute, Regioni e Sindacati hanno concordato l’avvio di un “protocollo d’intesa”. L’aver avviato la costituzione di quest’Organismo, viene precisato in una nota ufficiale, non sancisce in alcun modo un avallo all’accordo Stato-Regioni

sulle competenze infermieristiche, questione sulla quale Sindacati Medici e Sindacati Infermieristici si stanno animatamente confrontando, ma ha compiti ben diversi.

Innanzitutto avrà un ruolo centrale nel coordinamento delle prestazioni rese ai cittadini da tutte le professioni sanitarie. Sarà inoltre il punto di riferimento per la sostenibilità del SSN, anche a fronte di una perseverante crescita «impropria» della domanda di salute. Infine, tra i suoi obiettivi, ci sarà la necessità di ribadire il «primato della prevenzione nel processo di attuazione del diritto alla salute, il cui potenziale innovativo è ancora da sviluppare appieno nella promozione degli stili di vita e in una più incisiva politica ambientale». Nella “Cabina di Regia” opereranno, auspicabilmente in modo fattivo e collaborativo, Istituzioni e Rappresentanti delle Professioni. Il “protocollo d’intesa” è stato inviato alle Regioni per eventuali integrazioni o modifiche per essere poi rimandato al Ministero. Solo dopo questi passaggi si potrà procedere all’intesa ufficiale.

Di “Cabina di Regia” si è iniziato a parlare il 9 gennaio scorso, quando il Sottosegretario alla Salute Paolo Fadda, in una contrastata riunione sulle competenze infermieristiche, propose, a sorpresa, di far nascere un nuovo Organismo che si confrontasse sulle più importanti tematiche del lavoro in sanità e mantenesse un confronto permanente anche sui contenuti del Patto per la Salute, nell’ambito del quale monitorare e verificare la revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, valutando le sperimentazioni in corso e promuovendo le “buone pratiche”.

Al testo di prima stesura, proposto da Fadda, i Sindacati Medici avevano poi proposto alcune modifiche, fino ad arrivare al testo condiviso del 16 gennaio. Tra i punti dell’accordo viene specificato che:

a) il processo di innovazione nell’organizzazione del lavoro in sanità si realizza in modo plurale, anche con il concorso di più professioni che attuano, in autonomia, responsabilità e competenza, la salvaguardia della salute dei cittadini;

b) il ruolo e le responsabilità diagnostiche e terapeutiche e riabilitative, sono in capo ai medici anche per favorirne l’evoluzione profes-

sionale a livello organizzativo e ordinamentale;

c) gli infermieri e le altre professioni sanitarie, nell’ambito delle responsabilità già delineate dagli specifici profili professionali di riferimento, sono garanti del processo assistenziale, ed è per questo che è necessaria e non più rinviabile l’evoluzione professionale verso le competenze avanzate e di tipo specialistico;

d) i Medici, i Veterinari, i Dirigenti sanitari, gli infermieri e gli altri Professionisti della Salute riconoscono i relativi e specifici campi di intervento, autonomia e responsabilità anche alla luce della costante evoluzione scientifica e tecnologica, e concorrono a garantire unitarietà dei percorsi di cura e di assistenza attraverso l’integrazione multi professionale degli obiettivi, nei sistemi complessi per obiettivi, e attraverso criteri di verifica e di valutazione degli esiti e dei risultati;

e) i profili professionali della dirigenza sanitaria (biologi, chimici, fisici, farmacisti, psicologi), ferme restando le specifiche competenze professionali previste dai rispettivi ordinamenti legislativi vigenti, concorrono in maniera rilevante all’effettuazione e sviluppo dei percorsi di diagnosi cura e assistenza in ambito sanitario e contribuiscono all’integrazione professionale nei sistemi complessi in ambito multiprofessionale anche alla luce della costante evoluzione tecnoscintifica;

f) medici, infermieri e gli altri professionisti della salute riconoscono e convengono che, ferme restando le responsabilità gestionali, la responsabilità professionale sulle decisioni e gli atti compiuti nell’ambito dei processi di cui sono garanti è personale e posta in capo a colui che tali decisioni e atti ha assunto e compiuto anche nell’esercizio di competenze avanzate o di tipo specialistico.

Come avviene anche per altre “intese”, anche la “Cabina di Regia” annovera opinioni favorevoli e contrarie. Fa parte di queste ultime, per esempio, quella Ivan Cavicchi - docente all’Università di Roma Tor Vergata ed esperto di politiche sanitarie -, secondo il quale questa nuova istituzione “sembra la foglia di fico per dissimulare in realtà un disaccordo su un testo, quello sulle competenze infermieristiche, che i medici bevono ob torto collo ma che è destinato proprio per questo a dividere”.

Di parere esattamente opposto invece Saverio Proia - Dirigente del Ministero della Salute -, che parla della “Cabina di Regia” come di “un’occasione unica per fare della crisi economica del sistema un’opportunità di riforma. Un obiettivo che fino a pochi mesi fa appariva un’utopia. Non più tavoli negoziali separati ma una sede unitaria ed unificante dove affrontare insieme tutte le problematiche dell’organizzazione del lavoro e dell’evoluzione professionale”. Due posizioni evidentemente antitetiche, che per ragioni opposte ma altrettanto evidenti meritano la nostramassima considerazione, dato che la “Cabina di Regia” non è affatto un avallo all’implementazione selvaggia delle competenze infermieristiche, per la quale il nostro NO resta immutato.



## Precari: regole per le assunzioni

Tutte le modalità scritte nero su bianco nella circolare 5/2013

Sono scritte nero su bianco nella circolare 5/2013 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione, le modalità di stabilizzazione dei precari, in base alla legge 125/2013 (e al Dpcm che riguarda in particolare la stabilizzazione dei precari del comparto sanitario).

Per facilitare la comprensione della Legge, la circolare sintetizza in quattro quadri sinottici le procedure che dovranno essere applicate e che vanno dalla possibilità di proroga dei contratti fino a fine 2016, fino alla riserva di posti per il personale dedicato alla ricerca e che lavora nel pronto soccorso per il quale non sarà indispensabile la specializzazione.

Ma una serie di regole valgono per tutti e sono anche richiamate nella bozza di Dpcm per il SSN.



### Reclutamento ordinario

Per quanto riguarda le previste procedure selettive per garantire l'accesso dall'esterno, per le amministrazioni centrali l'avvio di nuove procedure concorsuali è subordinato alla verifica:

a) dell'immissione in servizio, nella stessa amministrazione, di tutti i vincitori collocati nelle graduatorie di concorsi pubblici per assunzioni a tempo indeterminato per qualsiasi qualifica (salvo temporanee e provate necessità organizzative «adeguatamente motivate»);

b) dell'assenza nella stessa amministrazione, di idonei collocati nelle proprie graduatorie approvate a partire dal 1° gennaio 2007, relative alle professionalità necessarie anche secondo un criterio di equivalenza.

In caso di assenza di graduatorie si procede, dal 1° gennaio 2014, con i concorsi unici.

Queste regole valgono anche per il reclutamento ordinario in misura non inferiore al 50% delle risorse.

### Reclutamento speciale a regime (massimo 50% delle risorse assunzionali)

L'avvio di procedure di reclutamento mediante concorso pubblico avviene:

a) con riserva dei posti, nel limite massimo del 40% di quelli banditi, a favore dei titolari di rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato che al momento della pubblicazione dei bandi abbiano maturato almeno tre anni di servizio alle dipendenze dell'amministrazione che emana il bando;

b) per titoli ed esami che puntano, con apposito punteggio, a valorizzare l'esperienza professionale maturata dal personale e di coloro che, alla data di emanazione del bando, hanno maturato almeno tre anni di contratto di collaborazione coordinata e continuativa nell'amministrazione che emana il bando.

E la circolare chiarisce anche che il diritto di precedenza all'assunzione a tempo indeterminato di coloro che sono stati assunti a tempo determinato non grava sul limite massimo del 50% per il reclutamento speciale a regime ma sulle risorse destinate al reclutamento ordinario.

### Reclutamento speciale transitorio

L'avvio di procedure di reclutamento attraverso concorso, per titoli ed esami, è riservato a chi:

1) è in possesso dei requisiti previsti dalla Finanziaria 2007 e 2008 ovvero:

a. essere stati in servizio al 10 gennaio 2007 con tre anni di tempo determinato maturato nel quinquennio precedente;

b. essere stati in servizio al 1° gennaio 2007 con tre anni di tempo determinato maturato in virtù di un contratto in essere al 29 settembre 2006, tenendo conto anche del servizio svolto a tempo determinato nel quinquennio precedente al 1 gennaio 2007;

c. tre anni di tempo determinato già maturati nel quinquennio precedente al 1° gennaio 2007, per coloro non in servizio al 3 gennaio 2007;

d. in servizio al 1° gennaio 2008 con tre anni di tempo determinato maturato in virtù di un contratto in essere al 28 settembre 2007, tenendo conto anche del servizio svolto a tempo determinato nel quinquennio precedente al 1 gennaio 2008.

2) alla data del 30 ottobre 2013 hanno maturato, negli ultimi cinque anni (ovvero nell'arco temporale che va dal 30 ottobre 2008 al 30 ottobre 2013), almeno tre anni di servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato alle dipendenze dell'amministrazione che emana il bando, con esclusione, in ogni caso, dei servizi prestati presso uffici di diretta collaborazione degli organi politici

Le procedure di reclutamento speciale transitorio possono essere avviate solo sulle risorse assunzionali relative agli anni 2013-2016, anche considerate complessivamente, in misura non superiore al 50%.



## Regioni Benchmark e Riparto Sanitario

Già stilata la nuova classifica

È dei giorni scorsi la notizia che sono stati calcolati i riparti regionali sulla base del fabbisogno sanitario medio delle 3 Regioni Benchmark scelte per il 2011 e valide per il riparto 2013 (Umbria, Emilia Romagna e Veneto).

**Lombardia** 17.049.190.491, **Lazio** 9.773.337.694, **Campania** 9.741.747.064, **Sicilia** 8.585.746.872, **Veneto** 8.495.053.501, **Piemonte** 7.828.281.331, **Emilia Romagna** 7.746.385.260, **Puglia** 6.958.439.478, **Toscana** 6.604.036.322, **Calabria** 3.427.208.727, **Liguria** 2.981.000.030, **Sardegna** 2.860.521.566, **Marche** 2.763.162.077, **Abruzzo** 2.348.987.082, **Friuli** 2.190.575.944, **Umbria** 1.594.219.206, **Basilicata** 1.013.538.559, **Trento** 907.243.072, **Bolzano** 856.812.970, **Molise** 562.861.017, **Valle d'Aosta** 223.011.458. Per 104.511.359.720 di risorse totali.

Chi ci rimette di più rispetto ai vecchi criteri sono Liguria, Lazio, Lombardia, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania e Calabria. A guadagnarci di più sono invece quasi tutte le Regioni a statuto speciale (Sicilia in testa) e, tra quelle a statuto ordinario, Puglia e Veneto.

È di questi giorni invece la classifica 2012 per il riparto 2014 che vede l'Emilia Romagna in testa, e poi a pari merito Toscana e Veneto. Appena giù dal podio Lombardia e Piemonte. Sono queste le prime cinque Regioni (a statuto ordinario) della classifica realizzata con la «griglia LEA» ma per quella «finale» oltre all'erogazione dei servizi dovranno arrivare i voti sugli aspetti economici della sanità regionale.

I 21 indicatori si basano su vari aspetti dell'attività sanitaria. Si prende per esempio in considerazione la copertura dei vaccini per i bambini e quelli dell'influenza, ma anche degli screening oncologici. Poi ci sono indicatori dedicati all'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili, oppure alla diffusione di esami come la risonanza magnetica. Vengono considerati anche il tasso di ospedalizzazione e la rapidità media di intervento in emergenza delle autoambulanze. Ad ogni indicatore è attribuito un punteggio numerico, e la somma dei punteggi genera la graduatoria.

## La 'Legge di Stabilità' in G.U.

Ecco alcune delle misure che riguardano la Sanità

È stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2013 la Legge di Stabilità 2014. Il provvedimento è composto da un solo articolo di 749 commi. Di seguito alcune delle misure che riguardano la Sanità.



**Comma 222 - Mobilità sanitaria internazionale** - Al fine di adempiere agli obblighi in materia di assistenza sanitaria all'estero, gli specifici stanziamenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n.618, iscritti nello stato di previsione del Ministero della salute, sono incrementati, per l'anno 2014, di 121 milioni di euro. A valere su tali risorse, il Ministero della Salute provvede anche agli adempimenti connessi all'assistenza sanitaria in forma indiretta, ferma restando la successiva imputazione degli oneri alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Il termine del 30 aprile 2013 di cui al medesimo comma 86 è prorogato al 31 dicembre 2014.

**Comma 377 - Finanziamento ai policlinici universitari privati** - In favore dei policlinici universitari gestiti direttamente da università non statali di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n.517, è disposto, a titolo di concorso statale al finanziamento degli oneri connessi allo svolgimento delle attività strumentali necessarie al perseguimento dei fini istituzionali da parte dei soggetti di cui al citato articolo 8, comma 1, il finanziamento di 50 milioni di euro per l'anno 2014 e di 35 milioni di euro annui per ciascuno degli anni dal 2015 al 2024, la cui erogazione è subordinata alla sottoscrizione dei protocolli d'intesa, tra le singole università e la regione interessata, comprensivi della definitiva regolazione condivisa di eventuali contenziosi pregressi. Il riparto del predetto importo tra i policlinici universitari gestiti direttamente da università non statali è stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero della Salute.

**Comma 378 - Finanziamento Ospedale "Bambino Gesù"** - È rifinanziata per l'anno 2014, per l'importo di 30 milioni di euro, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 33, comma 33, della legge 12 novembre 2011, n.183.

**Comma 423 - Costi standard** - Al fine di completare l'attività di monitoraggio e di revisione dei fabbisogni e dei costi standard delle funzioni e dei servizi resi dalle regioni e dagli enti locali, così da introdurre comportamenti virtuosi negli enti locali, è autorizzata la spesa di 4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015.

**Comma 425 - Cure palliative** - Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n.38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della Salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

**Comma 427 - Spending review per beni e servizi e immobili della PA** - (...) sono adottate misure di razionalizzazione e di revisione della spesa, di ridimensionamento delle strutture, di riduzione delle spese per beni e servizi, nonché di ottimizzazione dell'uso degli immobili tali da assicurare, anche nel bilancio di previsione, una riduzione della spesa delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n.196, in misura non inferiore a 600 milioni di euro nell'anno 2015 e a 1.310 milioni di euro negli anni 2016 e 2017. (...) Il Commissario riferisce ogni tre mesi al Comitato interministeriale e, con una apposita relazione annuale, alle Camere, in ordine allo stato di adozione delle misure. (...)

**Comma 452, 453, 454, 455 e 456 - Pubblico impiego** - Per gli anni 2015-2017, l'indennità di vacanza contrattuale da computare quale anticipazione dei benefici complessivi che saranno attribuiti all'atto del rinnovo contrattuale (...), è quella in godimento al 31 dicembre 2013.

Inoltre (...) «si dà luogo alle procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013 e 2014 del personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche (...), per la sola parte normativa e senza possibilità di recupero per la parte economica».

Le disposizioni di cui ai commi 452 e 453 si applicano anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale.

Per effetto delle disposizioni recate dai commi 452, 453 e 454, per il periodo 2015-2017, l'accantonamento a cui sono tenute le regioni (...), non deve tenere conto dell'indennità di vacanza contrattuale riferita al predetto periodo 2015-2017.

Il blocco della parte economica dei contratti viene prorogato al 31 dicembre 2014 e, a decorrere dal 1 gennaio 2015, le risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio sono decurtate di un importo pari alle riduzioni operate per effetto del precedente periodo.

**Comma 481 - Finanziamento SSN** - Per effetto delle disposizioni di cui ai commi 452, 453, 454, 455 e 456 il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è ridotto di 540 milioni di euro per l'anno 2015 e 610 milioni di euro a decorrere dall'anno 2016. (...)



## Contratto: l'Intersindacale scrive al Governo

Dopo l'incontro con il Comitato di Settore "Regioni-Sanità", inviata una lettera a Lorenzin, Letta, Errani

Lo scorso 9 Gennaio si è svolto a Roma l'incontro sul rinnovo contrattuale tra il Presidente del Comitato di Settore "Regioni-Sanità", Claudio Montaldo, e le Organizzazioni Sindacali delle Regioni e della Sanità. Un appuntamento importante che avrebbe dovuto dare il via al dibattito in tema di contratto. Al termine dell'incontro Montaldo ha sintetizzato i motivi e i risultati del tavolo: "Dopo cinque anni di blocco bisogna riaprire le trattative. Per questo ho scritto, insieme a Umberto Di Primio, una lettera al ministro per la Pubblica amministrazione Gianpiero D'Alia. Basta rinvii. La possibilità, introdotta dalla legge di Stabilità 2014, di riaprire le trattative contrattuali in ambito pubblico, anche se per la sola parte normativa, è una occasione che non possiamo non sfruttare. Tuttavia dobbiamo prima approfondire alcune questioni con il Dipartimento della Funzione Pubblica: al primo posto la definizione dei nuovi comparti e delle relative aree dirigenziali ed è importante lavorare tenendo conto di ciò che stanno facendo Regioni, ministero della Salute e dell'Economia per il nuovo Patto per la Salute".

Le Organizzazioni Sindacali hanno accolto positivamente la volontà di ricominciare a parlare di rinnovo, così come è stata apprezzata l'apertura a voler affrontare e risolvere il tema della creazione di un'area contrattuale per la Dirigenza Medica e Sanitaria. Permangono tuttavia alcune perplessità. Tra tutte il fatto che il Governo non sembri intenzionato a modificare le penalizzazioni dell'era Brunetta, tra cui il drastico accorpamento, con effetti estremamente pericolosi, di comparti e relative aree dirigenziali della Sanità, finora separati. Perplessità ampiamente rilanciate dall'intervento dell'Intersindacale Medica che, dopo due settimane di silenzio, il 24 Gennaio ha scritto al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, al Governo e alle Regioni. Di seguito il testo:

"In uno dei primi incontri le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria Le chiesero di adoperarsi affinché, in previsione di una proroga al 2014 del blocco contrattuale del pubblico impiego, e quindi anche della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, venisse consentita a quest'ultima una ripresa delle trattative contrattuali, senza oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato o delle aziende sanitarie per il 2013 e 2014, ma con una sospensione degli effetti dell'art.9 della L.122/2010 relativi al blocco della retribuzione individuale e dei fondi contrattuali.

Nulla è stato fatto da parte del Governo, forse per ragioni legate al rischio di emulazione da parte di altri settori del pubblico impiego interessati dal blocco, che con il DPR 122/2013 ha prorogato di un ulteriore anno il blocco del Contratto Nazionale che perdura dal 2009. Determinando, così, una sospensione per legge di diritti sanciti dalla costituzione, lo svuotamento del CCNL 2013-2015, dopo la cancellazione della tornata 2010-2012, il rinvio a tempo indeterminato della contrattazione nel pubblico impiego. Senza contare il blocco, lungo 5 anni, due tornate contrattuali, delle dinamiche di carriera, delle retri-

buzioni individuali e dei fondi contrattuali, e quindi della contrattazione integrativa periferica (art. 9, comma 2 bis).

Mentre il nuovo contratto è ostaggio di un futuro incerto, quello vecchio viene smantellato ogni anno dalle leggi finanziarie ed ogni giorno da una cultura aziendalista che considera le norme pattizie un optional da disattendere quando e come si vuole. Depradato di istituti consolidati, economici e normativi. Unico tratto che accomuna

la sanità italiana da Nord a Sud.

Recentemente, la vicenda delle trattenute per gli insegnanti ha rivelato che fin dal 2011 il personale della scuola si è sottratto al disposto legislativo, mediante un accordo sindacale, al costo di 380mln/anno per il bilancio pubblico mentre la legge di stabilità 2014 ha sottratto al blocco retributivo anche le forze di sicurezza, disponendo una dote aggiuntiva di 150mln per il loro salario accessorio. Senza dire dei vantaggi previdenziali concessi al personale delle Forze Armate, a fronte delle penalizzazioni inflitte ai medici e dirigenti sanitari costretti a turni di guardia notturna fino a 65-70 anni. La sicurezza delle cose vale, evidentemente, più della sicurezza delle cure. Anche i magistrati si sono sottratti da tempo

al blocco degli scatti di anzianità e quindi rimangono penalizzati solo i dirigenti medici e sanitari i quali hanno contribuito al risanamento dei conti pubblici con alcune decine di migliaia di euro a testa, oltre che con il peggioramento delle condizioni di lavoro.

Il Comitato di Settore ha recentemente espresso la volontà di stipulare il CCNL 2013-2015 della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, in conformità a quanto disposto dalla legge di stabilità, per cui Le chiediamo di adoperarsi, per ovi motivi di equità, per consentire lo svolgimento delle procedure contrattuali e negoziali senza risorse aggiuntive statali, ma eliminando per il SSN l'estensione al 2014 degli effetti dell'art.9, commi 1, 2 e 2 bis, della legge 122/2010 per consentire di utilizzare risorse economiche nostre accantonate nei precedenti contratti. L'intera entità economica del fondo di retribuzione accessoria conseguente alle disposizioni contrattuali vigenti è già contabilizzata nei bilanci delle aziende, come tale, dal 2010. Inoltre, la massa salariale della dirigenza dei ruoli sanitari non viene aumentata dall'attuazione delle disposizioni contrattuali e pertanto dalla sospensione della proroga al 2014 degli effetti del comma 2 bis dell'art.9 della L.122/2010.

Chiediamo pertanto che, al pari delle categorie sopra menzionate, il Governo tenga conto di coloro che sono impegnati a tutelare un bene come la Salute, contribuendo anche in maniera significativa alla determinazione del PIL.

**In caso contrario ci vedremo costretti a forti iniziative di protesta e di denuncia.**

ANAAO ASSOMED, CIMO ASMD, AAROI-EMAC, FVM, FASSID, CISL MEDICI, FESMED, ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI, AUPI, SINAFO, FEDIR SANITÀ, SIDIRSS, UGL MEDICI



## La Sanità tra mancate riforme e "guerre professionali"

La lettera scritta dal Presidente Nazionale AAROI-EMAC al Direttore di Quotidiano Sanità

Gentile Direttore, ho letto con grande interesse il suo editoriale "Ciao 2013. Per la sanità un anno perso". Non si può certo negare che a fronte di innumerevoli discussioni, dibattiti, confronti più o meno istituzionali sulle riforme necessarie al sistema sanitario nazionale, ben poche siano state le notizie di riforme attuate in concreto. Del pari, non si può non concordare sull'inutilità della ricerca di uno o di più colpevoli della "incapacità del sistema Paese di governare la sanità in chiave riformatrice".

Tuttavia, e proprio per questo motivo, sarebbe paradossale non chiedersi da che cosa derivi tale incapacità. A mio avviso, a livello istituzionale, essa non deriva dalla mancanza di "volontà politica", ma piuttosto dall'aver ereditato un metodo "riformatore" orientato a principi di "sostenibilità" attuati per mezzo di tagli e non attraverso progetti.

È stato sin troppo facile, per esempio, per i Governi che hanno preceduto quello attuale, tracciare a grandi linee (tanto grandi da

**Il vero motivo per cui in Sanità gli accordi tra Stato e Regioni somigliano sempre più ad un "inedito Piano Sanitario Nazionale" ha un motivo preciso: il Titolo V della nostra Costituzione**

risultare evidentemente grossolane) la riforma delle cure primarie, così come la riorganizzazione della rete ospedaliera. Più difficile, anzi impossibile, è stato tradurre in pratica la loro attuazione.

D'altra parte, il vero motivo per cui in Sanità gli accordi tra Stato e Regioni somigliano sempre più ad un "inedito Piano Sanitario Nazionale" ha un motivo preciso: il Titolo V della nostra Costituzione, laddove, all'art.117, esso recita "Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato".

Tale "concorrenza" ha definitivamente perso il suo significato di complementarietà, rappresentandosi ormai paradossalmente come un'antitesi, e proprio sui principi fondamentali. Se non si risolverà questo nodo, con il rispetto di tali principi prima ancora che attraverso una riforma del Titolo V per ciò che attiene alla tu-

tela della salute, una riorganizzazione equilibrata e un governo sostenibile del nostro sistema sanitario resteranno impossibili.

Eppure, alcuni "attori" di questo sistema premono insistentemente affinché proprio alle singole Regioni (e addirittura alle singole Aziende Sanitarie, meglio se "miste", ovvero Universitarie-Ospedaliere) siano affidati poteri sempre più autonomi nei confronti del personale sanitario. Verrebbe quasi da pensare che i teorici di quest'operazione abbiano le loro ragioni: meglio affrettarsi, prima che il Titolo V sia riformato. Oppure, a voler loro attribuire una lungimiranza solo apparentemente contraddittoria, affinché il Titolo V possa essere riformato solo una volta messa al sicuro una completa devolution delle professioni sanitarie.

Il più eclatante potere indipendente da blindare nei sistemi sanitari regionali (e nelle loro declinazioni aziendali, nonché nelle autonomie universitarie) riguarderebbe secondo costoro l'implementazione delle competenze infermieristiche.

Un'implementazione declamata sin dall'inizio come una rivoluzione copernicana (dal medico-centrismo tolemaico alla galassia della multi-professionalità), decantata dapprima come una vera e propria panacea per debellare i mali derivanti ai cittadini dalla "plethora medica", liberandoli da una simile schiavitù, salvo poi essere edulcorata come una "condivisione di alcune competenze, senza valicare, ovviamente, quel confine ben definito dell'esclusività professionale".

Un confine che invece risulta tutt'altro che ben definito, dato che "le competenze cliniche avanzate e la prescrizione... possano e debbano essere il vero focus per il prossimo sviluppo professionale e contrattuale... liberandoci finalmente dal modello ospedale-medico-centrico". Tale implementazione ha meritato addirittura una "preparazione alla guerra", con manipoli "pronti alla battaglia" contro chi dissente dal coro di osanna verso "Il leader indiscusso di questo scenario ormai prossimo... per storia, preparazione e vocazione, l'Infermiere".

Del resto, era già stata invocata chiarezza, con un termine (involontariamente?) militare sulle "regole di ingaggio che il professionista può far valere all'interno dell'organizzazione sanitaria". Successivamente, con un'operazione degna del miglior teatro dell'assurdo, l'intenzione di reclutare "improbabili armate" è stata ribaltata su chi di tali armate non ha mai parlato, proprio perché non esistono, perlomeno tra i Medici.

Insomma, tutte le posizioni sono rispettabili, ma almeno siano coerenti. Comunque, a dimostrazione che la collaborazione mul-

ti-professionale in Sanità può realizzarsi in modo condiviso, sono state recentemente concordate tra Medici (Radiologi) e altri Professionisti (TSRM e Fisici medici) regole tutt'altro che oscure, con il fattivo impegno del Ministero della Salute, senza contrapposizioni né tantomeno guerre: perché? Basta leggerle. Sono regole di sistema, per l'appunto, chiare, dove le parole "diagnosi" e "prescrizione" sono attribuite con precisione alla competenza medica dei Collegi Radiologi. Una precisione che invece, così come in ambito di terapia e di certificazione, manca completamente nelle rivendicazioni di una minima parte della categoria infermieristica, quella "apicale", per intenderci, che nelle regole, in modo quantomeno singolare, pretende chiarezza e al contempo vuole riservarsi mar-

**Nessuno vuole impedire agli Infermieri di realizzare le loro legittime aspirazioni di crescita professionale, ma senza ambiguità: la diagnosi, la terapia, la certificazione restano mediche**

gini di discrezionalità applicativa, bollando come "mansionario" tutto ciò che potrebbe impedire la completa autonomia infermieristica nella diagnosi, nella prescrizione terapeutica, nella gestione di unità operative sanitarie ospedaliere e territoriali. Sia ben chiaro: con la lettera al Ministro Lorenzin 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".

Questa è la reale portata di un conflitto che trova spazio solo in questa prospettiva mistificata, e che infatti, tra i Medici e gli Infermieri che nei Reparti e nei Servizi Sanitari lavorano fianco a fianco, a differenza di quanto si vuol far credere, non esiste affatto.

Il link all'articolo: [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=18934](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=18934)

Alessandro Vergallo

# Sicurezza delle cure e responsabilità professionale

**I principali punti del DdL 1134 presentato dai Senatori PD alla Commissione Sanità**



Lo scorso 15 Gennaio i Senatori del PD hanno presentato in una conferenza stampa quello che i giornalisti hanno già battezzato come "DdL Bianco".

In realtà si tratta del Disegno di Legge "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità in ambito sanitario" di cui il Senatore e Presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco (nella foto), è primo firmatario.

La proposta è stata presentata in Commissione Sanità e ha l'obiettivo di affrontare in maniera organica il tema della sicurezza delle cure e la questione della responsabilità professionale.

*"Riconfermare il diritto alla salute del cittadino intervenendo sulla sicurezza delle cure nelle organizzazioni sanitarie e nelle attività mediche e sanitarie anche attraverso una ridefinizione degli attuali profili penali e civili della responsabilità dei professionisti e delle strutture sanitarie è il cuore della nostra proposta legislativa - ha affermato Bianco nella corso della conferenza stampa -. I tre punti qualificanti riguardano, in particolare la sicurezza delle cure in un'ottica di prevenzione del rischio tenuto conto della complessità tecnico-organizzativa dei sistemi di erogazione delle prestazioni mediche e sanitarie; eventuali azioni di risarcimento in campo alle strutture pubbliche e private; il rafforzamento delle scelte delle Regioni nell'ambito della responsabilità civile che consenta un ampliamento dell'offerta assicurativa, anche attraverso fondi dedicati a gestione diretta delle aziende. L'obiettivo è tutelare il grande patrimonio del nostro Servizio Sanitario Nazionale in un'ottica di recupero delle risorse e di un rafforzamento dei valori etici e civili che lo ispirano"*

Il DdL 1134 è formato da 13 articoli. Il primo, dedicato alla sicurezza delle cure, specifica che tale sicurezza "è parte costitutiva del diritto alla tutela della salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività". Essa si realizza "mediante l'insieme di attività organizzative, formative, educative, relazionali, gestionali, valutative e di sviluppo continuo delle competenze tecniche e non degli operatori, finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni mediche

e sanitarie". Negli articoli successivi vengono toccati temi importanti come la necessità, a tutela delle organizzazioni sanitarie e dei lavoratori, di individuare in ogni azienda sanitaria, presidio ospedaliero o ente "Unità di prevenzione e gestione del rischio clinico e osservatori per la valutazione dei contenziosi". Il DdL chiarisce inoltre che le attività mediche e sanitarie sono assicurate secondo "i principi di autonomia e responsabilità dei medici e degli esercenti la professione sanitaria nell'ambito delle rispettive competenze definite dai percorsi formativi, dagli specifici profili professionali e dalle funzioni assegnate e svolte secondo le buone pratiche".

Viene affrontato anche il tema della responsabilità penale, specificando che "l'esercente la professione sanitaria che cagiona la morte o una lesione personale è punibile solo in caso di colpa o dolo, in particolare quando l'azione crea un rischio irragionevole ed inescusabile per la salute del paziente". Per quel che riguarda la responsabilità civile viene stabilito quali sono i casi in cui si possa parlare di colpa grave, specificando che l'azione di risarcimento del danno deve essere fatta "entro e non oltre due anni dalla data di consapevole presa di coscienza del fatto le cui conseguenze hanno comportato un danno psico-fisico al paziente". Viene inoltre sottolineato che "la responsabilità civile per danni a persone occorsi in una azienda sanitaria o in un ente o presidio del SSN, o in altra struttura pubblica o privata autorizzata ad erogare prestazioni sanitarie è a carico della struttura stessa". Nel successivo articolo viene però chiarito che "Un'eventuale azione di rivalsa nei confronti del responsabile a qualunque titolo operante in una struttura pubblica o privata può essere esercitata entro un anno dal risarcimento e nella misura massima pari a tre annualità della retribuzione o del reddito professionale, al netto delle trattenute fiscali e previdenziali, percepiti al tempo in cui è stata proposta l'azione di risarcimento". In questo senso il DdL chiarisce che ogni professionista medico o sanitario "deve provvedere alla stipula, con oneri a proprio carico, di una idonea polizza di assicurazione". Allo stesso tempo, ciascuna azienda sanitaria deve prevedere una tutela obbligatoria per responsabilità civile che abbia come oggetto il risarcimento del danno che sia derivato a terzi.

*"La nostra proposta legislativa - ha sottolineato la senatrice Giuseppina Maturani, firmataria del Disegno di Legge - vuole ricostruire quel rapporto di fiducia tra paziente e medico, che in questi ultimi tempi si è drammaticamente lacerato. Il nostro Paese ha grandi eccellenze nelle professionalità mediche e sanitarie, bisogna assicurare che questo livello rimanga alto, anche attraverso un'assunzione di responsabilità, a garanzia della sicurezza delle cure e del diritto alla salute come previsto dalla nostra Costituzione"*

Durante l'edizione di questo numero de "Il nuovo Anestesista Rianimatore" sono purtroppo venuti a mancare due illustri Colleghi, Pasquale Mastronardi e Francesco Gorgerino. L'AAROI-EMAC e la SIARED ne onorano il ricordo con le parole di Quirino Piacevoli e di Riccardo Bosco.

## Al Professor Pasquale Mastronardi

*Caro Pasquale, ci hai lasciato all'improvviso e in silenzio, così come era nella tua natura schiva e piena di dignità.*

*La tua dipartita ci ha veramente scossi ed affranti, lasciandoci dentro un grande vuoto.*

*Oggi molti amici ti piangono non solo come Collega, ma anche e soprattutto come Persona fonte di tanta umanità e genuino sapere.*

*Nel giorno in cui ti diamo l'estremo saluto, vorrei rivolgermi ancora a te per dirti che sei stato per me, e non solo, un esempio personale.*

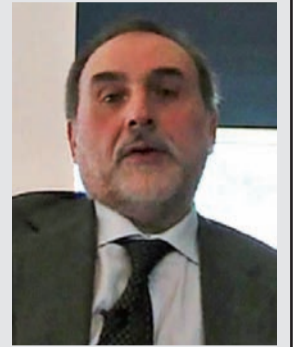
*Con la grande modestia che ti contraddistingueva e con il linguaggio asciutto che la scienza ti aveva insegnato, hai aiutato tanti Colleghi.*

*Caro Pasquale, il tuo ricordo sarà una pietra miliare ed un memento indelebile per le tante generazioni a venire di Anestesiisti Rianimatori.*

*Questa commemorazione vuole essere, da parte di noi tutti, un omaggio alla tua figura, alla tua opera di scienziato, di didatta, e di uomo di cultura.*

*Addio Pasquale, resterà sempre nella nostra memoria e nel nostro cuore.*

Quirino Piacevoli



## Al Professor Francesco Gorgerino

*Conobbi il Prof. Gorgerino nel mese di marzo del 1978, quando, io specializzando al secondo anno, fui assegnato all'Ospedale Martini. Egli, Primario, mi accolse personalmente all'ingresso dell'Ospedale, per condurmi al secondo piano, dove c'erano la Rianimazione e la Sale Operatorie, ed illustrarmi l'organizzazione del suo Reparto. Avrei dovuto restare al Martini sei mesi... e invece ci sono rimasto per venticinque anni, apprezzando fin da subito le sue grandi capacità di organizzare e di creare gruppo intorno a sé. Forse chiamarlo gruppo è riduttivo: eravamo come una famiglia, con un Primario che sapeva governare il suo Reparto con grande professionalità e altrettanta umanità.*

*Come non ricordare il suo impegno nell'AAROI? Il Sindacato degli Anestesiisti Rianimatori era argomento di grande rilievo nei suoi dialoghi con il Prof. Gardina, poi divenuto Presidente Nazionale dell'Associazione.*

*Oggi fa sorridere pensare che già allora ogni Sala Operatoria fosse dotata di un monitor (i primi Sentinel con gli elettrodi ad ago) e che per ogni tavolo operatorio in funzione ci fosse un Anestesista, perché chi ha lavorato in quegli anni si ricorderà le difficili condizioni in cui la nostra disciplina specialistica si affrancava a fatica dal mito della suora con l'etere o da quello secondo il quale il meno capace dei Chirurghi veniva comandato al di là del telino!*

*In tante situazioni il Prof. Gorgerino era il primo a capire il potenziale di sviluppo dell'Anestesia e della Rianimazione, e a spingere noi giovani ad impegnarci nei nuovi settori professionali. Erano gli anni in cui iniziava ad essere organizzata in modo strutturato l'emergenza intra ed extra-ospedaliera, elisoccorso compreso, nascevano e si sviluppavano i primi Centri di Terapia Iperbarica, mentre ai bordi dei campi sportivi, nelle partite di calcio della serie A, compariva per le prime volte il Rianimatore.*

*Nel 1978, anno del primo prelievo di reni al Martini, il Prof. Gorgerino collaborava già attivamente, con la sua torinese discreta, al milanissimo NITp (Nord Italia Transplant), e diversi anni dopo, nel 1989, fu tra i soci fondatori dell'AIRT (Associazione InterRegionale Trapianti), dedicandosi poi alla causa delle donazioni anche dopo aver lasciato l'attività ospedaliera, e presiedendo a lungo l'AIDO Piemonte, di cui rimase Presidente Onorario, lasciando il ricordo di una presenza autorevole e garbata.*

*Vorrei però cercare di strappare un sorriso, in un momento così triste, ricordandolo nel suo proverbiale "ritardo puntuale", allorché compariva giusto in tempo in ogni occasione, con il suo celeberrimo intercalare "Sa sa sa...".*

*Ciao Professore, ti vogliamo bene!*

Riccardo Bosco

## "Contratti a costo zero"? A Firenze si azzerano gli stipendi

### L'AAROI-EMAC sull'Avviso Pubblico della Azienda Sanitaria Usl 10

L'Azienda Sanitaria Usl 10 di Firenze, alla fine del mese di Dicembre 2013, ha diffuso un Avviso Pubblico per "la frequenza volontaria a scopo di formazione professionale per i dipartimenti sanitari, territoriali e amministrativi dell'Azienda". Il bando, tra i requisiti richiesti per il personale medico, indicava anche la specializzazione. Richiesta in netto contrasto con un'offerta di formazione professionale, per di più a titolo gratuito. Sulla questione sono intervenuti Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale, e Fabio Cricelli, Vice Presidente Nazionale Vicario della nostra Associazione, con una lettera inviata al Direttore di Quotidiano Sanità:

*Gentile Direttore, proprio alla vigilia dell'appuntamento del 9 gennaio, fissato dal Comitato di Settore per la Sanità con le Associazioni Nazionali di categoria, per la riapertura delle trattative contrattuali, si chiudono i termini di un singolare bando dell'Azienda Sanitaria USL 10 di Firenze.*

*L'Amministrazione dell'Azienda in questione ha pensato bene di portarsi avanti rispetto alle anticipazioni di "contratto a costo zero" del luglio scorso, deliberando la riesumazione dell'Assistente Volontario". Pensavamo che questa figura fosse ormai stata cristallizzata dal grande cinema italiano ne "Il medico della mutua", con il magnifico Alberto Sordi nei panni del Prof. Guido Tersilli ad inizio carriera, e invece... la realtà dell'epoca viene rieditata, guarda caso, in Toscana, che in tal modo si dimostra ancora una volta come la più avanzata fucina di idee per rilanciare la Sanità.*

*L'Azienda Sanitaria di Firenze cerca volontari, basta chiedere per tempo! "Venghino, stòri, venghino!". Chi vuole un posto di lavoro è accontentato, ma senza stipendio... e solo se presenta regolare domanda entro e non oltre l'8 gennaio, giorno di scadenza del bando. Ai ritardatari non si garantisce, in futuro, lo stesso trattamento di favore. L'eccezionale regalia di biglietti d'ingresso al lavoro è deliberata*

*in maniera tutt'altro che approssimativa: il bando reca con precisione i requisiti necessari per poter esercitare la professione in regime di volontariato, naturalmente gli stessi della "normativa contrattuale di cui al DPR. n.483/1997... e al DPR n.220/2001... nonché alla normativa vigente in materia", beninteso pagandosi di tasca propria pure l'assicurazione. Nulla è dato sapere sui pasti aziendali, ma è un dettaglio di basso profilo, anzi, da fame.*

*Formalmente, il bando è finalizzato alla "FREQUENZA VOLONTARIA A SCOPO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE", ma il sospetto che si tratti di un'operazione cosmetica è altrettanto reale, considerato, per esempio, che nel caso dei medici sono richiesti tutti i titoli di studio prescritti per l'esercizio della professione medica ospedaliera, specializzazione compresa, come se 6 anni di corso di laurea e altri 5 o 6 di corso di specializzazione fossero semplicemente propedeutici ad un'ulteriore "formazione sul campo", virtuosamente depurata dalla pur scarsa retribuzione terminata con il conseguimento del diploma di specialista.*

*Non c'è che dire: se si prescinde da questo dettaglio, oltre che dalla sgradevole sensazione che la dignità dei lavoratori della Sanità sia sempre meno rilevante per i nostri Amministratori, l'idea è talmente semplice da essere geniale: a fronte dei "costi standard" per le prestazioni, stabilisce i nuovi costi standard per il personale, portandoli a zero. Il che significa una straordinaria opportunità di conciliare, nel rigore formale del bando, l'equità dei conti aziendali e la crescita dei lavoratori più "giovani" (mediamente "solo" 30-35 anni, nel caso dei medici): "Ragazzi (!), non siate troppo choosy".*

*Cordiali saluti.*

AAROI-EMAC

Alessandro Vergallo – Presidente Nazionale  
Fabio Cricelli – Vice Presidente Nazionale Vicario

## BLOCCHI CENTRALI NEI PAZIENTI CON PREESISTENTI DANNI O PREGRESSI INTERVENTI DELLA COLONNA

Molti anestesisti ritengono che i disturbi neurologici di ogni tipo siano una controindicazione all'anestesia regionale soprattutto ai blocchi centrali. Questa riluttanza è soprattutto motivata da paure di sequele medico-legali ma anche per assenza di uniformità d'indicazioni della letteratura.

Pertanto quest'articolo rappresenta un tentativo di descrivere la fattibilità e i rischi dei blocchi centrali nei pazienti con danni spinali, alterazioni anatomiche, lombalgia cronica o precedenti interventi della colonna che vanno da interventi di tipo minore come il "blood patch" epidurale alla chirurgia maggiore come la fusione di Harrington. La maggior parte delle recensioni e delle descrizioni riguarda l'ostetricia in quanto in queste pazienti c'è una maggiore tendenza ad eseguire un blocco centrale.

Nella fase acuta di nuovi danni neurologici l'anestesia regionale può essere la tecnica di scelta per evitare ulteriori alterazioni emodinamiche e respiratorie.

Dopo la fase acuta, l'attuale evidenza è molto rassicurante rispetto ai rischi dei blocchi centrali per cui si possono raccomandare nella maggior parte dei casi.

Gli ultrasuoni peraltro possono dare un nuovo aiuto per aumentare la frequenza del successo.

È indispensabile un'accurata valutazione preoperatoria, e il paziente deve essere informato in modo dettagliato sulle problematiche tecniche e sulle possibilità di ripresa o aggravamento della loro malattia. Se necessario, i pazienti devono eseguire altri accertamenti strumentali e clinici più vicini possibili all'intervento per valutare le condizioni preoperatorie in prossimità dell'intervento.

La maggior parte dei pazienti può trarre vantaggio da un blocco spinale rispetto a un blocco epidurale meno affidabile. Occorre evitare sempre concentrazioni e volumi di anestetico locale alti soprattutto nei pazienti con compressione dei nervi, presenze di grosse ernie discali o stenosi spinale. C'è una preoccupazione crescente che i blocchi centrali possano portare a deficit neurologici nel postoperatorio o a un aggravamento dei disturbi neurologici preesistenti. Tuttavia, la causalità di questi deficit postoperatori non è sempre facile da determinare. Spesso, è troppo facilmente attribuita la colpa all'anestesia regionale.

Molti colleghi, soprattutto per motivi medicolegali, sono restii a prendere in considerazione le tecniche di blocco centrali anche quando non esiste alcun problema neurologico prima dell'intervento o del parto. In altre parole, abbastanza frequentemente l'anestesia regionale può essere vantaggiosa come nel caso d'interessamento dell'apparato respiratorio o nelle pazienti ostetriche.

Poiché non è sempre possibile eseguire studi controllati di confronto tra tecniche generali e regionali, è difficili dare suggerimenti solo sulla base di descrizioni aneddotiche o di studi con un campione limitato.

Sono state pubblicate negli ultimi anni numerose review sulla gestione anestesiológica di pazienti affetti da disturbi neurologici.

Quest'articolo concentrerà l'attenzione su considerazioni anestesiológicas invece che sulle raccomandazioni per quanto riguarda i blocchi centrali (spinale/o epidurale) nei pazienti con preesistenti problemi di schiena e le condizioni dopo lesioni spinali o diversi tipi d'interventi spinali. Per lo più, sono descritte esperienze in pazienti ostetriche poiché la richiesta di anestesia e analgesia regionale è più frequente poiché è ritenuta più sicura dell'anestesia e dell'analgesia generale. Per la chirurgia non ostetrica, l'anestesia generale può essere un'alternativa altrettanto preziosa in termini di sicurezza e morbilità.

### Lesioni delle radici spinali/para e tetraplegia

Le lesioni delle radici spinali possono essere causate da trauma, sanguinamento o lesioni da compressione e possono avere diverse conseguenze come lo spasmo muscolare, piaghe da decubito, decalcificazioni ossee, trombosi venosa profonda, complicanze urologiche o renali, infezioni, problemi cardiovascolari, e insufficienza respiratoria. La maggior parte degli effetti dipende dal livello della lesione delle radici spinali. Inizialmente è prevalente una paralisi con debolezza muscolare mentre in seguito i muscoli possono diventare spastici.

La chirurgia degli arti inferiori o dell'addome basso e anche il parto può essere eseguita se c'è la perdita della sensibilità nella sede dell'intervento.

Tuttavia è opportuno eseguire l'anestesia per pre-

venire iperriflessia neurovegetativa, che si può avere soprattutto con lesioni al di sopra T7 o eccezionalmente al di sopra di T10. Le iperriflessie neurovegetative possono essere scatenate dall'incisione della cute, dall'esame o dalla distensione di un viscere cavo (vescica, intestino e utero), come anche dalla distensione del perineo. La stimolazione delle surrenali può determinare liberazione di catecolamina che non è bloccata dalle vie discendenti. La conseguente crisi ipertensiva si può accompagnare a sintomi come cefalea, vampate di calore, dilatazione delle pupille e aritmie bradicardia o tachicardia. Sono state descritte in analgesia ostetrica ma anche in maniera imprevedibile nella litotripsia extracorporea convulsioni ed emorragie intracraniche. Peraltro la manipolazione e il posizionamento di questi pazienti o la litotripsia extracorporea possono determinare uno spasmo patologico delle masse muscolari attraverso l'irritazione di fusi muscolari singoli.

Nella fase acuta della lesione delle radici spinali, l'anestesia generale può essere la scelta migliore per il rischio di possibile shock spinale o alterazioni della respirazione. Inoltre, in conseguenza della manipolazione dei pazienti, con la tecnica dei blocchi centrali si può aggravare il danno preesistente. Tuttavia per prevenire l'iperriflessia, può essere necessario un piano d'anestesia profondo che può determinare altre conseguenze come ipotensione, aritmie e atonia uterina.

In caso di parto cesareo può essere necessaria un'induzione in sequenza rapida ma la succinilcolina è controindicata per il rischio di un possibile aumento della potassiemia. In alternativa si possono usare alte dosi di miorelaxanti non depolarizzanti o l'intubazione da sveglia con il fibroscopio.

Un blocco centrale può evitare lo stress emodinamico dovuto all'intubazione e alla somministrazione di ipnotici. Si deve dare la preferenza a una tecnica titolabile come basse dosi di un blocco combinato spinale/epidurale, la spinale continua, o l'anestesia epidurale rispetto all'anestesia spinale in dose singola poiché quest'ultima può causare un'ipotensione grave e improvvisa. L'utilizzo del blocco centrale è stato descritto soprattutto in ostetricia. L'anestesia epidurale potenzialmente blocca l'iperriflessia neurovegetativa durante il travaglio ma con successo variabile. La determinazione del livello del blocco sensitivo può essere difficile e la comparsa di un'iperriflessia neurovegetativa può essere espressione di un non corretto posizionamento del catetere.

Alcuni autori raccomandano la somministrazione di anestetico locale per via epidurale già alcune settimane prima della data prevista del parto e di procedere con l'infusione per 1 o 2 giorni dopo il parto o l'intervento chirurgico.

La sola somministrazione di oppioidi per via centrale è in genere insufficiente per prevenire l'iperriflessia neurovegetativa. Le modificazioni anatomiche causate dalla spasticità e una chirurgia precedente della colonna può alterare l'efficacia del blocco centrale. Talvolta non può essere raggiunto il livello superiore del blocco sensitivo desiderato per un ostacolo alla diffusione dell'anestetico locale per la presenza di compressione delle strutture nervose o per un intervento chirurgico precedente. Alcuni autori preferiscono l'uso di una soluzione isobarica poiché può diffondersi più liberamente nel liquor rispetto a una soluzione iperbarica.

Una ridotta diffusione di una soluzione iperbarica può determinare il rischio di raggiungere delle concentrazioni di anestetico locale tossiche. Occorre valutare il momento di esecuzione del blocco centrale rispetto alla somministrazione della profilassi antitrombotica.

### Anomalie spinali congenite

L'approccio ai blocchi centrali deve essere fatto sui singoli pazienti. È stata descritta con successo l'analgesia epidurale durante il travaglio in pazienti con difetto del tubo neurale, in particolare con spina bifida. Si devono valutare attentamente i deficit neurologici presenti nelle pazienti e dare loro le informazioni relative alle possibili complicanze. A livello del midollo spinale, nello spazio epidurale e subdurale possono essere presenti malformazioni vascolari come l'emangioma e le varicosità venose. Inoltre la sindrome di Klippel-Trenaunay può essere complicata da una coagulopatia di Kasabach-Merritt. La risonanza magnetica permette di verificare la sicurezza di un blocco centrale toracico o lombare ma questa deve essere eseguita in più vicino possibile al giorno programmato per l'intervento. È stato affermato che il blocco centrale non si deve eseguire se non è disponibile la risonanza magnetica. Sono stati descritti ripetutamente blocchi spinali ed epidurali sia in interventi di ostetricia e non di ostetrica, e in alcuni di questi blocchi l'anestesia è stata eseguita lontano dalla zona lesa.

Dopo la rimozione del catetere centrale occorre seguire lo stato neurologico di questi pazienti per rilevare eventuali segni di possibile ematoma epidurale.

# le Pagine

## Aggiornamenti su

Acta Anaesthesiol Scand 55: 910-911

### Problemi di dolore cronico/stenosi spinale

La presenza di dolore lombare può spingere molti anestesisti ad astenersi dall'eseguire un blocco centrale poiché temono possibili peggioramenti delle condizioni del paziente. Tuttavia per decenni sono state eseguite infiltrazioni epidurali con cortisonici per il trattamento del dolore dorsale cronico, ernia del disco, sindrome da colpo di frusta, e problemi da inefficacia della chirurgia della colonna. Spesso è fonte di preoccupazione l'esecuzione di un blocco centrale in pazienti con stenosi della colonna.

Sono stati segnalati casi di debolezza muscolare, deficit sensitivi e sindrome della cauda equina dopo blocco centrali in paziente in cui nel postoperatorio è stata diagnosticata una stenosi della colonna in assenza o in presenza di scarsi sintomi prima dell'anestesia. Non è chiaro quanto questo è causato dalla tecnica di per sé o dalla scelta del farmaco, dal volume e dal modo di somministrazione epidurale (per bolo o per infusione), ma una relazione con un'improvvisa comparsa di problemi nel postoperatorio non può essere trascurata. I pazienti con preesistenti compressioni delle strutture nervose come ernia discale o stenosi spinale possono subire ulteriori lesioni sia per il farmaco somministrato che per l'ischemia dovuta all'effetto volume dell'iniettato.

Inoltre anche se piccolo, un ematoma epidurale autolimitante, probabilmente asintomatico in una colonna normale, può determinare conseguenze gravi in pazienti affetti da stenosi spinale. Sebbene l'anestesista non possa essere incolpato per l'assenza di disturbi e di una diagnosi chiara preoperatoria, questa può rappresentare oggetto di lunghe controversie medico-legali.

### Lombalgia e ernia discale in gravidanza

Le donne gravide soffrono di lombalgie e di radicolite con maggiore frequenza delle donne non gravide, talvolta persistenti per diversi mesi dopo l'epidurale; è stato ipotizzato che questo rappresenta un fattore di rischio ma studi prospettici hanno dimostrato che ad eccezione dei primi giorni, non esistono differenze rispetto alle pazienti che non sono state sottoposte a un blocco centrale. Questo e le modificazioni della posizione ginecologica dell'utero e degli annessi dopo il parto può essere una spiegazione plausibile per il dolore lombare piuttosto che la tecnica d'anestesia. Inoltre il parto stesso può causare un danno neurologico con conseguente dolore persistente.

Un danno della colonna lombosacrale e dei nervi degli arti inferiori si può avere in circa l'1% dei casi. La primiparità e un secondo stadio prolungato nella posizione litotomica sono stati i fattori di rischio più importanti mentre non lo è stato la realizzazione dei blocchi centrali, anche se possono prolungare il secondo stadio del travaglio. Le modificazioni ortostatiche della colonna, l'aumentata elasticità delle strutture periostali o la compressione diretta del plesso lombare può causare dolore lombare o anche un'erniazione del disco che può richiedere un intervento chirurgico prima o dopo il parto. Abbastanza spesso in queste pazienti l'ostetrico sceglie un parto cesareo. Attualmente sono stati descritti più di 10 casi di sindrome della cauda equina per uno spostamento posteriore del disco con la necessità di un intervento urgente.

Questo può essere eseguito in posizione prona o laterale. In questo caso l'anestesia epidurale è stata applicata con successo. Quando si programma la tecnica d'anestesia, una MRI della colonna della partorienta può fornire importanti informazioni.

### Precedente intervento alla colonna

La maggior parte dei testi considera un precedente intervento alla colonna, indipendentemente all'estensione, una controindicazione all'uso dell'anestesia regionale.

Anche nelle partorienti con precedente chirurgia della colonna, solo 2 tra 19 partorienti sono state sottoposte a analgesia epidurale per il parto. Peraltro le pazienti possono essere contrarie a sottoporsi al-

l'anestesia epidurale nel ricordo di un'esperienza spiacevole della precedente puntura lombare per la mielografia diagnostica o per paura che si ripetano i problemi precedenti o aumenti il dolore lombare rimasto. Il blocco centrale può essere difficile tecnicamente per la scomparsa dei reperi, presenza di cicatrici o di presidi o d'innesti ossei. Una radiografia della colonna lombare può essere d'aiuto quando si programma un blocco centrale. Oltre alle difficoltà tecniche in questi pazienti esiste un rischio aumentato di falsa perdita di resistenza, involontaria puntura della dura, inserimento traumatico dell'ago, blocco incompleto o a macchia di leopardo, per una maldistribuzione dell'iniettato con possibilità di accumulo di concentrazioni neurotossiche. Il blocco epidurale può essere più difficile del blocco spinale dopo chirurgia maggiore della colonna o l'inserimento della barra di Harrington e si è visto che in circa la metà dei pazienti, l'inserimento del catetere epidurale non è riuscito al primo tentativo, mentre molti hanno richiesto una maggiore quantità di anestetico locale o hanno ottenuto un blocco a macchia di leopardo.

Tuttavia, anche se con ripetute punture il successo è alto. Quando la zona di sintesi vertebrale termina sopra L3-L4 si può provare a inserire l'ago in un interspazio più basso non interessato dall'intervento chirurgico. Una recente analisi della letteratura relativa a 24 partorienti con scoliosi corrette chirurgicamente e 93 non corrette si è visto che il successo del blocco centrale è stato del 79% e del 69% rispettivamente, mentre i problemi si sono avuti soprattutto con il blocco epidurale.

Analogamente in 31 partorienti con precedente correzione chirurgica della scoliosi si sono rilevati problemi tecnici nel 9% dei casi e inefficacia dell'analgesia epidurale nel 9% delle partorienti; questo a conferma che con l'epidurale ci si devono aspettare delle difficoltà.

Pertanto la tecnica spinale deve essere preferita all'epidurale nei pazienti sottoposti a chirurgia maggiore della colonna, facendo attenzione a evitare i rischi di puntura del midollo spinale. Il successo dell'anestesia spinale in bolo singolo è stato descritto per salvare un blocco epidurale fallito. L'anestesia combinata spinale e epidurale (CSE) nonostante i problemi tecnici con l'epidurale, può offrire buone condizioni di anestesia intraoperatoria ottenute con la componente spinale mentre il catetere epidurale può essere d'aiuto nell'estendere e nel prolungare l'anestesia e l'analgesia.

L'anestesia spinale continua (CSA) può costituire un'interessante alternativa. Tuttavia con la tecnica del catetere intratecale rispetto all'anestesia spinale in bolo singolo si possono manifestare con maggiore frequenza le parestesie. Possibili rivasole legali da parte del paziente nel postoperatorio possono essere legate alle parestesie. In uno studio prospettico, di 41 partorienti con scoliosi trattata o non trattata chirurgicamente, a 19 delle quali era stata eseguita un'anestesia CSA, si è manifestato solo un caso di cefalea dopo puntura spinale. Pertanto la bassa incidenza di PDPH in queste pazienti potrebbe essere spiegata dalla presenza di tessuto cicatriziale a livello epidurale.

Uno studio recente ha valutato la fattibilità e la frequenza di complicanze dei blocchi centrali in 937 pazienti con stenosi spinale, discopatie o precedente chirurgia della colonna (207/937 = 22%). La frequenza del successo del blocco è stata alta (97%) e non si sono rilevate differenze tra le pazienti operate e non operate, mentre ci sono state involontarie punture durali o sanguinamenti nel 3% e 4% rispettivamente, ed è stato impossibile introdurre il catetere nel 4% delle pazienti.

Dieci pazienti (1,1%) hanno manifestato nuovi sintomi o un peggioramento di quelli preesistenti. Con 3 su 10 pazienti che avevano avuto un precedente intervento di chirurgia della colonna non è stato possibile affermare che, in soggetti con una pregressa chirurgia maggiore della colonna, il blocco centrale di per sé costituisca un fattore di rischio di com-



# ...ne Utili

a cura di Cosimo Sibilla

## ...i blocchi centrali

7; Curr Opin Anesthesiol 24:698-704

plicanze neurologiche. Inoltre in quattro di questi dieci pazienti è stata ipotizzata una causa chirurgica, mentre nei restanti sei si è pensato a fattori non chirurgici compresi quelli anestesiolgici. Gli autori ritengono che il blocco centrale potenzialmente causa dei deficit neurologici osservati nell'ambito della cosiddetta "sindrome del doppio schiacciamento".

Tuttavia almeno 4 di questi 6 casi sono oggetto di controversia per ciò che riguarda il possibile coinvolgimento dell'anestesia. Per prima cosa, in 3 di questi pazienti è stata usata una dose di adrenalina relativamente alta. In uno studio precedente era stato suggerito di evitare l'uso dell'adrenalina nei pazienti con deficit neurologici preesistenti.

In secondo luogo, in 2 pazienti i sintomi sono stati rilevati soltanto 1-3 settimane dopo l'anestesia; un paziente era diabetico e aveva avuto complicanze postoperatorie che hanno richiesto una degenza prolungata in Terapia Intensiva (intubato per 3 settimane con probabili neuropatie). In terzo luogo, è da prendere in considerazione l'effetto del tempo di ischemia con il manico come causa del danno neurologico. L'assenza di un gruppo di controllo rende difficile distinguere tra gli effetti della chirurgia, dell'anestesia, e dell'evoluzione naturale delle condizioni della colonna o dell'associazione di effetti.

Pertanto, è interessante notare che 9 dei dieci pazienti con sintomi nuovi o peggiorati avevano più di 70 anni, a conferma che la popolazione anziana presenta un rischio più alto.

Si è visto che gli ultrasuoni possono rappresentare un ulteriore aiuto nei blocchi centrali per individuare il migliore interspazio, la linea mediana e la profondità dello spazio epidurale (figura 1). Per esempio in un paziente con precedente chirurgia della colonna un ago sottile a punta di matita non è stato in grado di passare attraverso la resistenza dei tessuti, dopodiché è stato possibile eseguire la puntura lombare ecoguidata con un ago più tagliente.

### Pompa impiantabile e stimolatori

I pazienti con pompa impiantabile e stimolatori del midollo spinale sono stati oggetto di preoccupazione per i blocchi centrali per il rischio di danneggiare l'impianto d'iniezione e per gli effetti non conosciuti dei farmaci iniettati. Tuttavia è stato evidenziato che il blocco centrale non ha avuto alcun effetto

negativo. Pertanto la presenza di un sistema spinale impiantato non dovrebbe essere usato per l'anestesia e l'analgesia intraoperatoria poiché la somministrazione di altri farmaci favorisce il rischio di contaminazione e può compromettere la stabilità del farmaco (miscela) presente nel sistema. Se possibile si deve scegliere un interspazio più basso e il catetere deve essere introdotto per non più di 3-5 cm nello spazio epidurale. Un catetere spinale può causare perdita di liquor che richiede qualche intervento come un blood patch o un intervento chirurgico per essere corretta.

### Insuccesso della chirurgia della colonna e infiltrazioni epidurali

Anche se l'indicazione è controversa, in molti paesi, i pazienti con dolore residuo o ricorrente dopo chirurgia della colonna sono trattati con infiltrazioni epidurali con o senza corticosteroidi. Si pone il problema se questi pazienti dovrebbero essere trattati con un'epidurale lombare o piuttosto con un approccio caudale. L'approccio caudale richiede innanzitutto il riempimento del canale sacrale almeno con 10 ml con uno spreco di farmaco inevitabile per raggiungere il livello lombare basso e medio nei soggetti non operati. Tuttavia una recente review sistematica suggerisce che l'infiltrazione epidurale per via caudale per il dolore lombare dopo laminectomia lombare può offrire un successo soddisfacente a lungo termine nella maggior parte dei pazienti. Questi dati sono supportati da uno studio più recente che ha confrontato gli anestetici locali con o senza corticosteroidi.

### Pregressi tappo epidurale liquido o blood patch

Molto probabilmente insuccessi singoli hanno indotto i medici a suggerire che un blood patch epidurale può ridurre la frequenza di successo di un'anestesia epidurale. Questo è stato supportato da uno studio che ha rilevato una riduzione del successo del 30%-40% dopo un tamponamento epidurale con liquidi o dopo un blood patch. Tuttavia uno studio successivo ha dimostrato che un tamponamento epidurale con liquidi non pregiudica un successivo successo di un'analgesia epidurale, mentre il rischio della necessità di un altro tamponamento epidurale con liquidi è del 4%. In un altro studio si è rilevato un successo del 95% dell'anestesia epidurale indipendentemente dal fatto che il paziente avesse o meno ricevuto un blood patch dopo una puntura dura.

### Conclusioni

In generale preesistenti malattie neurologiche e precedenti interventi a livello della colonna possono rappresentare un dilemma per l'anestesista. Molti anestesisti temendo problemi medico-legali, possono considerare la presenza di preesistenti patologie della colonna o interventi chirurgici come una controindicazione all'anestesia regionale. Purtroppo mancano studi controllati sull'argomento. Come conseguenza le raccomandazioni, se possibile, possono essere basate sulla descrizione di ampie serie di casi e di casi molto meno numerosi se non aneddotici. Pertanto la maggior parte delle decisioni deve essere prese su base individuale.

Sebbene le preoccupazioni relative ai blocchi centrali dovrebbero essere sempre presenti, esse dovrebbero non essere sopravvalutate e riferite a tutti i problemi della colonna indipendentemente dalla loro natura. In molte condizioni il rapporto rischi/benefici può essere favorevole al blocco centrale. I recenti sviluppi della tecnologia degli ultrasuoni può aiutare l'anestesista a individuare la linea mediana, e il migliore interspazio di approccio quando si esegue un blocco centrale nei pazienti con precedenti patologie e interventi della colonna. Tuttavia occorre prendere alcune precauzioni: un'accurata valutazione preoperatoria resta indispensabile, informando il paziente circa le difficoltà tecniche, l'insuccesso del blocco, la possibilità di ripresa dei disturbi e/o l'aggravamento associate allo stress dell'intervento, al

parto, e all'anestesia. Molti pazienti sono molto allarmati e preoccupati per l'ago nella schiena, anche a causa di possibili precedenti spiacevoli esperienze di punture lombari diagnostiche. Devono essere rassicurati che la debolezza muscolare intraoperatoria e la perdita della sensibilità non ha nulla a che fare con un successivo aggravamento o una ricaduta della loro patologia. Si deve evitare sempre la somministrazione di alte concentrazioni e volume di anestetico locale, per evitare un'ulteriore tossicità locale, ischemia o compressione meccanica. Quando occasionalmente si manifesta una parestesia durante la puntura, questa non deve comportare automaticamente un'interruzione del blocco centrale; tuttavia essa rappresenta un motivo per rivalutare l'indicazione della tecnica nel caso in oggetto ed eseguire il blocco in un altro interspazio.

La maggior parte dei pazienti può trarre vantaggio da una tecnica spinale piuttosto che dall'epidurale meno affidabile. I pazienti con stenosi spinale dovrebbero ricevere un'attenzione particolare, sebbene questa condizione sia spesso sconosciuta al momento del blocco. Nel caso di peggioramento dei sintomi o di comparsa di nuovi disturbi neurologici dopo blocco centrale, l'anestesista non dovrebbe prendersi automaticamente la colpa, ma eseguire insieme al medico curante tutte le consulenze diagnostiche neurologiche e i trattamenti.

## ANESTESIA REGIONALE NEI PAZIENTI IMMUNODEPRESSI: RISCHI D'INFEZIONE

In conseguenza dei cambiamenti demografici gli anestesisti nel loro lavoro quotidiano incontrano un numero crescente di pazienti anziani e affetti da molte patologie.

Pertanto la proporzione di pazienti immunodepressi (ad esempio quelli con neoplasie, diabete mellito, e quelli in terapia con immunosoppressori e/o chemioterapia (ad esempio malattia infiammatoria dell'intestino, malattie autoimmuni), e dopo trapianto) è peraltro in aumento. L'anestesia regionale (blocchi periferici e centrali) possono essere vantaggiosi in questi pazienti e possono essere presi in considerazione per ottenere un adeguato trattamento del dolore e minimizzare i rischi per i pazienti.

### Dati recenti

Sono disponibili solo pochi studi e dati relativi ai blocchi regionali nei pazienti immunodepressi. Tuttavia sono state pubblicate recenti analisi di ampi database sul trattamento in generale del dolore postoperatorio. Finora non sono disponibili linee guida con le indicazioni e le limitazioni dell'anestesia regionale in questi pazienti. La frequenza delle complicanze è rara ma potenzialmente disastrosa. Tuttavia queste tecniche di per sé non possono essere controindicate in assoluto nei soggetti immunodepressi purché si prendano le dovute precauzioni.

Si raccomanda un approccio interdisciplinare per le indicazioni delle tecniche di anestesia regionale nei pazienti immunodepressi. Occorre fare ogni sforzo per ottenere un consenso multidisciplinare sul rapporto rischio/beneficio.

### Introduzione

Le tecniche d'anestesia regionale come i blocchi centrali e periferici hanno acquisito un ruolo fondamentale nella moderna anestesia. I cambiamenti demografici sono importanti per stabilire le relazioni tra anestesia generale e lo svolgimento delle procedure.

Con l'aumento dell'età e del livello di rischio ASA l'incidenza della mortalità associata all'anestesia è aumentata.

La percentuale di pazienti anziani e con morbilità multiple è anche aumentata e di conseguenza la percentuale di pazienti immunodepressi (ad esempio quelli con neoplasie, diabete mellito, e i soggetti in trattamento con immunosoppressori e/o chemioterapia - ad esempio per malattia infiammatoria intestinale, malattie autoimmuni - e dopo trapianto). Per questi pazienti, il blocco regionale (periferico e centrale) può essere vantaggioso per ottenere un adeguato trattamento del dolore e ridurre i rischi per il paziente. Purtroppo non sono disponibili linee guida con le indicazioni e le limitazioni delle tecniche di anestesia regionale in questi pazienti.

### Complicanze infettive dopo anestesia regionale

Le complicanze gravi e la persistenza dei sintomi sono molto rare dopo anestesia regionale. Tuttavia ci possono essere gravi conseguenze per i pazienti, per esempio la paralisi.

### Blocchi periferici

Neuburger ha studiato la frequenza di complicanze infettive e dei danni neurologici nell'anestesia regionale periferica con catetere in uno studio che comprendeva 2491 inserimenti di catetere. La frequenza d'infezioni è stata del 4,2% per le forme lievi, del 2,4% per le forme medie e dello 0,8% per le forme gravi. L'infezione lieve è stata definita come la presenza almeno di due caratteristiche (arrossamento, gonfiore, e dolore alla pressione nel punto di puntura del catetere). L'infezione moderata prevedeva la presenza di almeno 2 delle seguenti caratteristiche: aumento della proteina C-reattiva (CPR), piorrea nella sede della puntura, febbre, leucocitosi, e necessità di terapia antibiotica. È stata considerata grave un'infezione quando è stato necessario un intervento chirurgico.

I pazienti con infezioni gravi molto spesso presentano delle comorbilità come diabete mellito o cardiopatia coronarica. I catetere erano rimasti inseriti in media 4,69 giorni prima della comparsa dell'infezione. Danni nervosi lievi o gravi si sono evidenziati rispettivamente con una frequenza di 0,3% e 0,2%.

Uno studio prospettico di 1065 blocchi nervosi periferici condotto in Australia riferisce una frequenza di complicanze neurologiche dello 0,22%. Lo studio non fornisce alcuna informazione chiara sui fattori di rischio e la presenza di comorbilità nei pazienti.

### Blocchi centrali

La comparsa di un'infezione dopo un blocco epidurale o spinale è pericolosa per il rischio di lesioni nervose che possono comportare una paraplegia persistente.

### Ascesso spinale epidurale (meningite)

Il quadro clinico dell'ascesso spinale epidurale ha un'incidenza di circa 1 paziente ogni 10.000 ricoveri ospedalieri all'anno, sebbene la frequenza sia raddoppiata in questi ultimi 20 anni.

Una metanalisi relativa a 915 pazienti con ascesso spinale epidurale ha individuato le seguenti caratteristiche o fattori di rischio: maggiore frequenza nella fascia d'età tra 30 e 70 anni; rapporto maschi/femmine 1/0,56; diabete mellito (1/4; 128); abuso di sostanze per via endovenosa (n. 75), abuso di alcool (n. 41), infezioni (n. 377), trauma (n. 85), comorbilità (n. 83), procedure invasive (n. 188, comprese 42 epidurali e 9 spinali). Nella categoria infezioni è stata compresa una grande varietà di diversi tipi e sedi d'infezioni; in ordine di frequenza decrescente le quattro forme più frequenti sono state l'ascesso cutaneo, i foruncoli, le infezioni periungueali, osteomielite/discite vertebrale, le infezioni polmonari/midollari, e la sepsi.

Sebbene negli ultimi anni ci siano state numerose pubblicazioni sul rischio dell'ascesso spinale/epidurale associate con un blocco centrale, non è possibile quantificare con precisione il rischio. Uno studio prospettico condotto in Danimarca su un periodo di 12 mesi ha preso in considerazione 17.372 cateterismi epidurali. Si è avuto un ascesso spinale epidurale in 9 pazienti, tra questi 8 erano stati classificati come immunodepressi (neoplasia maligna, diabete mellito, trauma multipli).

È stata calcolata un'incidenza media di 1 caso ogni 1930 pazienti, con un'ulteriore distinzione tra ospedale universitario (1/5661) e ospedale generale (1/769). La mediana del tempo di cateterizzazione è stata di 6 giorni, il periodo medio di latenza fino alla diagnosi d'infezione è stato di 5 giorni. In uno studio Svedese è stato studiato un totale di 450.000 epidurali, (comprese 200.00 su pazienti ostetriche) e di 1.260.000 anestesie spinali, nel periodo dal 1990-1999. Si sono avuti 13 casi di ascessi spinali epidurali (12 con l'epidurale e 1 con la spinale) con un'incidenza di 1 caso ogni 37.500 epidurali e 1 ogni 1.260.000 spinali. Almeno un fattore di rischio per infezione era presente nel 75% dei pazienti con epidurale: diabete mellito (n. 4), neoplasia maligna (n.3), abuso cronico di alcool (n.1) e terapia a lungo termine di corticosteroidi (n. 1). La mediana del tempo medio di latenza tra l'inserimento del catetere e i primi sintomi è stata di 5 giorni nello studio danese. Questo studio ha rilevato dei casi di meningite purulenta. Queste si sono avute dopo 20 anestesie spinali e 4 anestesie epidurali.

Nel gruppo epidurale, un paziente aveva subito un trauma toracico e 2 altri erano diabetici. Nel gruppo spinale non erano presenti precedenti patologie ad eccezione di un paziente con diabete mellito e di un altro che era in terapia con corticosteroidi per il morbo di Addison. L'incidenza dell'ascesso epidurale è stata studiata prospetticamente in tre recenti studi. Tra 30.500 sono stati diagnosticati 29 ascessi epidurali o meningite, con un'incidenza media di 1 caso ogni 3127 pazienti. I fattori di rischio d'immuno-compromissione erano presenti in 12 pazienti.

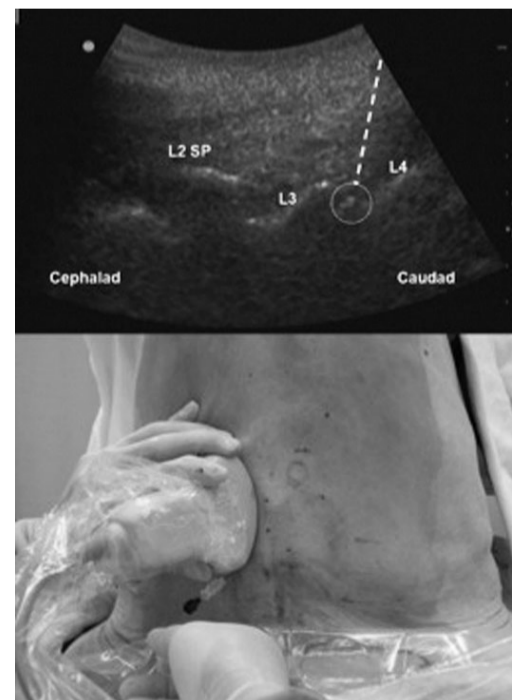


Fig. 1. In un paziente anziano con grave cifoscoliosi e alterazioni degenerative della colonna, è stata eseguita un'anestesia spinale con guida ultrasonica in tempo reale con un approccio paramediano. Fotografia con ultrasuoni. La freccia indica la traiettoria dell'ago e il cerchio la punta dell'ago (percepibile come una macchia iperecogena). L2SP: processo spinoso a livello L2; L3 e L4 lamina a livello di L3-L4.

Cinque pazienti erano affetti da neoplasia maligna, 2 erano in terapia cronica con corticosteroidi, 3 presentavano diabete mellito, uno era denutrito. In 17 pazienti non sono stati rilevati fattori di rischio.

Llewellyn e Moriarty hanno studiato nel Regno Unito la frequenza di complicanze in 10.633 epidurali nei bambini in un periodo di 5 anni. Hanno rilevato 2 casi di ascesso spinale epidurale (1 in 5.316; tempo di cateterizzazione tra 22 e 115 ore) e 1 caso di meningite (1 in 10.633; tempo di cateterizzazione 96 h). Danni nervosi sono stati descritti in sei casi.

L'anestesia regionale ostetrica ha un'importanza maggiore, poiché il 60% delle donne ha scelto l'epidurale in più di 4 milioni di parti negli USA nel 2003. Per esempio Ruppen ha eseguito una metanalisi su più di 1,2 milioni di epidurali per l'anestesia durante il travaglio. Il rischio d'infezione epidurale è stato di 1 su 145.000 e il rischio di danno neurologico persistente è stato di 1 su 237.000 casi.

**Immunodeficienza/immunosoppressione**

Nei pazienti immunodepressi è presente un rischio d'infezione aumentato, che può aumentare dopo procedure mediche. Le immunodeficienze sono divise in forme primarie e secondarie, rispetto alle cause. Le forme congenite e quindi primarie comprendono per esempio la sindrome di Bruton-Gitlin (deficit delle cellule T), la sindrome di Di George (un deficit delle cellule B), e la sindrome di Louis-Bar (deficit associati di cellule T e cellule B). Le forme acquisite, secondarie, d'immunodeficienza possono essere causate da diverse malattie come diabete mellito, neoplasie maligne, infezione HIV, malnutrizione, abuso di droghe e alcool, chemioterapia, terapia con glicocorticoidi, e immunosoppressione dopo trapianto, malattie autoimmuni, vasculite, artrite reumatoide, e malattia cronica intestinale. L'entità e la durata della granulocitopenia (meno di 500 granulociti per ml) è il migliore indicatore di rischio d'infezione generale. Quando la granulocitopenia dura fino a 5 giorni il rischio è minimo; con un periodo da 6 a 10 giorni il rischio è maggiore (esiste un rischio d'infezione del 30% con una leucopenia <1000/ml o del 50% con un numero di granulociti <100/ml); quando la granulocitopenia dura più di 10 giorni i pazienti sono ad alto rischio (rischio d'infezione batterica del 70%).

**Complicanze infettive in ambito d'immunocompromissione e malattie particolari**

Diverse condizioni cliniche e malattie si associano a una condizione d'immunosoppressione. La conoscenza del rischio d'infezione in queste condizioni cliniche è importante per valutare l'indicazione delle tecniche di anestesia regionale.

**Terapia cronica con corticosteroidi**

Circa 1-3% della popolazione mondiale fa un uso cronico di corticosteroidi, con il rischio di possibili effetti secondari come l'obesità del tronco, l'ipertonia, l'osteoporosi, il glaucoma, l'atrofia muscolare, le psicosi e le infezioni. Le indicazioni per la terapia con corticosteroidi sono numerose, per esempio l'asma, l'artrite reumatoide, il lupus eritematoso, la malattia infiammatoria cronica intestinale, e i trapianti d'organo. Una dose giornaliera di 7,5 mg di prednisone o equivalente si ritiene che sia la soglia dose per la sindrome di Cushing. Il livello dell'ipercorticoidismo si correla con il rischio d'infezione batterica o opportunistica. Questa predisposizione è causata da un effetto multifattoriale sul sistema immunitario.

Anche dopo una somministrazione singola di corticosteroidi la linfocitopenia, la monocitopenia, e/o l'eosinofilia, dura per 4-6 ore successive. Non diminuisce solo il numero di cellule ma sono ridotte anche le funzioni come la fagocitosi, l'attività battericida, la migrazione, e la produzione di citochine. Le infezioni opportunistiche tipiche comprendono l'aspergillosi invasiva, la candidosi, l'infezione da Pneumocisti Carini, e l'infezione da citome-galovirus. Il rischio d'infezione generale nei pazienti in terapia corticosteroidea cronica dipende dal tipo, modalità di somministrazione, dose e durata del trattamento. Questo è stato evidenziato in una metanalisi di 71 studi controllati comprendenti 4198 pazienti. La frequenza d'infezioni (complicanze mortali o non mortali) nel "gruppo con steroidi" è stata del 12,7% rispetto all'8% nel gruppo di controllo. Sfortunatamente non sono stati forniti dettagli per permettere un'ulteriore differenziazione delle complicanze infettive. Stuck conclude che non

esiste evidenza che ci sia stato un aumento del rischio d'infezione con una dose inferiore a 10 mg/die.

In uno studio recente pubblicato da Wolfe, è stata rilevata una relazione dose-dipendente tra il prednisone e il rischio di polmonite nei pazienti con artrite reumatoide. In un altro studio sull'artrite reumatoide, si è visto che il rischio di gravi infezioni batteriche è raddoppiato se si usano corticosteroidi rispetto al metotrexate e che esiste una relazione dose-effetto per dosaggi superiori a 5 mg/die: il rischio relativo per dosi inferiori a 5 mg/die è 1,34; alle dosi di 6-9 mg/die il rischio è di 1,53; da 10 a 19 mg/die il rischio è di 2,97; a dosi maggiori di 20 mg/die il rischio relativo è di 5,48.

Si è visto che il prednisone è un fattore di rischio per le infezioni gravi nei pazienti che ricevono il trattamento per il morbo di Crohn. È degno di nota ricordare che sono stati descritti numerosi casi di ascessi spinali epidurali per la tendenza del morbo di Crohn a sviluppare fistole, ma gli ascessi si sono manifestati spontaneamente e non sono correlati causalmente all'anestesia regionale. Il rischio di un ascesso epidurale nei soggetti in trattamento cronico con glicocorticoidi varia da 1: 15.250 a 1: 450.000.

**Chemioterapici**

Numerosi diversi chemioterapici con talvolta importanti differenze sono utilizzati per trattare i tumori maligni.

I maggiori effetti secondari dei chemioterapici sono la loro influenza sull'emopoiesi, con conseguente anemia, leucopenia/neutropenia e piastrinopenia. Tra queste la più frequente è la neutropenia e la sua entità e durata si correla direttamente con l'incidenza di infezioni gravi. Tuttavia non sono disponibili studi specifici oltre quello svedese (3 casi di ascessi su 450.000 epidurali) e i tre studi prospettici con 5 casi di ascessi su 30.500 epidurali.

Rispetto alla terapia cronica con corticosteroidi il rischio di ascesso epidurale nelle neoplasie maligne sembra essere più alto, pari a 1/6.100 e 1/150.000.

**Immunosoppressione dopo trapianto d'organo**

I pazienti sottoposti a trapianto d'organo presentano un importante aumento del rischio di complicanze infettive per la terapia immunosoppressiva. Numerosi farmaci immunosoppressivi presentano diversi gradi di tossicità ematologica e effetti secondari. È possibile che sia presente una piastrinopenia indotta da globuline antilinfociti/antitumorali. L'azatioprina può causare anemia.

Nei centri di trapianti sono preferiti i blocchi centrali intra e postoperatori per assicurare un'adeguata perfusione durante il trapianto di organi solidi. Sono stati eseguiti pochi studi sui rischi della peridurale nei pazienti sottoposti a trapianto d'organo.

Uno studio retrospettivo in 39 bambini dopo trapianto di rene eseguito in un centro di trapianti pediatrico in Australia non ha rilevato complicanze significative come l'ematoma spinale epidurale o l'ascesso. Tuttavia occorre rilevare che lo studio non fornisce indicazioni sullo stato d'immunosoppressione e la durata media del cateterismo epidurale è stata di 1,7 giorni. In 20 pazienti è stata somministrata come supplemento un'anestesia endovenosa controllata con oppioidi quando la qualità dell'anestesia è stata insufficiente. L'anestesia combinata spinale/epidurale è stata confrontata con l'anestesia generale in 50 pazienti sottoposti a trapianto di rene e gli autori affermano che c'è stato un aumento delle complicanze. Tuttavia non sono stati indicati i farmaci immunosoppressori somministrati né il tempo di cateterizzazione epidurale.

Trzebicki riferisce della sua esperienza con l'anestesia epidurale toracica in pazienti sottoposti a trapianto di fegato. È stata applicata l'anestesia epidurale a 67 pazienti su 279 soggetti sottoposti a trapianto di fegato dal 2000.

Il catetere epidurale è stato rimosso dopo 5 giorni e l'autore non riferisce alcuna complicanza correlate all'epidurale toracica. Inoltre sono stati descritti alcuni casi di anestesia epidurali o sacrali in bambini sottoposti a trapianto di fegato. Tuttavia sono stati descritti due casi di ascesso spinale epidurale durante la terapia con immunosoppressori con uno sviluppo spontaneo senza anestesia regionale.

**Infezione HIV**

Si ritiene che circa il 25%-30% dei pazienti HIV-positivi possano avere bisogno di un intervento chirurgico durante la malattia. Pertanto

l'infezione HIV potrebbe essere presente quando si programma un blocco regionale.

Per le donne gravide HIV positive con una carica virale alta si raccomanda di eseguire un parto cesareo d'elezione evitando le contrazioni dell'utero per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione al bambino. Sono disponibili piccoli studi che hanno rilevato che la frequenza di complicanze infettive in questo gruppo di pazienti è più alta. Nello studio di Hughes, l'anestesia regionale (spinale o epidurale) è stata eseguita senza alcun problema in 18 partorienti. Inoltre l'anestesia regionale non influenza l'andamento della malattia, in quanto la valutazione pre e postoperatoria non ha evidenziato modificazioni nella funzione immunitaria. Tuttavia gli stessi autori sottolineano che questi erano pazienti relativamente sani in uno stadio CDC A2 o B2 (lo stadio CDC: A, infezione HIV asintomatica; B, infezione HIV associate a sintomi di malattia ma non malattia di AIDS; C, malattia di AIDS; 1 = conta delle cellule CD4 > 350/ml; 2 = conta delle cellule CD4 < 350/ml; 3 = conta delle cellule CD4 < 200/ml).

Avidan ha studiato 44 pazienti gravide HIV positive in cui è stata eseguita l'anestesia spinale per il parto. Non ci sono state infezioni associate all'anestesia in nessuna paziente. Al momento dell'intervento la conta delle cellule CD4 aveva un valore medio di 396 cellule per millilitro; il range di riferimento era tra 400 e 2200/ml. In un altro studio sono state studiate 54 pazienti con anestesia spinale. Non si sono avute complicanze direttamente correlate all'anestesia, ma nel postoperatorio si sono manifestate complicanze come bronchiti, polmoniti, problemi di guarigione delle ferite nel 17% delle pazienti. C'è stata un'associazione significativa tra un basso valore di linfociti CD4 e rischio di complicanze. Gli autori affermano che sarebbe auspicabile tentare un miglioramento immunitario con una conta dei linfociti CD4 a un valore maggiore di 400/ml prima del parto cesareo. Du Pen descrive una frequenza d'infezione dell'82% in 11 pazienti con AIDS studiati, durante una terapia di lunga durata con catetere epidurale e tunnelizzazione sottocutanea.

**Considerazioni igieniche**

Un'accurata e meticolosa osservanza delle misure igieniche quando si eseguono procedure invasive è un elementare comportamento profilattico nei confronti delle infezioni. Inoltre nella realizzazione di un blocco regionale, soprattutto se si fa uso del catetere, le misure di sterilità sono assolutamente necessarie e devono essere attentamente osservate. La validità di questo è dimostrata dalla descrizione di numerosi casi di complicanze infettive. Per esempio si è avuta una fascite necrotizzante con esito fatale, in una donna dopo un blocco del plesso brachiale per via ascellare in bolo singolo per la decompressione del tunnel carpale. È stato isolato uno streptococco A, probabilmente proveniente dalla cute o dalla bocca dell'anestesista.

Schneeberger ha trovato lo stesso patogeno in un tampone faringeo dell'anestesista e in quattro pazienti con meningite dopo spinale.

**Raccomandazioni pratiche**

Un tempo limitato di cateterizzazione per esempio 72 ore con un catetere epidurale, sembra generalmente un procedimento ben tollerato per il paziente. Nei pazienti in terapia con immunosoppressori, può essere utile misurare la conta totale dei leucociti non solo una volta nel preoperatorio, ma di eseguire una conta dei diversi tipi di cellule della serie bianca ripetendola in seguito. L'obiettivo sarebbe una conta normale di leucociti e una conta dei linfociti T CD4 maggiore di 400/ml. I pazienti in terapia con glicocorticoidi a una dose inferiore a 10 mg/die con un dosaggio cumulativo inferiore a 700 mg di prednisone non sembra abbiano un rischio di infezione aumentato. Se possibile i filtri antibatterici inseriti sul catetere non devono essere sostituite senza un motivo importante. Per evitare contaminazioni con i batteri cutanei, la punta del catetere non deve essere toccata durante l'inserimento. La tunnelizzazione sottocutanea del catetere può ridurre la contaminazione batterica, il cambio della medicazione nella sede della puntura deve essere ridotta al minimo e si devono mantenere delle condizioni di sterilità.

Un esame microbiologico della punta del catetere dopo la rimozione è utile. Inoltre, una visita quotidiana del paziente e la presenza costante di personale competente sono indispensabili per assicurare il riconoscimento prima possibile delle complicanze.

Inoltre la diagnosi e la terapia devono essere messe in atto immediatamente, per esempio quando c'è il sospetto di un ematoma spinale epidurale. Occorre evitare qualsiasi ritardo in questo tipo di problematiche per ottenere un completo guarigione del paziente senza deficit neurologici.

**Conclusioni**

I pazienti in stato d'immunosoppressione da varie cause presentano un rischio più alto di contrarre complicanze infettive. Sia i patogeni tipici sia gli agenti opportunistici possono avere un ruolo importante. È disponibile solo una piccola ricerca relativa all'anestesia regionale nei pazienti immunosoppressi. La frequenza delle complicanze è rara ma potenzialmente disastrosa. Pertanto si raccomanda un approccio multidisciplinare riguardo alle indicazioni dell'anestesia regionale nei pazienti immunosoppressi. Ci si deve sforzare per realizzare un consenso multidisciplinare con una valutazione soprattutto del rapporto rischi/benefici.

Di per sé non si può ritenere la tecnica come assolutamente controindicata nei pazienti immunosoppressi se si prendono le dovute precauzioni. Il periodo di cateterizzazione deve essere più breve possibile, si devono rispettare le misure igieniche, e la cosa più importante è una rigorosa supervisione sullo svolgimento della procedura.

**Test d'apprendimento**

Quesiti	
1. Nei pazienti con lesioni spinali in fase acuta e perdita di sensibilità nella sede chirurgica:	a) non è necessario alcun tipo d'anestesia; b) è preferibile un'anestesia spinale; c) <u>è preferibile un'anestesia generale.</u>
2. Nelle pazienti affette da lesioni spinali è preferibile usare:	a) i miolorassanti depolarizzanti; b) <u>i miolorassanti non depolarizzanti;</u> c) si possono usare tranquillamente tutti i miolorassanti.
3. Per il parto cesareo di pazienti con lesioni spinali è consigliabile:	a) non eseguire alcuna analgesia; b) eseguire un'anestesia spinale; c) <u>eseguire un'anestesia epidurale.</u>
4. Nei pazienti sottoposti a chirurgia maggiore della colonna la tecnica d'anestesia preferibile è:	a) <u>l'anestesia spinale;</u> b) l'epidurale; c) nessuna delle precedenti.
5. Un precedente blood patch pregiudica il successo di una successiva epidurale?	a) sì; b) <u>no;</u> c) non esiste una sufficiente esperienza per dare un giudizio.
6. Nei pazienti in terapia corticosteroidea cronica qual è la dose soglia al di sopra della quale aumenta il rischio d'infezione perioperatoria:	a) 5 mg di prednisone o equivalenti; b) <u>10 mg di prednisone o equivalenti;</u> c) 7 mg di prednisone o equivalenti.
7. Rispetto alla terapia cronica con corticosteroidi il rischio di ascesso epidurale nelle neoplasie maligne sembra essere:	a) <u>maggiore;</u> b) inferiore; c) simile.
8. Le donne gravide HIV positive con una carica virale alta è preferibile:	a) eseguire un parto vaginale; b) eseguire un parto cesareo d'elezione; c) non esistono indicazioni specifiche.
9. Nelle donne affette da paraplegia, per il parto:	a) è consigliabile un'anestesia epidurale; b) non è necessaria alcuna analgesia; c) <u>è consigliabile programmare un TC.</u>
Le risposte corrette sono sottolineate	

**AAROI-EMAC Sicilia**

# Posti-letto in Rianimazione: tagli inaccettabili

**La richiesta di modifiche alla proposta sulla "rimodulazione della rete ospedaliera anno 2013" inviata alle competenti Istituzioni Regionali: Governatore, Assessore e VI Commissione**

Il Consiglio Regionale della associazione medica AAROI-EM.A.C. (Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica) dopo aver analizzato la proposta di decreto assessoriale 2013 "rimodulazione della rete ospedaliera", che modifica il D.A. 2010, per quanto riguarda i posti letto di Rianimazione, rappresenta che, a seguito di una verifica effettuata al 31/12/2013, sono attivi nelle 35 Rianimazioni Siciliane 288 posti letto, ben lungi dai 384 posti - letto previsti dal D.A. del 2010, mai realizzato e disatteso per mancato finanziamento. La Sicilia, assieme alla Puglia e alla Basilicata, è una delle ultime regioni italiane per dotazione di posti letto attivi di Rianimazione in rapporto alla popolazione residente. Considerando che, occorre un posto letto ogni 10.000 abitanti, in Sicilia, con 5.071.384 residenti dovrebbero essere attivi 507 posti letto di Rianimazione, in realtà ne sono attivi 288, per carenza di posti letto pazienti vengono trasferiti mediante eliambulanza in altre Regioni (Campania e Calabria) con enormi disagi per i familiari e spreco di risorse, o nelle migliori delle ipotesi si improvvisano posti letto di Rianimazione utilizzando le sale operatorie e le relative apparecchiature con il blocco delle attività chirurgiche.

Nello specifico della proposta di D.A. 2013 Il Consiglio Regionale dell'AAROI - EM.A.C. rappresenta quanto segue:

1) Prende atto della previsione di nuovi posti letto di Rianimazione presso i P.P.OO. di Avola Sr (sei posti) Lentini Sr (sei posti) Licata Ag (6 posti) zone storicamente carenti di posti letto di Rianimazione.

2) Prende atto degli incrementi dei posti letto di Rianimazione presso l'ARNAS Civico di Palermo da 42 a 48, Villa Sofia - Cervello da 30 a 36 dell'A.OUP di Palermo da 10 a 13., Aziende Sanitarie in cui operano chirurgie speciali (neurochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica ecc) di Gela da 8 a 10, di Nicosia da 4 a 8 zone carenti di posti letto di Rianimazione.

3) Contesta la disattivazione dei posti letto della Rianimazione del P.O. di Castelvetrano, si fa osservare che in quest'ultima sono stati ricoverati nell'anno 2012, 159 pazienti e 49 sono stati trasferiti per mancanza di posti letto in altre Rianimazioni, è l'unica Rianimazione ad est della provincia di Trapani, le altre due, Marsala e Trapani sono all'estremo ovest e vicine fra di loro, fra l'altro la Rianimazione di Castelvetrano è in prossimità di una grossa arteria viaria quale l'autostrada Palermo - Mazara, il P.O. di Castelvetrano è sede di un importante punto nascita della Valle del Belice.

4) Contesta le riduzioni dei posti letto del P.O. di Siracusa da 12 a 8, del P.O. "G.F. Ingrassia" da 8 a 6, del P.O. di Vittoria da 6 a 4, del P.O. di Trapani da 8 a 6, del Garibaldi di Catania da 28 a 21, del P.O. di Caltanissetta da 12 a 10, perché la riduzione dei posti, letto così come proposta dal D.A., non ridurrebbe i costi per quanto riguarda l'assistenza medica e infermieristica. Si ricorda che, come previsto dal decreto del 27/05/2003 n.810, il migliore rapporto costi e benefici è rappresentato dal modulo di 8 o più posti letto di Rianimazione. Fra l'altro l'ARNAS Garibaldi di Catania e il P.O. di Caltanissetta sono sedi di chirurgie speciali (neurochirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, ecc) che necessitano di assistenza rianimatoria nel post operatorio.

5) Contesta la disattivazione dei posti di Neurorianimazione dell'A.OUP di Messina, si ricorda che sono solo quattro le UU.OO. di neurochirurgia nella nostra Regione (Palermo, Catania, Messina e Caltanissetta).

6) Contesta la mancata previsione dell'attivazione dei posti letto di Neurorianimazione presso l'A.OUP di Palermo e di Terapia Intensiva Cardiochirurgica.

7) Contesta la disattivazione dei posti letto di Rianimazione presso il P.O. Santo Bambino dell'A.OUP di Catania, presidio dove si effettuano più di duemila parti l'anno, sede di punto nascita di



Il livello, la disattivazione dei posti letto diminuisce pericolosamente la sicurezza del binomio materno -fetale, con incremento notevole del rischio clinico.

Pertanto, la scrivente associazione medica AAROI-EM.A.C.

**CHIEDE**

Alle SS.LL. la modifica della proposta di D.A. 2013 evitando le pericolose riduzioni e disattivazioni di posti letto di Rianimazione, data la gravissima carenza, più volte denunciata dall'AAROI-EM.A.C., a tutela della vita dei pazienti siciliani, e per evitare che gli stessi stazionino sulle autoambulanze del 118 in attesa che si liberi un posto letto o che si ripetano fatti tragici simili a quanto successo presso il P.O. di Nicosia il 09/08/2013.

*Emanuele Scarpuzza*  
Presidente AAROI-EMAC Sicilia  
Vice Presidente Nazionale AAROI-EMAC Area Sud

**AAROI-EMAC Molise**

## L'ultimo "pasticcio" sanitario molisano Riorganizzazione aziendale: necessario il confronto

Con il termine "pasticcio", in musica, si definisce una composizione, tipica del periodo barocco, generalmente scritta assemblando pezzi di vari autori, che, eventualmente, venivano adattati ad un nuovo testo; lo scopo era quello di comporre opere velocemente.

Orbene, il noto e da più parti criticato provvedimento di riorganizzazione aziendale n.1455/2013 del Direttore Generale dell'ASREM (Azienda Sanitaria Regione Molise) dispone di approvare sia la riorganizzazione della macroarea ospedaliera e territoriale, sia il piano degli esuberanti che, necessariamente, ai sensi del decreto legge n.101 del 31 agosto 2013 convertito con modificazioni in legge n.125 del 30 ottobre 2013, richiamato nel succitato atto, andava predisposto entro il termine perentorio del 31 dicembre dello scorso anno.

Viene, dunque, da chiedersi se è stata la scadenza dei termini per l'adozione di un provvedimento, che consentirebbe ad alcuni di usufruire di un "uscita" pensionistica, a far premere sull'acceleratore della redazione del documento di riorganizzazione aziendale, quando, nello stesso provvedimento 1455/2013, si dichiara che l'Atto Aziendale sarà approvato entro il 31 gennaio 2014. Viene da chiedersi, inoltre, se è stata la fretta imposta dalla scadenza del 31 dicembre a far saltare il passaggio di un esame preventivo del documento da parte delle organizzazioni sindacali: le modificazioni apportate in sede di conversione al Decreto Legge n.101 del 31.08.2013, infatti, prevedono che le dichiarazioni di esubero di personale possono essere adottate dalle amministrazioni interessate: «previo esame congiunto con le organizzazioni sindacali»; che, invece, in questo caso, sono state oggetto solo di una mera informativa a cose fatte.



Insomma si è tirata a fine anno la sorpresa fuori dal cilindro: un atto tecnico, esecutivo-organizzativo, ma che di fatto assume valenza di pianificazione sanitaria sul territorio regionale, di cui, invece, si dovrebbero far carico le Istituzioni, anche attraverso il dibattito e il confronto che la politica vera esige.

Troppo spazio richiederebbe un'analisi dettagliata della riorganizzazione che l'ASREM intende adottare, tuttavia alcuni punti chiave sono meritevoli di essere portati all'attenzione della pubblica opinione e di essere discussi:

1. valutazione di congruità della distribuzione dei posti letto tra pubblico e privato, riconoscendo il ruolo che quest'ultimo ha di integrazione e implementazione nel S.S.R.;
2. sostenibilità e funzionalità di strutture per acuti con poche decine di posti letto;
3. migliore definizione della rete dell'emergenza-urgenza coi modelli "Hub e Spoke" in campo cardiovascolare, in traumatologia, nell'ictus etc.;
4. scomparsa dell'autonomia funzionale degli Ospedali di Isernia e Termoli e ipotetica "connessione strutturale" di presidi geograficamente distanti decine di chilometri;
5. identificazione delle attività e delle specialità da svolgersi in campo ospedaliero e territoriale sulla base di reali dati epidemiologici.

La logica, l'efficacia e l'efficienza di certe scelte è doveroso che sia meglio spiegata e messa finalmente a confronto anche con l'opinione di coloro che giornalmente, nonostante i ripetuti tagli, silenziosamente, tra mille difficoltà continuano ad assicurare ai cittadini molisani la salute quale diritto fondamentale.

*David Di Lello*  
Presidente AAROI-EMAC Molise

**AAROI-EMAC Calabria**

## Da Cosenza a Roma per l'Ospedale La protesta dei medici dell'Annunziata arriva a Fadda

La protesta dei Medici dell'Ospedale Annunziata di Cosenza arriva a Roma dove il 15 Gennaio i Rappresentati Sindacali hanno incontrato il sottosegretario alla salute Fadda per descrivere la difficile situazione in cui sono costretti a lavorare. L'incontro è il frutto di un lungo periodo di proteste portate avanti dai medici dell'Annunziata che hanno spiegato le motivazioni in un lettera inviata al giornale online Quotidiano Sanità.

"...Riteniamo inaccettabile che in un Ospedale HUB (cioè un ospedale di riferimento regionale), qual è quello di Cosenza, le carenze di organico del Pronto Soccorso vengano sanate, in maniera estemporanea e con ordini di servizio a medici di altri reparti, anche perché queste soluzioni tampone, non potranno mai garantire quel percorso formativo necessario per i medici che dovranno gestire le emergenze di un Pronto Soccorso d'avanguardia qual è quello dell'Annunziata. Abbiamo già richiesto, in più occasioni, al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di farsi autorizzare l'assunzione di nuove figure mediche, magari tramite avvisi pubblici, ma per tutta risposta lo stesso, ha affermato pubblicamente che il vice commissario Pezzi lo avrebbe messo alle strette, non consentendogli l'autorizzazione all'assunzione di "ulteriore" personale, pena la sua rimozione da Direttore Generale. A questo punto, da queste colonne, chiediamo al vice commissario Pezzi di fornire pubblicamente la sua versione dei fatti in un incontro che chiediamo fin da ora si tenga qui a Cosenza con tutta la struttura commissariale. Come operatori e cittadini abbiamo necessità di capire perché questo nostro ospedale, negli ultimi anni è stato progressivamente depotenziato. Di tutto ciò intendiamo chiedere conto anche al Sindaco della Città di Cosenza, quale presidente della Conferenza dei sindaci, a cui rivolgiamo l'invito a indire, in tempi brevi, un Consiglio Comunale aperto in quanto le criticità organizzative e strutturali dell'ospedale si aggravano di giorno in giorno e coinvolgono tutti i reparti. La carenza di medici e infermieri non è infatti, limitata solo al Pronto Soccorso ma è presente in tutte le divisioni. E tale situazione peggiorerà ulteriormente con i numerosi pensionamenti che si avranno nel corso dell'anno. Come medici che quotidianamente stanno in trincea e che conoscono le enormi problematiche in cui versa l'ospedale, siamo decisamente contrari alla gestione ragionieristica e clientelare dell'ospedale. Riteniamo che ci sia bisogno di ridisegnare l'assetto delle Unità Operative in base ai bisogni di salute e che sia necessaria una programmazione della Sanità al passo con i tempi nonché sulla scorta dei dati epidemiologici relativi alle malattie che gravano maggiormente sulla nostra popolazione. A questo proposito possiamo garantire il nostro impegno per la richiesta al Commissario ad acta, di una rivisitazione dell'atto aziendale. Informiamo inoltre che già dalla prossima settimana, secondo il cronoprogramma che ci siamo dati, scatterà un'occupazione no stop dell'ospedale, con un punto d'incontro, davanti all'ospedale e che nei fine settimana proseguirà nelle strade principali della Città, per incontrare e coinvolgere più persone possibili, per una manifestazione di massa, a favore della riqualificazione e del rilancio dell'ospedale. Ci scusiamo, fin da ora, per i disagi che potrebbero derivare da un'eventuale, ma necessaria, sospensione dell'attività ambulatoriale per l'esterno. Se è vero che ogni città ha l'ospedale che si merita, è necessario fare corpo comune per difendere una struttura, come quella dell'Annunziata, che ha tradizioni e capacità professionali che non possono essere svilite ulteriormente, in nome e per conto di aridi concetti di economia, che fin qui si sono rivelati fallimentari. Vi invitiamo pertanto a partecipare compatti alle nostre iniziative e a sostenerci in tutte le forme di lotta che si dovessero rendere necessarie, per la difesa di un bene comune, qual è il nostro ospedale, in un'epoca come quella in cui viviamo in cui tali valori sembrano ormai scomparsi".

*I Rappresentati Aziendali di tutte le sigle sindacali dell'Ospedale di Cosenza:*  
AAROI-EMAC - Anna Monardo; CGIL Medici - Teresa Papalia;  
CISL Medici - Rodolfo Gualtieri; UIL Medici - Gianfranco Reda; ANAO - Luigi Ziccarelli;  
SMI - Claudio Picarelli; FASSID - Gian Manlio Gagliardi; CIMO - Pietro Aiello

## 'Obiettivo Risarcimento': cui prodest? Lettera del Presidente AAROI-EMAC a QuotidianoSanità

«Se sei vittima di un caso di malasanità hai 10 anni di tempo per reclamare quello che ti spetta. Con Obiettivo Risarcimento puoi far sentire la tua voce. Uno staff di esperti, avvocati e medici legali sarà a tua disposizione a zero anticipi e zero rischi». È questo il testo dello spot della società veneta che torna «a favore della difesa del diritto inalienabile, pacifico e non negoziabile, del paziente che si ritiene vittima di prestazioni sanitarie errate» come la stessa società (che si autodefinisce «contrassicurazione») si è premurata di precisare.

Comunque sia, potenziali clienti che si ritengono «vittime di malasanità» vengono incoraggiati a farsi risarcire. Come? Pare difficile pensare ad altre modalità che non siano quelle di una chiamata in causa a colpi di carte bollate, mediazione inclusa. Da chi? Lo spot non lo specifica, ma è innegabile che tra i principali «malfattori» ci siano i medici.

È un'altra considerazione è altrettanto interessante: l'obiettivo, recita espressamente lo spot, è ottenere risarcimento. Orbene, messaggi di questo genere rischiano di ingenerare nel cittadino false speranze, e false certezze, in tema sia di giustizia, che di buona sanità.

False speranze, perché «oltre il 95% del contenzioso – secondo il Cergas Università Bocconi – si risolve poi con l'assoluzione del professionista sanitario». Il che, a meno di ipotizzare congiure a danno della giustizia, significa una marea montante di imputazioni inutili e dannose.

False certezze, perché se è vero che le denunce sono «a zero rischi», nell'immediato, per il portafoglio del singolo dante causa (dato che in ambito sanitario le «cause temerarie» in pratica non esistono, inghiottite dal «buco nero» di un malinteso diritto costituzionale), è altrettanto vero che non lo siano su un altro versante, quello della spesa pubblica «a fronte di un costo della medicina difensiva stimato – sempre secondo il Cergas – in circa il 10% della spesa sanitaria complessiva (circa 13 miliardi l'anno)». Il che, inevitabilmente, traduce la perdita di fiducia del cittadino verso il medico in uno spreco di risorse a danno di tutta la collettività, e della buona sanità cui ha diritto.

Le «denunce facili» agiscono come una sorta di «riequilibratore sociale» di quel «rapporto asimmetrico» tra medico e paziente, che taluni vetero-analisti dei sistemi sanitari, incuranti di

un'era in cui le informazioni viaggiano in tempo reale, continuano impertentiti a sostenere, motivandolo con una «differenza culturale» (sempre più teorica) che oggi fa da base, in gran parte, ad un contenzioso che sta mettendo seriamente a rischio la sostenibilità del nostro SSN. Al rapporto asimmetrico si sono via via aggiunti, nel tempo, a guisa di incudine e di martello, tra altre elucubrazioni socio-giuridiche, da una parte l'inversione dell'onere della prova, dall'altra la natura contrattuale del rapporto tra medico e paziente, che nell'ambito del SSN, specialmente per i medici appartenenti all'area dei servizi, è quantomeno forzata, mentre permane, paradossalmente, il principio della tutela della salute come bene indisponibile.

Tra parentesi, tutti i suddetti principi giuridici valgono solo per il «bene salute», mentre in tutti gli altri ambiti, compreso quello pertinente al «bene giustizia» in generale, sono del tutto inapplicati: che cosa accadrebbe se tali principi valessero anche per altre categorie di professionisti, una a caso tra tutte, quella degli avvocati? «Se sei vittima di un caso di MALAGIUSTIZIA hai 10 anni di tempo per reclamare quello che ti spetta, a zero anticipi e zero rischi» potrebbe in tal caso recitare un ipotetico spot.

Torniamo invece, amaramente, alla realtà: in questo clima da «caccia alle streghe», è sempre più difficile prendere formalmente e sostanzialmente le distanze dalla «medicina difensiva», dando torto a quei Colleghi i quali vi si rifugiano, più o meno consapevolmente, a loro volta non fidandosi di quella «alleanza terapeutica» tra medico e paziente che ormai va definitivamente perdendosi. D'altro canto, come può, oggi, il medico operare serenamente «in scienza e coscienza» se deve costantemente rischiare, ad ogni diagnosi e ad ogni terapia, che ogni sua decisione gli si ritorca contro, e magari lo porti alla sbarra per presunti danni di una presunta «malasanità»?

«Obiettivo Risarcimento» ha infine comunicato al Ministero della Salute di essere disponibile ad «offrire un contributo per migliorare le condizioni ed innovare la legislazione sia per i pazienti vittime di errori sia per i medici, spesso anche loro stessi vittime del sistema».

Per quanto ci riguarda, visto il riferimento ai medici, saremmo grati al Ministro Lorenzin se volesse ritenere la generosa offerta meritevole ... di essere respinta al mittente.

## Malpractice: giurisprudenza recente Il Sole 24 Ore ha raccolto le sentenze del 2012 e 2013

Si legge in un articolo pubblicato sul sito de *Il Sole 24 Ore* che nel 2012 ci sono state oltre 12mila denunce di sinistri (al netto delle Regioni non hanno trasmesso i dati) a fronte di 9 milioni di ricoveri e circa 1 miliardo di prestazioni specialistiche per un costo assicurativo complessivo di circa 1 miliardo di euro.

Il tema della responsabilità professionale, da sempre di grande interesse non solo per gli addetti ai lavori, è stato al centro di un convegno nel quale Agenas ha messo faccia a faccia tutti i protagonisti del settore - Regioni, istituzioni, giuristi, operatori e cittadini - e messo in fila i nodi irrisolti del settore.

Nel corso del convegno, il presidente dell'Agenas Giovanni Bissoni, partendo dai numeri, ha affermato che «i risparmi sarebbero enormi aggiungendo al miliardo di indennizzi liquidati direttamente o in franchigia, che coprono circa il 90% dei sinistri, anche i costi dell'assicurazione diretta, i costi amministrativi gestionali e i costi indiretti, come la medicina difensiva». Ha poi riconosciuto che «la gestione del contenzioso è un tema centrale in ogni Regione perché la responsabilità Ssn non può essere delegata ai soggetti cui abbiamo delegato il contenzioso» e ha concluso che «il decreto «Balduzzi» ha gettato il sasso nello stagno, ma ci sono delle debolezze che è necessario sanare, ed è necessario che l'obbligo assicurativo sia in capo a tutte le strutture che fanno assistenza, inventando nuove modalità e nuovi processi, senza separare i clinici dagli uffici legali».

Ha poi evidenziato le zone d'ombra: «il quadro normativo insufficiente, la scarsa formazione degli operatori, l'organizzazione inadeguata e la tutela non sempre trasparente degli interessi in campo». E le urgenze: «tabelle univoche per la valutazione del danno per uniformare i risarcimenti sul territorio nazionale, una netta distinzione tra responsabilità per colpa e responsabilità professionale sanitaria, il nodo della Corte



dei conti cui viene trasferito tutto il contenzioso che espone le aziende sanitarie». Un nodo quest'ultimo su cui Bissoni ha chiesto con forza «una indicazione normativa a livello nazionale per disciplinare in modo omogeneo il tema della messa in mora del professionista fin dal momento della liquidazione del sinistro in vista di una eventuale rivalsa». Perché - ha spiegato - «non è una questione che Regioni e Corte dei conti posso risolvere da sole a livello locale».

E oltre i dati, la responsabilità professionale, in attesa di essere normata con l'approvazione delle sei proposte di legge attualmente alla Camera, fioccano le sentenze. Che *Il Sole-24 Ore Sanità*, con l'ausilio di Lex 24, ha raccolto a partire dal «dopo Balduzzi». Le sentenze, che riguardano gli anni 2012 e 2013, sono divise in tre gruppi: «depenalizzazione e colpa professionale» (8 sentenze), «nesso causale» (4 sentenze) e «responsabilità civile» (11 sentenze). Il documento è consultabile alla pagina: [http://www.sanita.ilssole24ore.com/pdf2010/Sanita2/\\_Oggetti\\_Correlati/Documents/Giurisprudenza/cocco\\_40.pdf](http://www.sanita.ilssole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documents/Giurisprudenza/cocco_40.pdf) (fonte: *IlSole24Ore*)

## Conguagli fiscali sui trattamenti pensionistici

### L'Inps ha ricostruito le pensioni delle Gestioni private con effetto a partire da novembre 2013

**L'Inps ha ricostituito le pensioni con effetto a partire dalla rata di novembre 2013. Lo ha annunciato l'Istituto previdenziale con il messaggio n.18041 del 7 novembre.**

Nel corso del mese di settembre e ottobre l'INPS ha proceduto alla ricostituzione delle pensioni delle Gestioni private effettuate a livello centrale, con effetto a partire dalla rata di pensione di novembre 2013.

In particolare, l'attività ha riguardato la ricostituzione automatica delle pensioni con conguagli fiscali; delle pensioni confermate a seguito di revisione sanitaria; delle pensioni individuate come «ricostituzioni d'ufficio» per particolari situazioni che ne comportano il ricalcolo; delle pensioni che subiscono variazioni a seguito dell'aumento delle rendite erogate dall'INAIL; delle pensioni liquidate in via provvisoria, con le specifiche motivazioni; delle pensioni di invalidità civile interessate da sospensione per assenza a visita; degli assegni straordinari di sostegno al reddito del settore del credito ordinario interessati dalla riduzione dell'8% e 11% di cui al decreto n. 67329 del 3 agosto 2012, di modifica del D.M. 158/2000.

**Conguagli fiscali** - La ricostituzione automatica delle pensioni con conguagli fiscali ha provveduto ad elaborare le pensioni che subiscono variazioni fiscali a seguito: della liquidazione di altre prestazioni fiscalmente rilevanti comunicate al Casellario dei pensionati (nuovi abbinamenti); del venir meno di prestazioni erogate da altri Enti e comunicate al Casellario (disabbinamenti); della variazione dell'imponibile IRPEF di prestazioni erogate da altri Enti comunicate al Casellario dei pensionati; dell'acquisizione e/o delle variazioni delle detrazioni di imposta; della revoca della detrazione per il coniuge fiscalmente a carico, effettuata dalla procedura di «Segnalazione decesso»; della variazione di imponibile determinata dalle segnalazioni effettuate dalle Sedi con la procedura «Gestione pagamenti ridotti e disgiunti».

Nello specifico l'elaborazione ha riguardato le segnalazioni pervenute entro il 30 settembre 2013. Mentre i conguagli fiscali ven-

gono posti in pagamento con la rata di novembre 2013. In ogni caso agli interessati è stata inviata la comunicazione di ricalcolo.

**Pensioni a seguito di revisione sanitaria** - Posto che le pensioni elaborate sono quelle confermate a seguito di revisione sanitaria e segnalate entro il 30 settembre 2013, con conseguente erogazione del nuovo importo di pensione dal mese di novembre 2013, l'Istituto previdenziale precisa che le operazioni di aggiornamento degli archivi, centrali e periferici e di gestione dei conguagli sono state effettuate con le consuete modalità. Inoltre, i conguagli «validati» saranno posti in pagamento con la rata di novembre 2013.



**Ricostituzione d'ufficio** - Ad essere state elaborate sono anche le pensioni individuate come «ricostituzioni d'ufficio» per particolari situazioni che ne comportano il ricalcolo. Tale elaborazione, in particolare, è stata effettuata dal 16 settembre al 2 ottobre 2013; di conseguenza il nuovo importo pensionistico verrà erogato dal mese di novembre 2013.

**Conguagli a credito e debito** - I conguagli a credito del pensionato sono stati memorizzati come «validati» per l'importo

fino a 500 euro e a condizione che per la stessa pensione non siano memorizzate, sull'archivio centrale degli indebiti, precedenti ricostituzioni con conguaglio a debito del pensionato. Come di consueto, la procedura ha provveduto, all'atto della validazione automatica, anche alla determinazione delle ritenute IRPEF, «da definire» se l'importo è risultato superiore a 500 euro, ovvero inferiore a tale importo, ma con precedenti ricostituzioni a debito del pensionato. Quanto ai conguagli a debito, non vengono recuperati quelli fino a 12 euro, quelli superiori invece saranno gestiti dal programma di «scelta della recuperabilità diretta dell'indebitato» che provvede anche all'eventuale determinazione del numero di rate da utilizzare per il recupero.

**Aumento della rendita INAIL** - Sono state elaborate altresì le pensioni che subiscono variazioni a seguito dell'aumento delle rendite erogate dall'INAIL: pensioni soggette al regime di accumulabilità con le rendite da infortunio previsto dall'articolo 1, comma 43, della Legge 8 agosto 1995, n. 335; maggiorazioni sociali delle pensioni erogate a titolari di rendite INAIL; pensioni sociali e assegni sociali erogati a titolari di rendite INAIL; aumento previsto dall'articolo 67 della Legge 23 dicembre 1998, n. 448 (100.000 lire), e successive modificazioni. Il nuovo importo di pensione viene erogato dal mese di novembre 2013.

**Ulteriori elaborazioni** - Infine, sono state ricostituite sia le pensioni di invalidità civile interessate da sospensione per assenza a visita sia gli assegni straordinari di sostegno al reddito del settore del credito ordinario. Nel primo caso, le pensioni di invalidità civile interessate sono quelle sospese per assenza a visita in occasione delle verifiche straordinarie, con visita programmata entro il 31 luglio 2013, gli assegni straordinari di sostegno invece, sono quelli interessati dalla riduzione dell'8% e 11% di cui al decreto n. 67329 del 3 agosto 2012, di modifica del D.M. 158/2000.

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali

## Formazione Sindacale a Bologna, idee a confronto

**“Diritti e Doveri del Medico Ospedaliero”: il panorama attuale e le prospettive future**



Oltre ottanta Colleghi hanno partecipato, il 25 Gennaio scorso, alla “Giornata di Orientamento Sindacale”, organizzata a Bologna dall’AAROI-EMAC Emilia Romagna.

Una giornata di formazione e di aggiornamento, che non ha mancato, anche in quest’occasione, di rivelarsi un confronto interattivo tra Arturo Citino, Coordinatore Nazionale della Formazione Sindacale, e i partecipanti all’appuntamento, provenienti non solo dall’Emilia Romagna, ma anche da altre Regioni, che hanno testimoniato grande interesse ed entusiasmo per l’iniziativa.

La puntuale disamina delle “regole di sistema”, contrattuali e normative, ha rappresentato ancora una volta l’occasione per verificare quanto siamo ancora lontani da una loro applicazione uniforme nelle realtà lavorative.

Le esperienze personali dei partecipanti, derivanti dalle diverse organizzazioni ospedaliere, hanno trovato ampio spazio di discussione, fornendo spunti preziosi per adeguare in modo dinamico, nei prossimi appuntamenti, gli argomenti trattati.

Il Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo, nel saluto ai presenti, ha sottolineato: “la contrattazione decentrata aziendale tende sempre più ad acquisire importanza, per un preciso orientamento delle Istituzioni, pervicacemente finalizzato a voler delegittimare la normativa contrattuale nazionale, e la stessa contrattazione regionale, attraverso editti aziendali autoritari, con effetti devastanti sull’organizzazione del lavoro.

Per contrastare questa tendenza occorrerà in primo luogo implementare le nostre competenze tecniche in ambito sindacale, a partire dai livelli aziendali, tenendo debito conto che i nostri Rappresentanti sono professionisti della salute, e non delle trattative, per cui è necessario colmare o almeno ridurre il gap che ancora soffrono verso le delegazioni trattanti datoriali, composte da Capi del Personale (e addirittura, in certi casi, da esponenti SITRA) con esperienza – e tempo a disposizione – molto superiori.

Al contempo, occorrerà monitorare attentamente l’avvio della prossima trattativa contrattuale nazionale, che nell’immediato futuro è minacciata dall’accorpamento dell’area medica non solo con l’area sanitaria, ma anche con quelle tecniche, professionali, e amministrative. Tale accorpamento, fortemente voluto dall’ex Ministro Brunetta, sotto lo slogan “semplificazione”, non è però affatto ineluttabile. Le Organizzazioni Sindacali Mediche, tra cui l’AAROI-EMAC, si stanno impegnando nella rivendicazione di un’area contrattuale separata.

La nostra Associazione – ha proseguito – conserva, con poche altre, un’anima “medica”, mentre altre Sigle, aprendosi a categorie diverse, al solo scopo di guadagnare iscritti, potranno trovarsi in condizioni di “conflitto di interessi” nella difesa delle prerogative mediche, contrattuali e non. Ciò nonostante, la nostra Associazione non mostra affatto di soffrire contrazioni del numero di associati, che anzi, a differenza di tante altre, anche per lo scorso 2013 pare essere, dai primi riscontri, in apprezzabile crescita.

In tema di relazioni intersindacali e di rapporti con le Istituzioni, l’AAROI-EMAC è stata protagonista nella produzione di documenti condivisi, che recano anche la sua impronta. Proprio sulle competenze tecniche in ambito normativo e contrattuale dovrà basarsi la nostra azione, anche perché i tradizionali strumenti di protesta – scioperi e manifestazioni in primis – mostrano da tempo i loro limiti. Va però comunque recuperato il “senso di appartenenza”, liberando la nostra Associazione dall’essere identificata come “venditrice di polizze assicurative”, pur restando il tema della tutela e delle responsabilità professionali al centro dei nostri obiettivi.

Un breve cenno – ha concluso il Presidente – ad una questione che recentemente ha tenuto banco sui media: l’implementazione delle competenze infermieristiche. L’AAROI-EMAC non è assolutamente contro tale implementazione, ma credo che tutti i nostri Iscritti (e in generale tutti i medici) abbiano il diritto di sapere esattamente “chi fa che cosa” nelle prestazioni sanitarie rese al Cittadino. La “job description”, lungi dall’essere ricondotta, mistificandone il significato, al tanto vituperato “mansionario infermieristico”, deve rappresentare il metodo per giungere ad una regolamentazione chiara e inequivocabile, sia sul piano strettamente assistenziale che su quello gestionale, di competenze e responsabilità.

La creazione di processi di diagnosi e cura separati per medico e infermiere è inaccettabile, perché il percorso diagnostico e terapeutico è unico, e deve restare in capo al medico, mentre l’infermiere è ampiamente investito di compiti assistenziali, alcuni dei quali possono essere “autonomi”, purché non si sovrappongano confusamente e pericolosamente a compiti medici”.

“Proprio in quest’ambito, in Emilia Romagna – ha aggiunto Teresa Matarazzo, Vice Presidente Area Nord e organizzatrice del Convegno – abbiamo già bloccato alcune derive di indirizzo regionale, fortemente appoggiate da alcuni Direttori Generali, ma bisogna tenere alta la guardia, anche creando un network di esperienze e di report aziendali e regionali, in modo da costruire una strategia di azione comune e sincrona; occasioni come quella odierna sono preziose proprio per favorire momenti importanti di confronto e di riflessione attiva tra i Colleghi”.

“La chiave del successo, nelle trattative a cui siamo chiamati – ha poi spiegato Arturo Citino, avviando i lavori del Convegno – è la conoscenza, e proprio su questo fondamento occorre costruire l’azione sindacale. Quello che si deve evitare è il fai-da-te, perché crea problemi invece che soluzioni. L’obiettivo che ci dobbiamo prefiggere è quello di partire da un’informazione coordinata e integrata sulle problematiche normative, in modo da favorire e sviluppare un’applicazione uniforme e condivisa delle regole.

La chiave del successo è quindi una corretta comunicazione. Nel nostro lavoro DIRITTI e DOVERI non derivano da concessioni o imposizioni, ma da REGOLE. Se abbiamo problemi è perché non siamo abbastanza preparati, non conosciamo il contratto e/o non partecipiamo abbastanza alla vita associativa. Il rischio di firmare contratti aziendali peggiorativi rispetto al contratto nazionale è reale e ha più di una riprova. Alcune regole di base: non tutto si può trattare; l’incaricato della contrattazione è il Rappresentante Aziendale; la sua controparte è la Direzione Generale.

“E se il Direttore Generale non vuole trattare?” ha chiesto un Rappresentante Aziendale dalla platea.

“La richiesta di trattativa – ha spiegato Citino – deve essere formale, perché se da quel momento il DG ignora le richieste, passato un periodo di tempo ragionevole senza risposta, per esempio 15 giorni, a mali estremi, estremi rimedi: ci si può rivolgere al Tribunale del Lavoro”.

Il Convegno si è poi svolto partendo dalle diverse fasi e dai diversi livelli di contrattazione, specificandone le figure coinvolte, nonché i ruoli, le competenze e le responsabilità di rispettiva pertinenza, ad iniziare dagli argomenti NON TRATTABILI: lo stipendio e l’orario contrattualmente dovuto. Su quest’ultimo argomento, è stata rimar-

cata la differenza tra l’orario di servizio (quello che deve essere globalmente garantito dall’Unità Operativa per fornire i Servizi al Cittadino) e l’orario di lavoro (quello che ciascun dipendente è tenuto a svolgere per contratto), comprensivo anche di istituti come la pronta disponibilità: “Orbene – ha sottolineato Citino – l’orario di lavoro del medico ospedaliero pubblico dipendente è di 38 ore settimanali, calcolate come media, per esempio su base mensile, non è ALMENO nè MINIMO di 38 ore, come ancora si cerca di far credere a causa di un suo malinteso inquadramento come dirigente. Di queste 38 ore, 34 sono obbligatoriamente dedicate all’assistenza e 4 (o 3,5 previo accordo che preveda di dedicare 30’ alla riduzione delle liste di attesa) alla formazione, all’aggiornamento e alla ricerca”.

Su un piano generale di organizzazione del lavoro, è stata ribadita l’opportunità, laddove tale organizzazione sia basata su 5 giorni lavorativi (dal lunedì al venerdì), per esempio qualora di sabato le sale operatorie siano attive solo in urgenza, e/o le UTI possano contare su personale ridotto come nei festivi. In tali casi – è stato spiegato – computare l’orario di lavoro su 6 giorni (dal lunedì al sabato) è spesso ingiustamente penalizzante, per esempio a causa di un’impropria erosione dei giorni di ferie.

Nel prosieguo della giornata si sono poi toccati altri temi ancor più scottanti, tra cui il difficile equilibrio tra attività richieste e personale a disposizione, la libera professione, lo straordinario, la pronta disponibilità, le ferie e le assenze, le festività, i riposi compensativi, i recuperi orari e/o il pagamento delle attività rese in esubero rispetto all’orario contrattualmente dovuto, l’aggiornamento, gli incarichi professionali, con le problematiche emergenti in merito a quelli di Struttura Complessa e di Struttura Semplice.

A conclusione del Convegno, il Presidente e gli Organizzatori hanno raccolto l’invito ad un approfondimento sulle responsabilità professionali dell’Anestesista Rianimatore, “dato che – hanno tenuto a sottolineare ringraziando tutti per l’attenta partecipazione e per la vivacità degli interventi – organizzazione del lavoro e responsabilità sono ambiti strettamente correlati”.

Tra i temi delle prossime “Giornate di Orientamento Sindacale”, aggiornamenti pratici sulla trattazione decentrata dei fondi contrattuali. Il prossimo appuntamento sarà a Roma il prossimo 5 Aprile (locandina a pag. 15).

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

#### In famiglia, le madri sono gli ansiolitici naturali dei loro figli, ma in corsia?

Gli ansiolitici sono una grande famiglia di farmaci nati e creati per curare l’ansia.

Ansiolisi. “Lisi” sta alla fine di un mucchio di parole del vocabolario medico: emo-lisi, glico-lisi, pro-teo-lisi, idro-lisi, dia-lisi, neuro-lisi, elettro-lisi. Vuol dire scioglimento, separazione, scomposizione e deriva - indovinate un pò - dal greco: lysis, dal verbo lysein, sciogliere.

Ma andiamo ad aprire il nostro Zingarelli alla “elle” di lisi.  
1. (chim.) scissione, specialmente enzimatica, di una sostanza  
2. (biol.) processo di distruzione di un batterio o di un qualsiasi elemento cellulare  
3. (med.) risoluzione lenta, graduale, di una malattia o dei sintomi

La febbre può calare per lisi (gradualmente) o per crisi (una bella sudata).

La crisi coniugale è proprio una crisi o è una lisi?  
E perché va in crisi l’équipe di un reparto? Perché è avvenuta la lisi delle relazioni tra i colleghi; e questa ha prodotto la scomposizione della “cellula” U.O., Unità Operativa (che diventa dis-unità sci-operativa). Ha agito, né più né meno, come il lisosoma, organello subcellulare contenente enzimi proteolitici: quando li libera scatena una vera dis-soluzione. Che, però, è una vera soluzione se ha lisato i batteri.

L’ansio-lisi è una gran cosa.  
Ma l’ansia da che cosa deriva? Dal latino ànxia, da àngere: stringere (vedi angor, angina). Da qui anche ansare, ansimare. I poeti hanno impiegato questi vocaboli per dipingere il “respiro affannoso”. “L’ansietà del polmone... le rompeva le parole” (Boccaccio). “L’ansima lo soffocava” (D’Annunzio). La dispnea, spesso, ha una componente, o una potenziante, o una scatenante, ansiosa.

Per l’ansia, sarebbe bello non dover ricorrere ai farmaci o ai prodotti cosiddetti “naturali”.

Le mamme sono gli ansiolitici naturali dei loro piccoli. Animali di terra, di cielo e di mare, dall’inizio della creazione - proprio come gli umani - hanno acquisito nel loro istinto la capacità di placare l’ansia e la paura dei cuccioli, i quali si affidano ciecamente e totalmente a loro.

Beh, qualcuno mi dirà “sono madri e figli: è naturale”. È vero, ma allora, quando uno ha una crisi di ansia o di paura, dovrebbe rivolgersi a una “madre adottiva” che inizi al più presto il trattamento con le tecniche ancestrali, quelle fatte di tenerezza, attraverso gesti, parole, silenzi.

Quando l’ansioso è un malato, acuto o cronico, ricoverato o a casa, chi sarà la figura materna, ancestrale, ansiolitica? Il medico? L’infermiere? Lo sono entrambi. Possibilmente senza prescrizioni. Luogo, tempo, postura, mimica, tono della voce, parole giuste (nell’ordine): questa è la ricetta perfetta.

Se invece, caro collega, non hai tempo “da perdere”, allora prescrivigli una bella benzodiazepina: ci sono nomi commerciali veramente ammalianti e promettenti sonni, sogni e risvegli deliziosi.

Cambiamo ora il punto di vista nei confronti dell’ansia.

L’ansiolitico ha, per definizione, un contrario: l’ansigeno.

Anche qui troviamo tante parole con -geno: ossi-geno, idro-geno, endo-geno, algo-geno, onco-geno. Talvolta spunta l’aggettivo “qualificativo” iatro-geno: dal greco iatròs (medico) e ghenòs (origine). Vuol dire che quella tal cura fa danni ed è lacrimo-gena a causa di un medico pato-geno.

L’ansio-geno, naturalmente, non è un farmaco, ma è piuttosto un induttore di stati d’animo spiacevoli: ansia, tensione, incertezza, insicurezza, errori di procedura.

Talvolta il soggetto ansigeno lo troviamo in quel medico che, al sopraggiungere di un’emergenza, dovrebbe gestire la situazione e guidare l’équipe curante con calma e sangue freddo. Ma non è così. E, a causa della sua inadeguatezza emotiva, si trasforma in un supplemento di stress per i collaboratori. È un vero e proprio ansigeno, che genera un’ansia contagiosa e galoppante. Tutto è gridato, preteso, impugnato, gettato, contrordinato.

Per fortuna, quasi sempre, spunta fuori un anghellos, cioè un messaggero di pace, un ansiolitico ben dosato, ovvero un collega “come si deve” che interrompe i circoli viziosi e innesca virtuosismi e acrobazie che salvano la situazione e, soprattutto, il malato.

Il medico, dunque, può essere sia lisi, sia genesi.

Un esempio concreto? È stato dimostrato che il paziente operato va incontro a un maggior numero di complicazioni e ha necessità di aumentare il dosaggio degli anestetici se durante la visita pre-operatoria non vi è stata una comunicazione adeguata. Ovvero, l’intervento può procedere in modo differente a seconda se il chirurgo e l’anestesista siano stati con lui ansiolitici o ansigeni.

Ansia. Si può generare e sciogliere. Si può, anzi si dovrebbe, conoscere i suoi complicati meccanismi, sia dell’insorgenza (negli altri e anche in noi stessi), sia dell’arte di affrontarla e sconfiggerla.

Jonathan Swift, scrittore e poeta irlandese, autore dei “Gulliver’s travels”, ha scritto nei suoi “Pensieri”: “Si credeva che Apollo, dio della medicina, fosse anche quello che mandava le malattie. In origine, i due mestieri ne formavano uno solo: è ancora così.”

## QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

### ANZIANITÀ DI SERVIZIO E RETRIBUZIONE

**Quesito:** Lo scatto del 5° anno parte dall'assunzione a tempo indeterminato, oppure si possono cumulare anche i periodi a tempo determinato? Se si cambia azienda tramite concorso si possono cumulare tali periodi o bisogna rifare 5 anni nella nuova azienda?



**Risposta:** La questione relativa agli incrementi stipendiali "fissi" legati all'anzianità di servizio dei Medici Pubblici Dipendenti, contrattualmente denominata, a questi fini, esperienza professionale, e che investe anche, a cascata, lo "scatto" del 15° anno, riguarda sia la "Retribuzione di posizione minima contrattuale", prevista a partire dal CCNL del 08 Giugno 2000, II Biennio 1998-2001, all'art.3 (Equiparazione) e all'art.4 (Retribuzione di posizione minima contrattuale dei dirigenti di nuova assunzione), sia la "Indennità per l'esclusività del rapporto", prevista a partire dal suddetto CCNL all'art.5.

L'art.12 del suddetto CCNL, al comma 3, aveva operato una distinzione tra i Colleghi già in servizio al 05 Dicembre 1996 e i Colleghi assunti in data successiva per quanto riguarda la "Retribuzione di posizione minima contrattuale", mentre non aveva operato tale distinzione per quanto riguarda la "Indennità per l'esclusività del rapporto", come sotto riportato:

CCNL del 08 Giugno 2000, II Biennio 1998-2001, art. 12 (Disposizioni particolari)

...

3. Con riferimento alle norme in cui è richiesta esperienza professionale si deve intendere:

- ai fini del compimento del quinquennio di attività di cui all'art.4, l'anzianità di servizio maturata in qualità di dirigente del SSN, a tempo indeterminato, senza soluzione di continuità anche se prestato in aziende o enti diversi del Comparto;
- ai fini dell'applicazione degli artt. 3 e 5 l'anzianità complessiva, con rapporto di lavoro a tempo determinato ed indeterminato, maturata alle date previste dalle norme, senza soluzione di continuità anche in aziende ed enti diversi del comparto.

Ai citati articoli contrattuali si rinvia per un più dettagliato riscontro di quanto applicabile nei casi specifici.

A.C.

### TRASFERIMENTI INTER-OSPEDALIERI

**Quesito:** Nell'organizzazione di un "trasferimento inter-ospedaliero", chi e come decide chi deve "accompagnare" il Paziente?

**Risposta:** La questione è problematica da fin troppo tempo, e purtroppo non è mai stata affrontata e risolta in modo sistematico nella stragrande maggioranza delle Aziende Sanitarie italiane, che in genere ne hanno lasciato il peso al malcapitato Anestesista Rianimatore in turno, di volta in volta cooptato a dover decidere sotto la propria responsabilità personale se correre il rischio di essere chiamato in causa per essersi rifiutato di "accompagnare" il Paziente oppure se piegarsi a "prassi" o a "ordini" che di fatto lo dequalificano da specialista nella disciplina a "trasportatore", a volte addirittura con il benessere dei propri Colleghi a vario titolo sovra-ordinati.

Il trasferimento secondario di un Paziente è una prestazione specialistica che può essere richiesta ad un Anestesista Rianimatore in situazioni che necessitino delle sue competenze, che sono, nel caso specifico, evidentemente rianimatorie. Alcune Aziende Sanitarie, con un mal concepito fine di auto-tutela della Struttura e non certo dei suoi Medici, hanno preferito adottare procedure di generica attribuzione di "direzioni sanitarie delegate" al Medico in turno di guardia in Pronto Soccorso, che in base a tale "delega" ordina a propria discrezione all'Anestesista Rianimatore il da farsi quando deve predisporre un trasferimento. Altre Aziende

de Sanitarie, forse ancor peggio, hanno adottato, in certi casi, procedure interne che attribuiscono all'Anestesista Rianimatore l'obbligo di farsi carico del trasferimento sulla base di criteri generici di "protezione del Paziente", che in corso di tale trasferimento "potrebbe" subire peggioramenti clinici tali da richiedere un'assistenza rianimatoria specialistica. In molti casi, oltretutto, è in tal modo messa a rischio la continuità assistenziale per le emergenze-urgenze intra-ospedaliere, in sala operatoria, sala parto, o in altre Unità Operative, che restano comunque a carico dello stesso Anestesista Rianimatore.

Accenniamo soltanto, in questa sede, all'ulteriore complicazione rappresentata dalla mancanza di adeguati "piani per le emergenze" aziendali, come pure a quella rappresentata dal mancato rispetto dei criteri di organizzazione delle guardie e delle pronte disponibilità nelle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione.

Nel caso specifico, il modo migliore per evitare conflittualità, anche al fine di evitare valutazioni del tutto soggettive e arbitrarie, o, peggio, "di comodo", sarebbe quindi una procedura concordata con la Direzione Sanitaria, nella quale sia chiaramente esplicitato che la richiesta della presenza dell'Anestesista Rianimatore a bordo del mezzo utilizzato per il trasferimento debba far riferimento a criteri basati sulle sue competenze specialistiche. Riteniamo che restino validi, a tal fine, la "Classificazione di Ehrenwerth" e le "Raccomandazioni per i trasferimenti inter ed intra ospedalieri" editate a suo tempo dalla SIAARTI.

In caso di mancanza di procedure concordate, qualora l'Anestesista Rianimatore ritenga che il trasferimento richiestogli (con consulenza) sia inappropriato, riteniamo possa essere utile che egli formalizzi, come proprio parere di specialista, la necessità che il trasferimento in questione sia organizzato con la presenza di altro medico non Anestesista Rianimatore, al fine di evitare che, per falso sillogismo, sia dato per condiviso il concetto, del tutto fuorviante, che "dato che il Paziente non necessita di assistenza rianimatoria, non necessita di assistenza medica". Ci rendiamo conto, comunque, che il problema resta aperto, e che anzi è in forte crescita, anche ma non solo per motivi di medicina difensiva: occorrerà, per risolverlo in modi e tempi almeno accettabili, riprenderne ad affrontarlo attivamente in tutta la sua valenza.

A.C.

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

### CONTINUITÀ CONTRATTO AIOP E CCNL

**Quesito:** Avendo lavorato 10 anni in clinica privata convenzionata a tempo indeterminato con contratto AIOP, posso sommare tali periodi alla successiva attività lavorativa come dipendente pubblico, per ottenere un incarico di Responsabile di Struttura Semplice o per ottenere la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto?

**Risposta:** L'interpretazione corrente del caso in esame lo configura come una neo-assunzione pubblica: i periodi lavorativi in corso di contratto AIOP non possono essere considerati validi, in tale interpretazione, ai fini del computo dei 5 anni necessari, per il CCNL pubblico, al conferimento di incarichi di natura professionale o di struttura, né ai fini della maturazione della "esperienza professionale" utile ai relativi incrementi stipendiali previsti dal CCNL pubblico; i periodi lavorativi svolti in regime di dipendenza privata possono tuttavia essere computati, previa l'espletamento delle procedure previdenziali previste nei casi specifici, ai fini pensionistici.

D.M.

### GUARDIE E REPERIBILITÀ

**Quesito:** Nel nostro ospedale abbiamo la Rianimazione la Sala Parto, e due Chirurgie che lavorano per gran parte in regime di urgenza. Nei turni notturni e nei festivi c'è un unico Anestesista Rianimatore di guardia in Rianimazione e due Colleghi reperibili. È legale quest'organizzazione dei turni di servizio?

Possiamo chiedere di trasformare una delle due reperibilità in guardia attiva?



**Risposta:** Il comma "c" dell'art.17 del CCNL 2002/2005 recita:

"Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa" (della guardia, ndr). Di conseguenza, secondo l'interpretazione più corretta, tanto l'Anestesia quanto la Rianimazione necessiterebbero di una distinta guardia attiva.

Nelle realtà in cui insistono simili criticità, tutt'altro che rare, è opportuno coinvolgere i Rappresentanti Sindacali per ottenere la trasformazione della pronta disponibilità in guardia attiva.

D.M.

### NUMERO DI MEDICI IN RIANIMAZIONE

**Quesito:** Per una Rianimazione con 12 posti letto quanti devono essere i medici per turno (mattina, pomeriggio, notte)?

**Risposta:** L'argomento è stato affrontato:

- dal Decreto Ministeriale del 13 settembre 1988 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero", pubblicato sulla G.U. del 24/09/1988, che recita:

- "per un modulo di 8 posti letto: unità di personale medico 8";
- "per ogni modulo successivo di 8 posti letto: unità di personale medico 5";

- dalle Linee Guida AAROI-SIAARTI del 1996 (Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per i Reparti di Rianimazione e Terapia Intensiva e per i Reparti di Terapia SubIntensiva - Terapie Intensive polivalenti del Presidio Ospedaliero delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere), che recitano:

«Per un "reparto tipo" di 8 posti letto si ritiene indispensabile la presenza di un Anestesista Rianimatore 24 ore su 24 potenziata

nei giorni feriali, da altri due Anestesisti Rianimatori, uno dei quali con funzioni di coordinamento nelle ore mattutine (8-14), e da un Anestesista Rianimatore nelle ore pomeridiane (14-20). Il sabato, la domenica ed i giorni festivi infrasettimanali l'Anestesista Rianimatore di turno dovrà essere coadiuvato da un secondo nelle ore mattutine (8-14)».

Per ottemperare a queste esigenze occorre essere in grado di erogare 14.650 ore lavorative annue, comprensive di 2 ore giornaliere necessarie per il passaggio delle consegne.

In effetti, tali linee guida parlano di "moduli da 8 posti-letto" e di moduli aggiuntivi di altri 8 posti letto, e quindi considerano la dotazione organica di altri 5 medici e 24 infermieri necessaria al 2° modulo e successivi solo "a moduli" di 8 posti-letto, ma non per "moduli" inferiori a 8.

In altre parole, tra 8 e 15 posti-letto né la normativa citata né le Linee Guida suddette stabiliscono la necessità di personale medico e infermieristico oltre rispettivamente le 12 + 24 unità.

Tale necessità potrebbe comunque essere sostenuta anche in base al carico di lavoro effettivo di quella specifica UOC, che non è solo legato ai posti-letto (per esempio consulenze, attività in C.O. 118, etc.).

D.M.

### ORE NON ASSISTENZIALI E CORSI FAD

**Quesito:** Esiste la possibilità di utilizzare le 4 ore non assistenziali per i corsi FAD?

**Risposta:** Dato che il CCNL prevede per la formazione l'utilizzo delle 4ore settimanali non assistenziali, senza specificarne le modalità possibili, e dato che la FAD è prevista da AGENAS appare sostenibile che la FAD sia un metodo di formazione utilizzabile entro i limiti del CCNL. Quanto alla possibilità di far certificare la durata dell'intera procedura FAD molte (se non tutte) le piattaforme FAD consentono di attestare la durata media, nonché quella effettiva.

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



Sezione Regionale **LAZIO**

**05 Aprile 2014**

**GIORNATA DI ORIENTAMENTO SINDACALE**

**ORE 09:00 - 17:00**



**NO alle imposizioni  
SI alle regole**



**Roma**



**Centro Congressi  
Pontificia Università  
Urbaniana  
Via Urbano VIII 16**

## **Diritti e Doveri del Medico Ospedaliero**

- \* l'orario di lavoro/servizio e la dotazione organica necessaria
- \* la pronta disponibilità e il lavoro straordinario
- \* gli incarichi professionali: conferimento e responsabilità
- \* la mobilità aziendale e inter-aziendale

a cura del **Dr Arturo Citino**

**Presidente Sezione Regionale Piemonte-Valle d'Aosta  
Coordinatore della Formazione Sindacale**

**Presiederà il Presidente Nazionale Dr Alessandro Vergallo**

NEL CORSO DEI LAVORI POTRÀ ESSERE DATA RISPOSTA A QUESITI GENERALI E SPECIFICI

**LA PARTECIPAZIONE È GRATUITA**

**PER I RAPPRESENTANTI SINDACALI E PER GLI ISCRITTI A.A.R.O.I.-EM.A.C.**

Coffee-break e Lunch offerti da A.A.R.O.I.-EM.A.C. Lazio

➤ **Per partecipare è necessario pre-iscriversi, inviando una richiesta via e-mail alla casella di posta elettronica: [lazio@aaroiemac.it](mailto:lazio@aaroiemac.it) completa di tutti i dati seguenti:**

- Cognome e Nome
- Indirizzo e-mail personale
- Recapito telefonico personale
- Eventuale carica sindacale ricoperta

Le pre-iscrizioni saranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili.  
Sarà inviata conferma di iscrizione al recapito email indicato nella richiesta di pre-iscrizione.

**Referente: Prof. Quirino Piacevoli - Presidente Sezione Regionale AARO I-EMAC Lazio  
PER ULTERIORI INFORMAZIONI: TEL. 06.6149007**

# 10° CONGRESSO NAZIONALE

# SIARED

## APPROPRIATEZZA DELLE CURE E RISORSE DISPONIBILI

12-14 Maggio 2014 Sheraton Catania Hotel



### Programma

LUNEDI 12 MAGGIO	MARTEDI 13 MAGGIO	MERCOLEDI 14 MAGGIO
	<b>EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI E DELLE RISORSE TECNOLOGICHE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE</b>	<b>ANESTESIA E DOLORE (II SESSIONE)</b> DOLORE ACUTO, DOLORE CRONICO E MALATTIA DOLORE: MODELLI ORGANIZZATIVI, DIAGNOSI E TRATTAMENTO
<b>OBIETTIVO RESPONSABILITÀ</b>	<b>ANESTESIA E DOLORE (I SESSIONE)</b> LA CONDOTTA ANESTESIOLOGICA PERIOPERATORIA IN CHIRURGIA ROBOTICA E LAPAROSCOPICA	
	<b>APPROCCIO AL PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO</b>	<b>IL TEAM DELL'EMERGENZA INTRA-OSPEDALIERA E LO SCOMPENSO CARDIACO ACUTO</b>
<b>L'ANESTESISTA RIANIMATORE E LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI</b>	<b>LE EMERGENZE OSTETRICHE</b>	
	<b>MODELLI ORGANIZZATIVI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE, NORA E DAY SURGERY</b>	<b>ANESTESIA E RIANIMAZIONE (II SESSIONE)</b> MODELLI DI VENTILAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA
<b>EMERGENZA IN MARE E IN MONTAGNA</b>	<b>ANESTESIA E RIANIMAZIONE (I SESSIONE)</b> TECNOLOGIA E CLINICA IN SALA OPERATORIA E IN TERAPIA INTENSIVA	
	<b>WORKSHOP 2</b> CATETERISMO VENOSO CENTRALE SEMPLICE E COMPLESSO	<b>WORKSHOP 4</b> BLOCCHI ECOGUIDATI – 2° GRUPPO
<b>WORKSHOP 1</b> CATETERISMO VENOSO CENTRALE SEMPLICE E COMPLESSO	<b>WORKSHOP 3</b> BLOCCHI ECOGUIDATI – 1° GRUPPO	

Il Congresso si articola complessivamente in 10 Corsi e in 4 Workshop, tutti accreditati ECM separatamente, al fine di consentire una più proficua partecipazione ai lavori in programma.

I Corsi "Anestesia e Dolore" (in verde) e "Anestesia e Rianimazione" (in azzurro) sono costituiti ciascuno da due sessioni, gli altri Corsi (in giallo) e tutti i Workshop (in rosa) sono costituiti da un'unica sessione.

Al momento dell'iscrizione al Congresso, per poter acquisire i crediti formativi assegnati, è necessaria la scelta dei Corsi e dei Workshop a cui si intende partecipare. **LE MODALITÀ DI ISCRIZIONE AL CONGRESSO SARANNO DISPONIBILI A BREVE SUL SITO WEB [www.siared.it](http://www.siared.it)**