

# il nuovo Anestesista Rianimatore

MAGGIO - GIUGNO  
2014  
3  
Anno XXXV

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

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

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

MINISTERO SALUTE/1

## Patto Salute al traguardo?

### Beatrice Lorenzin vuole chiudere per Giugno

“Pensiamo di portare il Patto per la Salute in Conferenza Stato-Regioni per i primi di Giugno.

I lavori hanno avuto un allungamento dovuto al cambio di governo e all'incertezza sul budget finanziario ma ormai i tempi sono maturi.

In questo momento i tecnici del Ministero e quelli della Conferenza Stato-Regioni lavorano per definire gli aspetti sospesi”.

Il Ministro Beatrice Lorenzin è dunque intenzionata a stringere i tempi necessari per giungere a siglare il Patto a breve.

“Il Patto per la Salute è il progetto di pianificazione e programmazione della sanità elaborato con il MEF e le Regioni.

Alle Regioni ho chiesto poche cose ma applicabili perché ci vuole un cambio di marcia. La filosofia è risparmiare e reinvestire.

I fondi vanno trovati all'interno del sistema. Penso alla gestione diversa di contratti e appalti e alla riprogrammazione...”

a pagina 3

MINISTERO SALUTE/2

## DPCM Precari al Ministero

### Il Decreto disciplina anche le procedure concorsuali

È tornata all'esame del Ministero della Salute la bozza di DPCM che dovrebbe stabilizzare 35mila precari della Sanità, tra cui circa 10mila medici.

Il Decreto disciplina le procedure concorsuali riservate all'assunzione di personale negli Enti del SSN, e prevede specifiche disposizioni per quello dedicato alla ricerca.

Il Decreto stabilirebbe, tra l'altro, che “Il personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando, fatti sal-

vi i periodi di interruzione previsti dalle disposizioni vigenti, presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, è ammesso a partecipare ai concorsi di cui al presente decreto ancorché non in possesso del diploma di specializzazione”.

Prevederebbe, inoltre, che in alcuni casi possano essere prorogati i contratti di lavoro a tempo determinato del personale fino all'espletamento dei concorsi, ma non oltre il 31 dicembre 2016.

a pagina 3



**IL 10° CONGRESSO SIARED** si è svolto a Catania, dal 12 al 14 Maggio, in 10 sessioni e 4 work-shop, con oltre 600 partecipanti. Sono stati trattati numerosi argomenti legati al lavoro dell'Anestesista Rianimatore e del Medico Ospedaliero, anche in collegamento a temi di stretta attualità. Le foto del Congresso sono disponibili al link: <http://www.aservicestudio.com/video%2014-05-12%20SIAREHome.htm>

a pagina 6 e 7

## Sanità Regionale

### Casi di cronaca e di attualità

In Calabria, la Sanità vive una situazione di grande disagio: è diventata una pentola a pressione di quelle che fischiano, sbuffano e danno la sensazione di essere sul punto di esplodere: guai a rimuoverne il coperchio. Pochi medici, pochi infermieri, pochissimi operatori sociosanitari, mentre il blocco del turn over paralizza le strutture e lascia disoccupati o sottoccupati fior di professionisti.

Nelle Marche, i Sindacati hanno segnato un punto importante in termini di contrattazione con la Regione. In estrema sintesi il concetto è questo: mai più decisioni unilaterali e medici protagonisti. Si risolvono molti aspetti economici e di applicazione normativa; si attivano parecchi concorsi a tempo indeterminato; si impediscono la formulazione di assunzioni con contratti atipici; si entra nel merito dei modelli organizzativi degli ospedali. Un Accordo da seguire e, soprattutto, da applicare.

In Puglia, a Locorotondo, un presunto disservizio avvenuto durante la Pasqua ha monopolizzato l'attenzione della stampa. Protagonisti della vicenda una persona malata di SLA e un'Anestesista pugliese accusata di non aver assistito l'ammalata. La famiglia si rivolge alle forze dell'ordine e la Collega subisce una gogna mediatica, di cui non c'era bisogno.



a pagina 12

## Attività Sindacale...

### Codice FNOMCeO e Statuto ENPAM

Il 18 Maggio i Presidenti provinciali degli Ordini dei Medici riuniti a Torino nel Consiglio nazionale della FNOMCeO hanno approvato il nuovo Codice Deontologico della Professione Medica e Odontoiatrica.

All'incirca nello stesso periodo si è parlato anche del nuovo Statuto dell'ENPAM.

Per entrambi i testi l'AAROIEMAC ha inviato osservazioni.



a pagina 5

## Lavoro e benessere

### Il Questionario AAROIEMAC

È online il Questionario che l'AAROIEMAC propone a tutti gli Iscritti, compilabile sul sito dell'Associazione: un'indagine a tappeto sugli Anestesiisti Rianimatori per individuare le loro principali criticità in ambito lavorativo e promuovere il benessere.

Il progetto verrà portato avanti attraverso un questionario sul benessere organizzativo, realizzato sulla base del modello ANAC (Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche) - “Indagini sul personale dipendente”, adattato alla categoria.

Una novità riguarda invece la SIAARTI, che per promuovere studi clinici e ricerche scientifiche di interesse comune all'anestesia umana e a quella veterinaria, ha istituito al suo interno un nuovo Gruppo di Studio.

a pagina 14

## ...e Intersindacale

### Riforma PA, Infermieri ed Europa

Rispetto alla riforma della PA, l'Intersindacale medica chiede tra l'altro che “vengano adottate politiche appropriate e in certi casi diverse rispetto al resto della pubblica amministrazione”.

Sulle competenze infermieristiche, invece, i Sindacati, nel prendere atto che non si è instaurato alcun tipo di confronto, precisano che “non vi è stata alcuna condivisione della proposta Bozza di Accordo Stato Regioni sull'ampliamento delle competenze infermieristiche, in merito alla quale ribadiscono la loro netta opposizione”.

Agitazione dei medici anche a livello europeo. Il 15 Maggio si è svolta la Giornata di protesta europea promossa dalla FEMS (la Federazione Europea dei Medici Salariati).

a pagina 11

## Leggi e sentenze

### Responsabilità, Maternità, Laurea



Diverse le tematiche affrontate. La decisione del Consiglio di Stato che ha stabilito che “sol tanto un medico è abilitato a dirigere un'Unità Operativa Complessa di una Asl”, due sentenze sulle modalità di accertamento della responsabilità del medico, come riscattare gli anni della laurea o la maternità e i cambiamenti che hanno riguardato recentemente le casse previdenziali dei professionisti.

a pagina 13

## PA, le intenzioni del Governo E le osservazioni AAROI-EMAC

Nel presentare le linee di indirizzo della Riforma della PA, il 30 Aprile, il Presidente del Consiglio, Matteo Renzi, esortò tutti gli interessati ad inoltrare le proprie proposte via mail. Di seguito una breve sintesi delle osservazioni inviate dall'AAROI-EMAC:

**Abrogazione dell'istituto del trattenimento in servizio** – Potrebbe essere accettabile solo sostituendo gli "anziani" con un adeguato numero di neoassunti a tempo indeterminato.

**Modifica dell'istituto della mobilità volontaria e obbligatoria** – Sono indispensabili regole chiare, per evitare interpretazioni arbitrarie delle varie amministrazioni.

**Introduzione dell'esonero dal servizio** – Un esonero forzoso con il rischio di nuovi "esodati"?

**Agevolazione del part-time** – Concordiamo, a patto che sussistano le motivazioni.

**Possibilità di affidare mansioni assimilabili quale alternativa opzionale per il lavoratore in esubero** – Ci piacerebbe che non possa essere utilizzabile come forma di ricatto (se non accetti la licenziazione).

**Riduzione del 50% del monte ore dei permessi sindacali nel pubblico impiego** – Appare più come una volontà di freno dell'attività sindacale che di risparmio.

**Possibilità di licenziamento per il dirigente che rimane privo di incarico** – Dal ri-mansionamento al licenziamento...

**Valutazione dei risultati fatta seriamente e retribuzione di risultato erogata anche in funzione dell'andamento dell'economia** – Presuppone un adeguato budgeting, obiettivi concordati e raggiungibili, etc. Quante e quali sono le pubbliche amministrazioni pronte?

**Conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, asili nido nelle amministrazioni** – Basti evitare che resti un proclama senza seguito.

**Tagli agli sprechi e riorganizzazione dell'Amministrazione** – (16), (17), (18) – Basterebbe iniziare ad eliminare i seguenti sprechi (e rischi) esistenti nel SSN: project financing a costi da usura, punti nascita sotto i 1000 parti, terapie intensive sotto i 4 letti, moltiplicazione di reparti e funzioni...

**Inasprimento delle sanzioni, nelle controversie amministrative, a carico dei ricorrenti e degli avvocati per le liti temerarie** – È evidente la nostra contrarietà: tanto varrebbe negare al pubblico dipendente di poter contestare qualunque provvedimento a suo danno. Perché invece non applicare il principio alle vertenze civili contro le amministrazioni pubbliche (per esempio le ASL/AO e i relativi dipendenti...) in ambito di contenzioso sanitario, data la sua pesante rilevanza economica per il SSN, sia in termini di indennizzi, sia di costi delle assicurazioni?

## La riforma del Titolo V

### Il Governo non scioglie i dubbi sul futuro della Sanità

Il 7 Aprile scorso, con una lettera al Direttore di Quotidiano Sanità, Cesare Fassari, il Presidente AAROI-EMAC, Alessando Vergallo, è intervenuto sulla riforma del Titolo V della Costituzione. Di seguito il testo:

"Il DDL di riforma costituzionale del Governo Renzi (Testo approvato dal Consiglio dei Ministri del 31 marzo 2014) lascia piuttosto perplessi, almeno per quanto riguarda il SSN.

Ad una prima lettura, i dubbi sui reali programmi di questo Governo per la Sanità non vengono certo dissolti: da una parte assistiamo a rassicurazioni su una sorta di "clausola di supremazia" dello Stato sulle Regioni, che consisterebbe nella possibilità di emanare "norme generali", dall'altra alle Regioni parrebbe riservata in via esclusiva non solo l'organizzazione dei Servizi, ma addirittura la formazione professionale degli Operatori Sanitari.

Al contrario, nessuna rassicurazione su molti interrogativi di pressante attualità:

- la supremazia ordinamentale dei contratti collettivi nazionali di lavoro, in progressivo abbandono a favore di trattative regionali e addirittura decentrate ormai fuori controllo, sarà recuperata o no?

- gli articolati contrattuali e le normative di legge nazionali, nonché le disposizioni europee, per esempio in tema di turni ed orari di lavoro ma non solo, saranno finalmente rispettati o no?

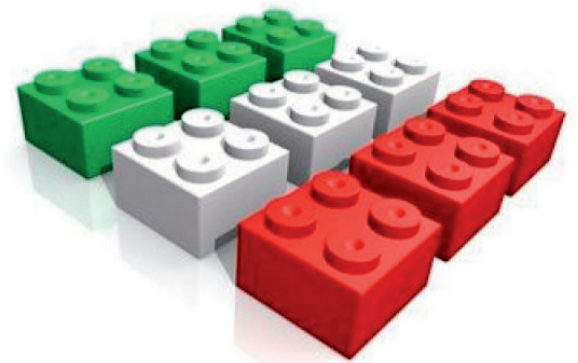
- l'organizzazione del lavoro e la formazione di competenza regionale smetteranno di sconfinare, delegittimandoli, negli ambiti dei titoli di studio abilitanti all'esercizio professionale, che la legislazione nazionale conferisce e richiede obbligatoriamente per esercitare tutte le professioni sanitarie, mediche e non mediche, o no?

- i ruoli e le responsabilità di coloro i quali esercitano tali professioni saranno finalmente resi uniformi su tutto il Paese, nel pieno rispetto delle specifiche e rispettive competenze e funzioni, a norma di legge nazionale, o no?

- la formazione di medici laureati e poi specialisti sarà finalmente programmata coerentemente con le esigenze del SSN o no?

- le assunzioni di personale medico smetteranno di essere rimesse a contratti atipici (per esempio contratti "ambulatoriali" SUMAI applicati a Medici Anestesisti Rianimatori che effettuano invece "regolari" turni di lavoro in sala operatoria e in terapia intensiva) o no?

- le dotazioni strutturali degli enti erogatori di servizi sanitari risponderanno finalmente a requisiti minimi di qualità e di sicurezza, definiti a livello nazionale, o no?



- in tutti i suddetti ambiti, la riforma costituzionale di cui al DDL in questione obbliga lo Stato ad intervenire fattivamente per "la tutela dell'unità giuridica della Repubblica" o no?

- si vuol mantenere un ruolo per il Ministero della Salute, che non sia soltanto di facciata, o di parafulmine per altre Istituzioni, o Agenzie, o Concessionarie, o Succursali di varia gestione e competenza sanitaria, o ridotto a questuante al cospetto del MEF, o no?

In mancanza di risposte inequivocabilmente affermative agli interrogativi suddetti, e a molti altri analoghi, il timore che si ricava dalla nuova stesura dell'art.117 è che con essa si favorisca in modo netto il decentramento regionale del Servizio Sanitario Nazionale.

In tal caso, ogni rassicurazione sul rafforzamento del ruolo dello Stato in Sanità altro non rappresenterebbe che un'operazione cosmetica.

Nel caso di una riforma in senso regionalista, inutile dire che il SSN sarebbe "asfaltato" con un "rullo compressore", e ridotto ad alveo di un manto stradale a ventuno corsie, quelle di altrettanti Sistemi Sanitari Regionali a pedaggio differenziato, e con servizi autonomamente erogati di conseguenza.

Esattamente il contrario di quanto più volte, negli ultimi tempi, sollecitato dalle Organizzazioni Sindacali Mediche, più volte accusate di essere colpevoli di ostacolare le spinte al decentramento organizzativo, ampiamente propagandato da altre categorie.

Speriamo, tuttavia, che tutti questi timori siano ingiustificati: per provare che lo siano, per ora basterebbe che in base a questa riforma del Titolo V fosse possibile rispondere "sì" ai quesiti che abbiamo riproposto per l'ennesima volta".

Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

## 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 il modulo di domanda disponibile in formato pdf sul sito web [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it) ed inviarlo come da istruzioni specificate.

La domanda di iscrizione è soggetta ad approvazione.

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

## il nuovo Anestesista Rianimatore

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

**Autorizzazione**  
Tribunale di Napoli  
4808 del 18/10/1996

**Direttore Responsabile**  
ALESSANDRO VERGALLO

**Vice Direttori**  
FABIO CRICELLI  
TERESA MATARAZZO  
EMANUELE SCARPUZZA

**Comitato di Redazione**  
GIAN MARIA BIANCHI  
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 Giugno 2014  
Tiratura: 10.600 copie  
Spedito il  
9 Giugno 2014

## Patto per la Salute a Giugno

Lorenzin fissa il Timing per l'Accordo



*"Pensiamo di portare il Patto per la Salute in Conferenza Stato-Regioni per i primi di Giugno. I lavori hanno avuto un allungamento dovuto al cambio di Governo e all'incertezza sul budget finanziario ma ormai i tempi sono maturi. In questo momento i tecnici del Ministero e quelli della Conferenza Stato-Regioni lavorano per definire gli aspetti sospesi."*

*"Pensiamo che saremo in grado di affrontare in modo politico gli aspetti conclusivi entro la metà di Giugno."*

*"LEA - ha concluso Lorenzin - sono già definiti, sono l'unico articolo che è stato approvato definitivamente da entrambe le parti e riguardano uno stanziamento di 900 milioni di euro in 3 anni per il loro aggiornamento. Quello che ci poniamo ora come obiettivo è una maggiore efficienza, una razionalizzazione della spesa"*

È questa la promessa fatta dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin (nella foto a destra), nel rispondere al Question Time su tempi e modalità per la sottoscrizione del Patto per la Salute 2013-2015.

Un Timing preciso quindi che - al momento della chiusura del giornale - non è ancora chiaro se sarà rispettato. Allo stato attuale non mancano le "buone intenzioni".

In una video intervista del 20 Maggio su Quotidiano Nazionale il Ministro ha affermato:

*"Il Patto per la salute è il progetto di pianificazione e programmazione della sanità elaborato con il MEF e le Regioni. Alle Regioni ho chiesto poche cose ma applicabili perché ci vuole un cambio di marcia. La filosofia è risparmiare e reinvestire. I fondi vanno trovati all'interno del sistema. Penso alla gestione diversa di contratti e appalti e alla riprogrammazione."*

*"Gran parte di questo "efficientamento", mi si conceda il termine, viaggia attraverso la digitalizzazione di tutti i processi. L'impianto già esiste ma dobbiamo andare a sistema e le Regioni devono cominciare a caricare i dati in modo costante e frequente. È proprio dall'incrocio dei dati che possiamo capire se c'è un reparto fuori target, con troppe prestazioni o troppo poche, possiamo scoprire come lavorano le camere operatorie etc."*

*"Con questo sistema un'Agenas che immagini diversa, potrebbe intervenire con una task force di esperti capaci di controllare la gestione. L'Agenas diventerebbe il braccio operativo di Ministero e Regioni. Le Regioni devono cedere, secondo me anche prima che sia riformato il titolo V della Costituzione"*

Ma quali sarebbero le linee generali del Patto? Alcune anticipazioni sono state pubblicate dal quotidiano La Stampa lo scorso 19 Maggio.

Per i piccoli ospedali, passerebbe da 120 a 60 posti letto la soglia minima oltre la quale gli ospedali dovranno essere riconvertiti in strutture per l'assistenza nel territorio e la riabilitazione, mentre le piccole cliniche, salvo quelle mono specialistiche, dovranno riaccorparsi fino a raggiungere la dotazione di almeno 100 letti. Sulla carta a rischio sarebbero 192 strutture private e 72 piccoli ospedali per un totale di 2800 posti letto da trasformare in assistenza sul territorio.

Per ridurre le inefficienze verrebbero chiusi i reparti che trattano troppo pochi casi per essere sicuri o di quelli con risultati dal punto di vista clinico insoddisfacenti. Per le prestazioni sanitarie più richieste e a maggior rischio di inappropriata delle linee guida diranno ai medici quando una cura o un accertamento saranno rimborsabili oppure no.

Le Case della Salute dovranno garantire assistenza 24h e accertamenti diagnostici meno complessi, ospitando team di medici di famiglia, specialisti e infermieri. Faranno da filtro al pronto soccorso. Se ne parla da molto ma ora diventerebbero un vincolo per le Regioni.

Per i ticket, l'idea sarebbe di ridurli drasticamente, rivedendo però le esenzioni, non più agganciate al reddito Irpef, ma all'Isee, premiano chi ha più familiari a carico, anziani e malati



cronici. Questi ultimi non sarebbero però più esentati, nel caso di reddito Isee alto.

Le Agenzie Agenas e Aifa avrebbero entrambe più potere. L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas) controllerà il rispetto del Patto e l'andamento dei conti; quella del farmaco (l'Aifa) avrà più strumenti per evitare il ripetersi di truffe farmaceutiche a danno dei conti pubblici.



## La Bozza del DPCM Precari

Il Decreto disciplina le procedure concorsuali

È tornato all'esame del Ministero della Salute, la bozza di DPCM che dovrebbe stabilizzare 35.000 precari della sanità, tra cui circa 10.000 medici. Il decreto disciplina le procedure concorsuali riservate per l'assunzione presso gli Enti del SSN e prevede specifiche disposizioni per il personale dedicato alla ricerca.

Il Decreto stabilisce che, "ferme restando le graduatorie dei concorsi pubblici a tempo indeterminato, gli Enti, entro il 31 dicembre 2016, possono bandire procedure concorsuali per titoli ed esami per assunzioni a tempo indeterminato del personale del comparto sanità, compreso quello appartenente alle aree dirigenziali, medico veterinario, sanitaria, professionale e tecnico amministrativa degli enti".

Per tali bandi si dovrà tener conto anche del personale che alla data del 30 ottobre 2013 abbia maturato negli ultimi cinque anni, almeno tre anni di servizio, anche non continuativo, con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, anche presso enti del medesimo ambito regionale diversi da quello che indice la procedura.

I concorsi saranno, inoltre, avviati, "ferme restando gli obiettivi di contenimento della spesa complessiva di personale, a valere sulle risorse assunzionali relative agli anni 2013, 2014, 2015 e 2016 anche complessivamente considerate, nel rispetto della programmazio-

ne del fabbisogno, nonché, a garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, nel limite massimo complessivo del 50%, in alternativa a quelle di cui all'art. 35, comma 3-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 o in maniera complementare purché nel limite della predetta percentuale". L'avvio di queste procedure dovrà tener conto anche del blocco del turnover e degli eventuali vincoli assunzionali presenti nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro.

Gli enti, anche in relazione al fabbisogno effettivo, alle risorse finanziarie disponibili e ai posti in dotazione organica vacanti indicati nella programmazione triennale, possono prorogare i contratti di lavoro a tempo determinato del personale fino all'espletamento dei concorsi, ma non oltre il 31 dicembre 2016.

Il Decreto stabilisce inoltre che "il personale medico con almeno cinque anni di prestazione continuativa antecedenti alla scadenza del bando, fatti salvi i periodi di interruzione previsti dalle disposizioni vigenti, presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, è ammesso a partecipare ai concorsi ancorché non in possesso del diploma di specializzazione".

Al momento della chiusura del giornale non si è ancora svolto l'incontro previsto per il 3 Giugno tra i Sindacati e il Ministro della Salute. Sul prossimo numero i successivi sviluppi.

## Test a Medicina: Sì o No?

La proposta del Ministro Giovannini

Dal mese di Luglio potrebbe cambiare il sistema di accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'annuncio a sorpresa del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca, Stefania Giannini, ha suscitato un grande clamore tra gli addetti ai lavori, creando veri e propri schieramenti tra i favorevoli e i contrari. Il nuovo sistema dovrebbe seguire il modello cosiddetto francese che prevede l'accesso libero al primo anno e una selezione alla fine di esso su base meritocratica.

"Non possono bastare due ore per decidere il futuro della vita di una persona - ha spiegato il Ministro, nel motivare la proposta -. Noi vogliamo una selezione che sia la migliore possibile e per questo c'è l'ipotesi di lasciare libera l'iscrizione al primo anno e

poi avere una selezione durissima per poter accedere al secondo anno. Così si iscriverebbero i più motivati".

Immediato le reazioni dei Rettori di alcune Università italiane, intimoriti dalla possibile affluenza incontrollata degli iscritti al primo anno di Medicina.

Dello stesso parere anche la FNOMCeO: "Riteniamo che l'immissione al primo anno di Medicina di tutti quelli che vogliono intraprendere la professione, un esercito di 80mila candidati ogni anno, possa mettere in crisi le università e ridurre la possibilità di un accesso allo studio di qualità."

La proposta della Giannini potrebbe distruggere la formazione che viene fatta nel primo anno", ha affermato Maurizio Benato, Vice Presidente della FNOMCeO.



## Il DL Lavoro in Gazzetta Ufficiale



È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 114 del 19 Maggio il testo della Legge 16 Maggio 2014, n. 78 «Conversione in Legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 20 marzo 2014, n. 34, recante disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese».

Tra le novità del provvedimento, nel testo votato alla Camera, l'aumento a 36 mesi della durata del contratto a tempo determinato per il quale il datore di lavoro non deve indicare la causale.

Tra un contratto e l'altro non esiste più l'obbligo di interrompere la continuità del rapporto di lavoro.

Il Decreto prevede anche che - se i contratti collettivi non hanno già previsto un tetto - i contratti a termine possano coprire fino ad un massimo del 20 per cento dell'organico necessario.

## La Mobilità della Dirigenza Medica e Veterinaria

### La sede di destinazione non può essere un'Azienda con tanti Presidi

Ai sensi del CCNL del 08/06/2000 della Dirigenza Medica e Veterinaria, l'assunzione di ciascun Dipendente, sia a tempo determinato, sia a tempo indeterminato, deve essere formalizzata mediante un contratto individuale, nel quale:

- deve essere indicata la "sede di destinazione" (art. 13 comma 4 lettera h);

- "la modifica di uno degli aspetti del contratto individuale eccetto quanto previsto al comma 9 (conferimento di incarico di direzione di struttura complessa - Ndr), è preventivamente comunicata al Dirigente per il relativo esplicito assenso." (art. 13 comma 12);

- "non possono essere inserite clausole peggiorative del CCNL o in contrasto con norme di legge" (art. 13 comma 13)

La "sede di destinazione" è la sede fisica in cui il Dirigente esercita la prestazione lavorativa.

Nel caso di prestazioni lavorative (presenza in servizio e pronta disponibilità) che, per le loro caratteristiche, devono svolgersi in una Struttura Ospedaliera, non è ammissibile che la "sede di destinazione" sia un'intera Azienda articolata in Presidi diversi.

#### Occorre distinguere:

- la Mobilità Volontaria
- la Mobilità Interna all'Azienda (per conferimento di un diverso incarico o disposta d'urgenza)
- la Mobilità per Esuberato.

La Mobilità Volontaria è normata dall'art. 20 del CCNL del 08/06/2000.

"La mobilità volontaria dei Dirigenti tra le aziende e tutti gli enti del comparto di cui al CCNQ del 2 giugno 1998 - anche di Regioni diverse - in presenza della relativa vacanza di organico avviene a domanda del Dirigente che abbia superato il periodo di prova, con l'assenso dell'azienda di destinazione e nel rispetto dell'area e disciplina di appartenenza del Dirigente stesso" (comma 1).

"Il nulla osta dell'azienda o ente di appartenenza, qualora non venga concesso entro dieci giorni dalla richiesta, è sostituito dal preavviso di tre mesi" (comma 2).

"La mobilità non comporta novazione del rapporto di lavoro. Il fascicolo personale segue il Dirigente trasferito e nel conferimento degli incarichi di cui all'art. 27, comma 1, lettere b), c) o d) per i Dirigenti con meno di cinque anni di attività, l'azienda di destinazione tiene conto dell'insieme delle valutazioni riportate dal Dirigente anche nelle precedenti amministrazioni" (comma 3).

L'accettazione della domanda di mobilità non è subordinata a valutazione di tipo concorsuale, trattandosi di Dirigenti già a tempo indeterminato, che quindi sono già stati assunti per concorso pubblico. Sarebbe opportuno stabilire, anche a livello di C.I.A. (in accordo con le OO. SS.), parametri per stilare una eventuale graduatoria di precedenza in caso di domande plurime, p. es. in base a situazioni "sociali" (residenza, situazione familiare, patologie familiari, figli minori) tali da essere preferenziali.

In sintesi, il Dirigente che desidera trasferirsi dall'Azienda A all'Azienda B presenta una domanda di mobilità presso l'Azienda B, la quale a sua volta può accettare o meno tale richiesta, che è prioritaria rispetto alle nuove assunzioni mediante concorso pubblico; se ottenuta l'accettazione dall'Azienda B, il Dirigente Medico la comunica all'Azienda A, al fine di ottenere da questa il nulla osta, che può essere sostituito da tre mesi di preavviso; non rappresentandosi novazione del rapporto di lavoro, il Dirigente trasferito presso l'Azienda B conserva il proprio incarico professionale; i giorni di congedo per rischio anestesilogico e/o radiologico, nonché quelli per ferie (escluse le festività sopresse), essendo irrinunciabili e non monetizzabili, possono essere trasferiti presso l'azienda di destinazione; in caso contrario devono essere fruiti nell'azienda di provenienza.

Un ulteriore istituto che può agevolare la mobilità volontaria, prevedendo la possibilità di "scambio" tra i dipendenti della pubblica amministrazione, è la **Mobilità compensativa**, a norma dell'art. 7 del DPCM 325 del 05/08/1988, che al comma 1 recita:

"È consentita in ogni momento, nell'ambito delle dotazioni organiche di cui all'art. 3 la mobilità dei singoli dipendenti presso la stessa od altre amministrazioni anche di diverso comparto, nei casi di domanda congiunta di compensazione con altri dipendenti di corrispondente profilo professionale, previo nulla osta dell'amministrazione di provenienza e di quella di destinazione".

La **Mobilità Interna all'Azienda** è normata dall'art. 16 del CCNL INTEGRATIVO del 10/02/2004, che recita:

1. Nell'attuale sistema degli incarichi dirigenziali, la mobilità all'interno dell'azienda dei Dirigenti in servizio può essere conseguenza del conferimento di uno degli incarichi previsti dall'art. 27 del CCNL 8 giugno 2000 in struttura ubicata anche in località diversa da quella della sede di precedente assegnazione, nel rispetto dell'art. 13, commi 9 e 12 dello stesso contratto.

2. La mobilità a domanda si configura come richiesta di un nuovo e diverso incarico, anche se alla dotazione organica della sede

prescelta ne corrisponda uno di pari livello a quello rivestito dal richiedente con riguardo alla tipologia e alla graduazione delle funzioni. L'accoglimento della domanda segue, pertanto, le procedure di conferimento degli incarichi previste dall'art. 28 del CCNL 8 giugno 2000.

3. Prescinde dall'incarico attribuito la mobilità interna di urgenza, che avviene, nell'ambito della disciplina di appartenenza, nei casi in cui sia necessario soddisfare le esigenze funzionali delle strutture interessate in presenza di eventi contingenti e non prevedibili, ai quali non si possa far fronte con l'istituto della sostituzione di cui all'art. 18 del CCNL 8 giugno 2000.



4. La mobilità di urgenza, ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza, ha carattere provvisorio, essendo disposta per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare salvo consenso del Dirigente, espresso sia per la proroga che per la durata. La mobilità di urgenza - ove possibile - è effettuata a rotazione tra tutti i Dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito. Agli interessati, se ed in quanto dovuta, spetta l'indennità di trasferta prevista dall'art. 32 (del CCNL

del 10/02/2004 - Ndr) per la durata dell'assegnazione provvisoria.

5. Qualora la necessità di provvedere con urgenza riguardi l'espletamento dell'incarico di direttore di dipartimento o di struttura complessa e sempre nei casi in cui non possa farsi ricorso all'art. 18, commi 1 e 2 del CCNL 8 giugno 2000, le aziende possono affidare la struttura temporaneamente priva di titolare ad altro Dirigente con corrispondente incarico nella stessa o in disciplina equipollente, ai sensi del citato art. 18, comma 8.

6. Nei casi di mobilità interna per effetto di ristrutturazione aziendale, ai fini del mantenimento dell'incarico rivestito o del conferimento di un nuovo incarico, si tiene conto dei principi stabiliti dagli articoli 31, comma 1 del CCNL 5 dicembre 1996 e 39, comma 8 del CCNL 8 giugno 2000, nell'ambito delle procedure da questo definite nell'art. 4, comma 2, lettera F.

7. Nei confronti dei Dirigenti sindacali indicati nell'art. 10 del CCNQ del 7 agosto 1998 ed accreditati con le modalità ivi previste, fatta salva la mobilità d'urgenza, la mobilità conseguente al conferimento dell'incarico deve essere esplicitamente accettata dal Dirigente, ai sensi dell'art. 13, comma 12 del CCNL 8 giugno 2000, previo nulla osta della organizzazione sindacale di appartenenza o della corrispondente R.S.A. ove il Dirigente ne sia componente, ai sensi dell'art. 18, comma 4 del medesimo CCNQ.

8. Sono disapplicati l'art. 39 del D.P.R. 761/1979 e l'art. 81 del D.P.R. 384/1990. L'articolo si applica dall'entrata in vigore del presente contratto.

La **Mobilità Interna per conferimento di un diverso incarico** non presenta particolari criticità interpretative.

La **Mobilità d'urgenza**, invece, è spesso applicata in modo scorretto, mentre, a rigor di norma, dovrebbe farvisi ricorso esclusivamente "in presenza di eventi contingenti e non prevedibili, ai quali non si possa far fronte con l'istituto della sostituzione", limitatamente "al perdurare delle situazioni di emergenza", in attesa di risolvere la carenza con altri provvedimenti (assunzioni, incarichi a tempo determinato, utilizzo delle prestazioni aggiuntive, etc.), e nell'impossibilità di provvedere (nell'immediato, non certo all'infinito) alle esigenze di servizio richieste dalla sede di provvisoria destinazione mediante la "sostituzione".

Per un criterio di equità, la mobilità d'urgenza "ove possibile - è effettuata a rotazione tra tutti i Dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito".

La mobilità d'urgenza non può dunque essere una "mobilità ad libitum", altrimenti sarebbero sufficienti 12 Dirigenti per renderla perpetua, il che evidentemente non è nello spirito della norma, né compatibile con alcuna motivazione di "emergenza": data l'eccezionalità della misura, non sono accettabili né la sua reiterazione sistematica all'infinito, né la "scomparsa" della sede di lavoro precedentemente e stabilmente assegnata al Dirigente sottoposto a mobilità d'urgenza.

La **Mobilità per Esuberato** è normata dagli artt. 31 e 32 del CCNL del 05/12/1996.

Il personale Dirigente può essere soggetto a mobilità d'ufficio in caso di esuberato nella sede di appartenenza: ciò può accadere, ad esempio, in caso di ristrutturazione (ridimensionamento o chiusura) dei servizi resi all'utenza.

In questi casi, per evitare di creare, paradossalmente, carenze di personale, è indispensabile la corretta ridefinizione degli organici, con valutazioni corrette dei carichi di lavoro che restano da svolgere.

Seguendo gli stessi principi (all'opposto) della Mobilità volontaria, anche e soprattutto nel caso della Mobilità per esuberato, è necessario stabilire anche a livello di C.I.A. (in accordo con le OO. SS.) adeguati criteri di "precedenza", per salvaguardare specifiche situazioni familiari e sociali.

Decio Viscidi  
 Consigliere Regionale AAROI-EMAC Toscana

## La Politica e la Sanità

Egregio Signor Ministro Lorenzin, leggo con interesse e qualche perplessità le Sue dichiarazioni riguardo la necessità di allontanare la politica dalla gestione della Sanità.

Sono sicuramente buone intenzioni, certamente quello che in molti sosteniamo e ci auguriamo da anni, ma riusciremo ad andare oltre la facile, condivisibile, gratuita fase del proclama?

La politica purtroppo entra prepotentemente con i Governatori nella Sanità già a partire dalla nomina dei Direttori Generali nelle Aziende Sanitarie. Questi, a loro volta, designano il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario Aziendale ed i Direttori di Dipartimento/Distretto.

E fin qui, abbiamo parlato di soli incarichi fiduciari.

Vediamo cosa succede invece, quando - finalmente - entrano in gioco le procedure concorsuali per gli incarichi di Direttore di Struttura Complessa.

Qui, per fortuna, va in soffitta la cerimonia dell'investitura e si comincia, spero sia inequivocabile l'ironia, a ragionare in termini di merito:

D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

"L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, ... sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti ... preposti a una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale e uno dal Collegio di direzione".

Sì, però, così, il Direttore Generale, che raramente è un medico, ed ancor più raramente specialista della disciplina messa a concorso e che per giunta è diretta emanazione del Governatore, quindi espressione della politica locale, ha il potere di decidere andando ben oltre la valutazione tecnica di merito.

Per fortuna però il Suo predecessore, il Ministro del Governo tecnico, per intenderci, l'Onorevole Balduzzi, ha riportato nell'alveo della meritocrazia la selezione dei Primari:

Decreto legge 158/2012

a) la selezione viene effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo...

b) ... Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, ... la commissione presenta al direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta.

Niente da eccepire: sono stati proprio fatti, a scanso di equivoci continua la mia ironia, notevoli passi avanti...

Ed anche chi si trova a dover emettere un giudizio resta imbrigliato in queste italice mostruosità: in una recente sentenza infatti (Cassazione Civile - Sez. Lav.; Sent. n. 7107 del 26.03.2014), il Giudice ha respinto il ricorso di un candidato nei confronti del quale la Commissione esaminatrice aveva espresso un giudizio di "buono" ed al quale il Direttore Generale aveva preferito il candidato nei cui confronti era stato emesso il giudizio di "discreto". Al Giudice non è rimasto altro che riconoscere al ricorrente il danno da perdita di chances con relativo risarcimento e con, immagino, spreco di denaro pubblico, a meno che non intervenga, c'è da augurarselo, la Corte dei Conti.

Come dire, oltre al danno... Torniamo a noi, Signor Ministro, siamo tutti d'accordo con Lei: fuori la politica dalla Sanità, possibilmente con i fatti, magari con un Decreto Lorenzin che ponga fine a tutta questa sceneggiata, e non con le sole belle parole che ormai non producono più neanche consenso.

[http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=21686](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=21686)

Domenico Minniti  
 Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

# Approvato a Torino il Codice Deontologico

## La FNOMCeO ha accolto alcune delle modifiche richieste dai Sindacati

Domenica 18 Maggio è stato approvato il nuovo Codice Deontologico della Professione Medica e Odontoiatrica. Lo hanno votato i Presidenti provinciali degli Ordini dei Medici riuniti a Torino nel Consiglio nazionale della FNOMCeO. Sedici ore di consultazioni, centoquaranta votazioni, settanta emendamenti accolti sui trecento presentati. Alla fine, il documento è stato varato con 87 voti favorevoli, 10 contrari e 2 astensioni, non senza critiche.

Quattro gli articoli inediti, ciascuno corrispondente a una questione bioetica: la Medicina Potenziativa (Art. 76) - volta non a curare ma a migliorare lo stato di benessere, sino a superare gli stessi limiti della natura - la Medicina Militare, articolo condiviso con il ministero della Difesa, l'applicazione delle Tecnologie informatiche alla Sanità, la partecipazione del Medico alle Organizzazioni Sanitarie.

Altre modifiche hanno riguardato l'Ambiente, la prevenzione del Rischio clinico e la Sicurezza delle cure, il controllo del Dolore e le Cure palliative, le Competenze professionali, la Lotta all'abuso, il Consenso Informato.

Tornato, in alcuni articoli, il termine "Paziente", in una prima versione del testo sostituito sempre da "Persona assistita". Il termine "Paziente" è stato mantenuto, specifica FNOMCeO, quando si parla di "Cure", introducendo "Persona assistita" negli articoli di più ampia accezione.

Restano ancora da approvare (forse a Bari a Giugno) gli allegati al Codice su giuramento d'Ippocrate, Ict, conflitto d'interessi, ricerca e sperimentazioni.

Nei giorni precedenti all'approvazione, l'AAROI-EMAC ha presentato al Presidente FNOMCeO, Amedeo Bianco, alcune modifiche, alle quali si sono aggiunte quelle di altre Sigle Sindacali (ANAO - CIMO - FASSID - FESMED - CISL MEDICI - ANPO-ASCOTIFIALS MEDICI), in un documento congiunto.

Di seguito le considerazioni inviate dall'AAROI-EMAC, attraverso un dettagliato documento. Richieste in gran parte non accolte nel nuovo Codice, dove rimangono diversi nodi cruciali non risolti, relativi, in particolare, ad alcune questioni etiche.

Due le novità positive, che dimostrano l'importanza dell'azione sindacale anche in questo ambito: all'art 3 è stata ben definita la competenza medica nella terapia a fini preventivi, terapeutici, riabilitativi; all'art. 54 è scomparsa ogni fuga in avanti in tema di assicurazione professionale, rispetto alle previsioni normative, a cui correttamente si rimanda.

*"Il Codice di deontologia medica è un corpo di regole "ordinamentali", alle quali i medici devono uniformare il proprio comportamento professionale, e pur non rappresentando in linea di principio, è una fonte primaria di diritto.*

*Per reciproche interazioni e influenze tra norme di legge, deontologia, e responsabilità, le regole ordinamentali di un Codice deontologico possiedono inevitabilmente valenze concrete e plurime sull'esercizio dell'attività professionale, non solo nell'ambito medico-legale, ma, a monte, anche nell'organizzazione del lavoro.*

*Tutto ciò viene ancor più amplificato qualora e laddove la professione degli iscritti ad un Ordine viene esercitata nel contesto sanitario, in equipe multi-professionali: a questo proposito, come in altre occasioni, pare che gli estensori del nuovo Codice di deontologia medica, in alcuni passaggi, ne abbiano tenuto conto unicamente in una prospettiva di "allargamento" alle aspirazioni professionali di altre categorie.*

**Sull'art. 13 (Prescrizioni diagnostico-terapeutiche)**, si rivendica una esclusiva competenza del medico, così come la sua autonomia e la sua responsabilità nel rispetto delle normative in materia, non ritenendo inoltre opportuno che il Codice deontologico si sostituisca a regole di sistema, e/o a norme di legge, e nel contempo lasci ricadere sul singolo medico eccessive prerogative e responsabilità.

**Sull'art. 15 (Medicine non convenzionali)**, si richiede di rendere più esplicito, anche in questo settore, il divieto di favorire terzi non medici in prescrizioni diagnostico-terapeutiche di esclusiva competenza medica.

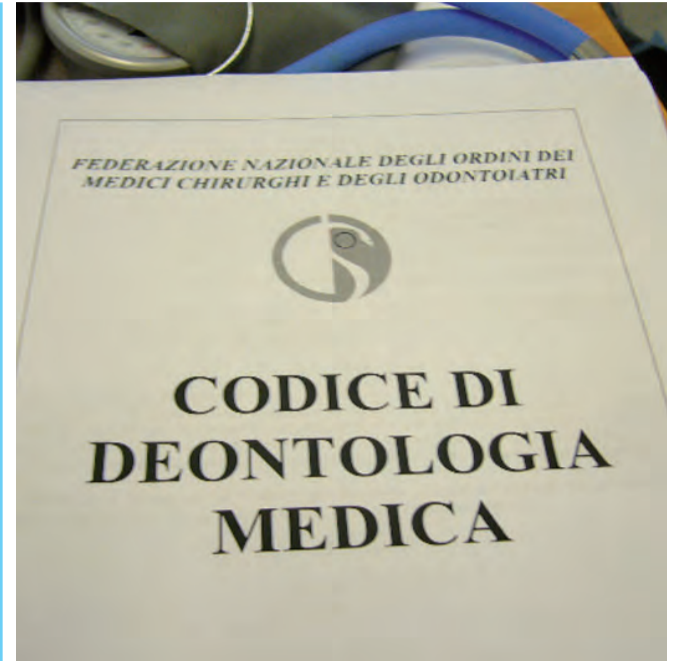
**Sull'art. 16 (Trattamenti diagnostico-terapeutici)**, si richiede che le risorse umane necessarie non siano lasciate forzatamente alla "disponibilità" e allo "spirito di sacrificio" del singolo medico, con un'individuazione condivisa delle rispettive autonomie e responsabilità di medico e paziente.

**Sull'art. 20 (Relazione di cura)**, si richiama la necessità di una reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti di medico e paziente, e su un'informazione reciprocamente comprensibile e completa.

**Sull'art. 21 (Competenza professionale)**, a garanzia della sicurezza delle cure, si sottolinea la necessità che il medico non debba assumersi compiti che non sia legittimato a svolgere dalle proprie competenze professionali e specialistiche.

Sugli articoli che richiamano, rispettivamente, obblighi vari di segnalazione, esercizio dell'obiezione di coscienza nelle sue varie forme, tutela dei soggetti fragili e dei minori, nonché in relazione all'art. 38 (Dichiarazioni anticipate di trattamento), si richiede, per opportuna prudenza, che il Codice deontologico si limiti a vincolare il medico a quanto previsto dalla legge.

**Sugli articoli che richiamano il consenso informato**, si sottolinea la necessità di chiarire meglio le modalità ob-



bligatorie di consenso, dato che se ne parla in modo frammentario e diversificato (consenso, consenso scritto, consenso scritto e sottoscritto), generando una pericolosa confusione.

Inoltre, si contesta l'art. 54, che vorrebbe introdurre anche per i medici dipendenti un obbligo assicurativo irrazionale e non previsto dalla legge a fornire gli estremi di polizza assicurativa ai pazienti, come se fossero liberi professionisti.

**Sull'art. 59 (Rapporti con il medico curante)**, per evidenti motivi di continuità e di sicurezza delle cure, si richiede un vincolo reciproco di informazione sanitaria tra medici ospedalieri e del territorio.

**Sull'art. 68 (Rapporti con le Strutture Sanitarie Pubbliche e Private)**, si richiede di estendere anche ai medici dipendenti di Cliniche Private convenzionate il divieto di comportamenti che possano indebitamente favorire la libera professione, a danno delle cure garantite dal SSN.

È comunque essenziale che le disposizioni del nuovo Codice deontologico mantengano al centro dei loro obiettivi gli aspetti etici, e non prefigurino alcuna fuga in avanti rispetto alle vigenti disposizioni di legge e ai contratti collettivi nazionali di lavoro, soprattutto in tema di responsabilità professionale".

Anche sulla bozza del nuovo Statuto ENPAM, l'AAROI-EMAC è intervenuta con precise osservazioni inviate all'Ente di Previdenza. Di seguito la nota che ha accompagnato le richieste, il cui esito seguiremo altrattanto scrupolosamente:

*"Si richiede l'allargamento della base contribuyente a figure professionali diverse dai medici e dagli odontoiatri - in riferimento all'art. 3 comma 1 della bozza del nuovo Statuto.*

*Non si rileva, per la categoria medica e odontoiatrica, alcun vantaggio derivante dall'allargamento della base contribuyente a nuove figure professionali.*

*Tale allargamento costituirebbe, al contrario, un pericolo proprio per la rappresentatività dei medici e degli odontoiatri, sia numerica, che, soprattutto, contributiva, disconoscendo le loro peculiarità.*

*Un precedente svantaggioso, in tal senso, si è già verificato, in passato, proprio per i medici, allorché la CPS confluisce nell'INPDAP.*

*Il tutto, a maggior ragione, se si considera la "dilatazione" della componente assistenziale dell'Ente.*

*La motivazione rappresentata da un eventuale futuro obbligo normativo in tal senso appare, infine, non solo prematura, e al momento ingiustificata, ma potrebbe addirittura esserne un prologo attuativo.*

*Per quanto riguarda i rapporti dell'Ente con altri analoghi, sono già contemplate, ai sensi dell'art. 3, comma 4, "forme di associazione con Enti di previdenza privati aventi analoghe finalità".*

*Si ritiene, pertanto, che la Fondazione debba restare l'Ente di previdenza e di assistenza dei medici e degli odontoiatri.*

*Limite alla numerosità del Consiglio nazionale dell'Ente e modalità elettive - in riferimento agli artt. 11 e seguenti della bozza del nuovo Statuto.*

*Si ritiene pleorico l'attuale numero dei Consiglieri nazionali dell'Ente, e alla proposta*



## Nuovo Statuto ENPAM: l'AAROI-EMAC dice la sua

### Il dettaglio delle osservazioni inviate all'Ente

*di limitarne il numero a 51 (con evidenti e non trascurabili risparmi economici) aggiungiamo quella di garantire una più democratica rappresentanza degli iscritti ai rispettivi fondi, conseguente ad un'elezione diretta, nella misura pari al 49% del numero totale di Consiglieri.*

*Sempre nell'ambito dei costi di gestione legati ai compiti di Istituto, si rammenta che ai Componenti degli Organi Istituzionali dell'Ente viene corrisposto un "gettone di presenza": si ritiene appropriata l'abrogazione di tali emolumenti, naturalmente fatto salvo il rimborso delle spese sostenute per l'espletamento del mandato, nonché il costo della stipula di eventuale copertura assicurativa, ove necessaria.*

*Inoltre, si ritiene assolutamente opportuna, nell'espressione di voto per l'elezione dei Consiglieri nazionali e dei Consiglieri di Amministrazione, la preferenza unica.*

*Rappresentanza di genere nel Consiglio nazionale - in riferimento agli artt. 11 comma 2, lettera c), e 15 comma 1, della bozza del nuovo Statuto.*

*Si ritiene, per evidenti ragioni di congruità, anche rispetto alla numerosità della componente femminile degli iscritti, che la garanzia di candidatura di genere (per entrambi i generi femminile o maschile) vada aumentata in misura non inferiore al 20% (al posto del 10% previsto nella bozza), ma che, per altrettanto evidenti ragioni di opportunità, tale garanzia non possa essere imposta come obbligo all'elezione.*

*Elezione dei Vice Presidenti e Composizione del Consiglio di Amministrazione - in riferimento all'art. 13 comma 1 della bozza del nuovo Statuto. Si sottolinea la necessità che gli iscritti contribuenti alla sola quota A del Fondo di previdenza generale abbiano la possibilità*

*di essere eventualmente rappresentati, in base ad un principio democratico elettivo, anche in una delle due vice presidenze. Inoltre, si ritiene più democratico che il Vice Presidente avente riportato più voti sia Vice Presidente vicario rispetto alla nomina autocratica del Vice Presidente vicario a cura esclusiva del Presidente.*

*Si condivide la necessità sollevata dai Presidenti OMCeO di Ascoli Piceno, Bologna, Ferrara, Latina, Milano, Piacenza, Potenza, Salerno, Trapani e Verona in merito alla necessità che il Consiglio di Amministrazione si avvalga di economisti esperti per la programmazione e la gestione degli investimenti finanziari, per evidenti motivi di opportunità sulle più adeguate scelte e strategie di investimento economico del patrimonio finanziario dell'Ente.*

*Diverse altre richieste, non meno importanti, riguardano:*

*- cumuli di cariche e corrispondenti evidenze di incompatibilità;*

*- deleghe di funzioni da parte di Organismi come il Consiglio di Amministrazione, che per finalità costitutive dovrebbero esercitarle direttamente;*

*- adeguata e democratica rappresentanza degli iscritti contribuenti al solo Fondo di Previdenza generale - Gestione della quota A, obbligatoria per tutti gli iscritti agli OMCeO.*

*Si ritiene del tutto inappropriato, infine, quanto previsto dall'art. 2 delle "Norme transitorie e finali", in quanto invalida di fatto quanto disposto dai richiamati articoli, i quali pongono un limite all'elezione consecutiva per più di due volte ai mandati rispettivamente previsti per Componenti del Consiglio di Amministrazione, Presidente, Vice Presidenti, Componenti del Comitato Consultivo. Per non aggiungere altro, giova e basta sottolineare che tale limitazione è già prevista nello Statuto vigente, e che in tal modo viene fatta appositamente slittare".*

# Tre giorni a Catania per parlare di Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Dolore acuto e cronico

**Dal 12 al 14 Maggio si è svolto il 10° Congresso SIARED. Oltre 600 Colleghi hanno partecipato alle diverse sessioni**



Adriana Paolicchi, Presidente SIARED



Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AARO-EMAC

Con la presenza di oltre 600 partecipanti si è svolto a Catania il 10° Congresso SIARED. Dal 12 al 14 Maggio in 10 sessioni e 4 workshop sono stati approfonditi numerosi temi legati al lavoro dell'Anestesista Rianimatore e alla professione medica. L'obiettivo della manifestazione era infatti l'approfondimento scientifico attraverso uno stretto collegamento con i temi di attualità sanitaria.

Il Congresso, aperto dal Presidente SIARED, Adriana Paolicchi e dal Presidente Nazionale AARO-EMAC, Alessandro Vergallo, ha preso il via con una sessione sulla Responsabilità Professionale con relazioni di Anestesiisti Rianimatori, medici di organizzazione sanitaria, esperti di giurisprudenza e di gestione del rischio che si sono confrontati anche attraverso un Forum sulla Responsabilità Organizzativa. A chiudere i lavori della sessione è stato Ivan Cavicchi, esperto di politiche sanitarie con la lettura magistrale sul ruolo delle diverse categorie di professionisti in sanità e delle loro competenze.

Nello stesso pomeriggio sono stati proposti temi particolarmente delicati come la donazione degli organi e i trapianti, con particolare attenzione al ruolo svolto dall'Anestesista Rianimatore in questo ambito. All'interno dei lavori è stata approfondita anche la differenza tra donatore di organi a cuore battente e donatore a cuore fermo. Da alcuni anni si sta sviluppando infatti anche in Italia la donazione di organi da donatore a cuore fermo. Si è parlato quindi dell'esperienza del Policlinico San Matteo di Pavia, centro specializzato in Italia in cui viene effettuato questo tipo di attività.

In contemporanea anche la sessione sull'emergenza in mare e in montagna con la partecipazione di Elvira Widmann, del nucleo elicotteristi della Provincia di Trento che ha sotto-

lineato l'importanza della collaborazione tra medici, personale sanitario e tecnici nell'emergenza in ambienti ostili.

Al termine della prima giornata si è svolta la cerimonia inaugurale con il discorso del Presidente AARO-EMAC Sicilia che ha fatto gli onori di casa portando i saluti delle Autorità locali.

Nel secondo giorno di Congresso si è parlato del trattamento del paziente complesso, in particolare del paziente obeso. L'obesità, infatti, rappresenta una condizione di rischio sia nell'emergenza, sia in sala operatoria da affrontare con competenza ed appropriatezza. Per questo motivo, nel corso del Congresso, la SIARED ha voluto lanciare una nuova sfida proponendo alle Società Scientifiche interessate e presenti alla sessione (SICOB, SIO, SIAARTI) di passare dalle buone pratiche a vere e proprie raccomandazioni condivise per la gestione del paziente obeso. La proposta è stata quindi lanciata e nei prossimi mesi bisognerà dar corso ai lavori per capire la fattibilità del progetto.

Numerosi interventi sono stati dedicati all'evoluzione tecnologica, con incontri multiprofessionali sulle problematiche della chirurgia robotica e laparoscopica allo scopo di sviluppare e condividere percorsi in aree ad elevato impatto economico. Così come si è parlato dei nuovi modelli organizzativi in chirurgia ambulatoriale e Day Surgery.

Nella sessione dedicata a questo argomento sono state presentate le Raccomandazioni AARO-EMAC/SIAARTI/SIARED sulle prestazioni anestesologiche nella chirurgia a bassa complessità, NORA (Non Operating Room Anesthesia) che individuano i criteri imprescindibili a cui i Chirurghi e gli Anestesiisti Rianimatori devono attenersi per tutelare il paziente e la propria professionalità.

Il punto di partenza è la garanzia di lavorare in una struttura idonea fornita di tutti i dispositivi medici adeguati per l'attività anestesologica e per la gestione delle eventuali complicanze.

Per ogni intervento chirurgico è necessaria la valutazione preoperatoria e la presenza dell'Anestesista Rianimatore che dovrà dedicarsi ad un unico paziente per tutta la durata dell'intervento. Al contrario - come è stato sottolineato - non devono essere mai accettate prestazioni anestesologiche su chiamata estemporanea senza che il paziente possa essere stato preventivamente valutato e informato adeguatamente.

Il Congresso ha poi dedicato una sessione al tema del dolore acuto, cronico e alla malattia del dolore presentando le più recenti novità in questo settore. La Legge 38 sulla terapia del dolore ha infatti posto l'Italia all'avanguardia a livello internazionale, ma, come emerso chiaramente dal confronto, esistono ancora lacune organizzative nell'assistenza al paziente con dolore acuto o cronico. Sono state inoltre presentate le ultime novità nel trattamento del dolore acuto post chirurgico e quelle sulle tecniche antalgiche invasive.

Grande spazio è stato dato agli approfondimenti sull'approccio nel paziente politraumatizzato e alle diverse situazioni di emergenza, da quella ostetrica alla intra-ospedaliera. Nella sessione dedicata a quest'ultimo tipo di emergenza, si è dibattuto del fatto che la strutturazione di tale attività dovrebbe prevedere l'impiego di team dedicati e l'utilizzo di criteri per individuare i pazienti che richiedono un supporto avanzato da parte dei team d'emergenza per la tempestiva attivazione di tutte le risorse. Un elevato numero di pazienti, ricoverato in reparti ospedalieri di degenza ordinaria - come è stato rilevato nel corso della sessione -, presenta segni e sintomi di deterioramento clinico almeno otto ore prima dell'arresto cardiocircolatorio. Mentre un'elevata percentuale di pazienti ammessi in terapia intensiva non sono stati gestiti in modo ottimale prima del loro ricovero, con un esito più favorevole dei pazienti trattati rispetto ai pazienti non trattati.

"Abbiamo cercato di dare al Congresso un alto valore scientifico, tenendo però conto della realtà - ha specificato Adriana Paolicchi, nel presentare il Congresso - da cui il titolo "Appropriatezza delle cure e risorse disponibili" che riassume la necessità di fare i conti con lo scenario attuale della Sanità italiana. L'evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie in un momento in cui le risorse sono sempre più limitate deve trovare una chiave di volta proprio nell'appropriatezza delle cure, che dobbiamo fare nostra.

Il nostro obiettivo è di diffondere il concetto che, lavorare in maniera appropriata, nel rispetto della sicurezza del professionista e del paziente, può voler dire anche risparmio di risorse. Da questo punto di vista - ha sottolineato Paolicchi - la formazione assume un valore fondamentale. In questo senso il Congresso è stato un momento di alta formazione grazie al coinvolgimento di diverse figure professionali e all'abbinamento di relazioni generali con altre molto concrete.

Il risultato è stato un evento che poteva conferire fino a 25 crediti formativi, caratterizzato da un programma modulare che ha consentito ad ogni partecipante di scegliere un percorso individuale basato sui propri interessi.

Un'altra novità, rispetto agli anni passati, è stato il coinvolgimento diretto dell'AARO-EMAC nelle varie sessioni. Diversi Presidenti Regionali dell'Associazione hanno partecipato attivamente come relatori o moderatori di importanti confronti".



## Dalla Responsabili Un confronto tra Ane

La Responsabilità organizzativa o di sistema è stato uno degli argomenti di punta del 10° Congresso SIARED con la partecipazione, in qualità di relatori, di medici, esperti in materie sanitarie e giuristi. Un tema che coinvolge indistintamente tutti i professionisti della sanità e che è stato analizzato alla luce dei cambiamenti professionali e culturali degli ultimi anni.

"Per decenni intere generazioni si sono affidate al medico come persona e non ad un sistema - ha spiegato Paolo Gregorini, coordinatore della sessione e consigliere SIARED Emilia-Romagna - ma oggi la situazione è completamente diversa. Il cittadino per curarsi si rivolge non solo al medico, ma anche all'Azienda Sanitaria, magari a quella più nota o con i migliori risultati, al cui interno lavora il medico. Ed è l'Azienda sanitaria che decide come impiegare le risorse economiche di cui dispone. Un simile cambiamento di rapporto tra cittadino e sanità deve corrispondere ad un cambiamento culturale anche sul piano della responsabilità. Non è più possibile parlare solo di responsabilità medica senza allo stesso tempo considerare come il tipo di organizzazione sanitaria incida sulla salute dei cittadini".

Questo è un discorso che riguarda i professionisti e giuristi, ma che deve essere chiarito anche ai cittadini. "Se ad esempio - continua Gregorini - un'Azienda decide di non fornire un farmaco o una tecnologia costosa al medico, o organizza male le attività e non si fa carico della formazione professionale sanitaria, che prestazione sanitaria riceverà il paziente?"

Alla responsabilità del medico va affiancata la responsabilità di tutti gli attori che fanno parte dell'organizzazione, a partire dal risk management, che ancora oggi nelle Aziende sanitarie non ha responsabilità dirette.

"È necessario che il medico, che è accanto al paziente e ne conosce le esigenze, possa influenzare l'organizzazione fornendo suggerimenti utili", ha sottolineato Gregorini.

Anche per questo è nata l'Associazione Obiettivo Responsabilità, presentata nell'ambito del Congresso e di cui Gregorini è Presidente, che riunisce diverse figure professionali (medici, esperti di organizzazione sanitaria, e gestione del rischio, giuristi, rappresentanti dei cittadini) allo scopo di diffondere la cultura della responsabilità di sistema.

"Oggi, per qualsiasi caso di malasanità - ha affermato Gregorini - si effettua una vera e propria caccia al colpevole, senza mai considerare che un errore è causato da un insieme di fattori. Tutti elementi che, proprio per questo, vanno individuati, analizzati e



Emanuele Scarpuzza, Presidente AARO-EMAC Sicilia



## Il Premio per il Miglior Poster Assegnato ex aequo a due Team



I rappresentanti dei Team vincitori del Premio per il Miglior Poster insieme al Presidente

Durante il Congresso SIARED è stata predisposta un'area dedicata ai Poster suddivisa per aree tematiche: Anestesia, Rianimazione, Emergenza Dolore, Terapia Iperbarica. Erano inoltre previsti momenti di discussione per la presentazione dei lavori che si sono svolti nella giornata di martedì 12.

Al termine del Congresso si è tenuta la cerimonia di premiazione con l'assegnazione del Premio per il Miglior Poster SIARED assegnato ex aequo a due Team di medici: Elisa Porcile, Marzia Nardi, Anna Di Noto, Elisabetta Riccò, Monica Centanaro, Angelo Gratarola - Emergency Department and Anesthesiology and Postoperative Intensive Care IRCSS San Martino IST, Genova e Tommaso Angelini, Alessandro Tartarelli, Ettore Melai, Michele Martini - Casa di Cura San Camillo Forte dei Marmi (LU) - U.O.C. Anestesia e Rianimazione Ospedale Versilia ASL 12 Toscana.

Il primo Team ha presentato il Poster dal titolo "Lance Adams syndrome in kidney transplanted patient: a case report", mentre il titolo del Poster presentato dal secondo Team era "Trasversus Abdominis Plane (TAP) block nella gestione del dolore postoperatorio nella prostatectomia radicale".

Oltre alla targa celebrativa per i lavori riconosciuti meritevoli, i vincitori avranno la possibilità di partecipare gratuitamente al prossimo Congresso SIARED.

La Giuria era composta dal Comitato Scientifico del Congresso e dai Coordinatori delle Sessioni Poster: Aldo Barbati, Fernanda Diana, Giuseppina Di Fiore, Marcello Difonzo, Emanuele Iacobone, Paolo Gregorini, Umberto Lucangelo, Franco Marinangeli, Giovanni Morando, Paolo Notaro, Adriana Paolicchi, Claudio Spena.

## La Responsabilità Professionale a quella di sistema Anestesiisti Rianimatori, Giuristi ed Esperti

studiati affinché si possa intraprendere un vero processo di miglioramento. Alla giustizia interessa individuare un colpevole, ma all'organizzazione e anche ai cittadini interessa ancora di più sapere che quanto successo non si ripeterà ancora in futuro, e che l'organizzazione prenderà i provvedimenti necessari".

Per raggiungere questo obiettivo, l'Associazione sta predisponendo delle linee guida da condividere con tutte le Società Scientifiche e con gli Enti di accreditamento delle strutture ospedaliere, per migliorare l'organizzazione in sanità.

La riduzione del contenzioso e della cosiddetta medicina difensiva è un altro degli obiettivi dell'Associazione che si è discusso nel convegno. "La spesa causata dalla medicina difensiva, secondo dati Cergas Bocconi, è di 13 miliardi di euro all'anno

- ha concluso Gregorini - e se si riuscisse ad arginare questo problema, con i soldi risparmiati si potrebbe offrire molta più salute ai cittadini".

Su questi temi sono intervenuti i diversi relatori, tra cui esperti giuristi che hanno parlato dei nuovi orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità e delle competenze necessarie per individuare la responsabilità di sistema.

La sessione si è chiusa con un Forum sulla Responsabilità Organizzativa che ha messo a confronto diverse esperienze. Il dibattito è stato concluso dall'intervento di Ivan Cavicchi che ha parlato della responsabilità professionale in relazione al cambiamento delle competenze, in particolare delle competenze infermieristiche alla luce della bozza di Accordo Stato Regioni recentemente firmata dal Ministro della Salute, Lorenzin.

## Il Premio "Filippo Bellinghieri" Attribuito anch'esso pari merito



I rappresentanti dei Team vincitori del Memorial, insieme alla sorella del Dr Bellinghieri

Due Gruppi di Anestesiisti Rianimatori si sono aggiudicati a pari merito il Memorial "Filippo Bellinghieri" per il miglior poster sul dolore acuto e cronico, assegnato dall'AAROI-EMAC Sezione Regionale Sicilia nel corso del Congresso SIARED. Il Premio è stato attribuito a pari merito al Gruppo composto dai Dottori: Giacomo Filoni, Maria Antonietta Venia e Antonino Genovese dell'ASP di Messina - Presidio Ospedaliero di Taormina e al Gruppo composto dai Dottori: Mariada Perrone, Jacopo Frugiuele, Concetta Conigliaro, Cesare Faldini, Stefano Bonarelli - Servizio di Anestesia, Terapia Intensiva postoperatoria e del dolore, Istituto Ortopedico Rizzoli-Bologna, Dipartimento IOR-Sicilia. Il primo Gruppo ha presentato un Poster dal titolo "Bi-block or epidural analgesia in the kneearthoplasty?", mentre il secondo Gruppo si è aggiudicato il Premio con il poster sul "Nuovo protocollo di trattamento del dolore cronico nella sindrome da fallimento chirurgico spinale (FBSS)".

Il Memorial, ideato con l'obiettivo di promuovere l'impegno degli Anestesiisti Rianimatori

sul tema del dolore acuto e cronico, ha inteso mettere in primo piano un problema ormai sociale che affligge milioni di persone. "Il riconoscimento - ha sottolineato Emanuele Scarpuzza, Presidente AAROI-EMAC Sicilia e ideatore del Memorial - è dedicato a Filippo Bellinghieri, Anestesista Rianimatore, scomparso nel 2013, che, con grande professionalità e passione, ha dedicato la sua attività alla cura dei malati affetti da dolore. Abbiamo assegnato questo premio a due gruppi di Anestesiisti Rianimatori che, siamo certi, già svolgono e continueranno a svolgere la loro attività con lo stesso impegno e la stessa passione di Bellinghieri".

La giuria era composta dal Presidente SIARED, Adriana Paolicchi, da Domenico Gioffrè di Cittadinanzaattiva, Direttore del Centro regionale toscano "Contro il dolore inutile" del Tribunale per i Diritti del Malato della Regione Toscana, Emanuele Scarpuzza, Presidente AAROI-EMAC Sicilia e Antonio David dell'Università di Messina.



## EMBOLIA POLMONARE

## Patologia

I polmoni portano il gas ispirato nelle immediate vicinanze del sangue per facilitare la diffusione di ossigeno e anidride carbonica. Per raggiungere quest'obiettivo i polmoni hanno una grandissima superficie alveolare e un'ampia superficie endoteliale capillare. La circolazione polmonare accoppiata in serie con la circolazione sistemica esercita una funzione, spesso trascurata, di filtrazione del sangue. Così qualsiasi particella di dimensioni sopra la media del diametro capillare polmonare di 5-10  $\mu\text{m}$  che entra dal lato venoso della circolazione sistemica può essere catturato dai polmoni impedendo l'embolizzazione sistemica.

Solo raramente il materiale embolico è causa di malattie.

Per fare ciò, il materiale embolico deve o causare gravi stenosi dell'arteria polmonare prossimale o determinare un'ostruzione > 30-50% della circolazione polmonare o contenere agenti chimici o microbologici dannosi.

La condizione patologica di gran lunga più frequente è il tromboembolismo venoso (VTE) dagli arti inferiori che inizia nella vena cava inferiore o più sotto. Tutti i principali fattori di rischio per la tromboembolia venosa degli arti inferiori sono sempre presenti nei pazienti nel perioperatorio e in terapia intensiva di solito immobili e con la presenza in grado variabile di fattori patologici protrombotici (chirurgia, sindrome da risposta infiammatoria sistemica (SIRS) e/o infezione, danno tissutale e neoplasie, ecc). Inoltre può essere presente un danno venoso localizzato o una condizione trombofilica cronica (da farmaci, da una condizione trombofilica congenita o acquisita). Pertanto essendo molto alto il rischio è indispensabile in questi pazienti eseguire una profilassi farmacologica e/o meccanica.

Tuttavia sono disponibili evidenze che molte embolie polmonari (PE) si formano localmente a livello dell'arteria polmonare o causano un infarto polmonare. Questa conclusione deriva dagli studi con gli ultrasuoni degli arti, TAC, flebografie o dalla visione diretta dell'immagine del trombo con la risonanza magnetica di tutto il corpo. In questi studi è stata rilevata una tromboembolia venosa solo nel 50-75% dei pazienti, sollevando il problema dell'origine della tromboembolia polmonare nel restante 25-50% dei pazienti. Non si sa se la tromboembolia dell'arteria polmonare debba essere trattata allo stesso modo dell'PE da VTE. Questi studi suggeriscono che vi è una ragione per diagnosticare la presenza o l'assenza di VTE in tutti i casi di PE. Una causa rara ma riconosciuta di tromboembolia dell'arteria polmonare è la neoplasia, sia come sarcoma dell'arteria polmonare sia come embolo neoplastico di un tumore diffuso nelle grandi vene in primo luogo del carcinoma delle cellule renali. La più importante conseguenza dell'PE massiva è l'insufficienza acuta del cuore destro. Il ventricolo destro (RV) è in grado di far fronte a un improvviso aumento di postcarico. La parete libera del RV può distendersi per adattarsi all'aumento del volume di fine diastole. Questa dilatazione del RV può coinvolgere il setto interventricolare con conseguente modificazione della curva di Frank-Starling della funzione sistolica del ventricolo destro.

Si ritiene che in un soggetto normale, senza precondizionamento del RV, quest'adattamento fisiologico al massimo può determinare un aumento della pressione dell'arteria polmonare (mPAP) di non più di 40 mmHg (una pressione media normale è compresa tra 12 e 16 mmHg). Tuttavia quest'adattamento influenza negativamente la funzionalità diastolica e sistolica del ventricolo sinistro. Questo, insieme con una portata cardiaca ridotta del RV e quindi con un precarico sinistro ridotto, può portare a uno shock sistemico. Questo a sua volta può ridurre la pressione di perfusione coronarica aggiungendo l'ischemia miocardica all'insufficienza cardiaca; il flusso coronarico del RV è ulteriormente aggravato per un aumento della pressione sistolica ventricolare destra. La tachicardia riflessa associata a questa fisiopatologia riduce ulteriormente il flusso coronarico di entrambi i ventricoli per una riduzione della durata della diastole. Il fallimento di questo meccanismo compensatorio si ha dopo ore o giorni per un aumento del carico tromboembolico e dello scompenso cardiaco o di entrambi.

L'ipossia è una conseguenza secondaria dell'insufficienza del RV e dell'alterazione del rapporto ventilazione/perfusione (V/Q). Questa può essere dovuta (in più del 30% dei casi) a uno shunt acuto destro-sinistro attraverso il forame ovale. Una caratteristica classica dell'ipossia nell'PE è l'assenza di risposta all'ossigenoterapia, sebbene questo non debba far

dimenticare l'importanza di questa immediata e semplice misura di supporto. Nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta e cronica, la sovrapposizione anche di una modesta PE alle condizioni generali complessive può determinare insufficienza respiratoria o del RV o entrambi; sebbene la sintomatologia e i segni siano riconoscibili, l'attribuzione dell'evento all'PE può facilmente sfuggire.

## L'epidemiologia dell'embolia polmonare acuta dovuta al tromboembolismo venoso (VTE)

Esiste una diffusa convinzione che la VTE e la conseguente PE sia sotto-diagnosticata e questo causa un importante aumento dei costi sanitari (sia in fase acuta sia per le sequele acute e croniche) e contribuisce direttamente a un'importante percentuale (circa il 10%) delle morti in ospedale in Europa e negli USA. Inoltre si pensa che almeno molti di questi danni siano evitabili. Con una migliore consapevolezza, il miglioramento e una maggiore disponibilità della diagnostica per immagini, l'invecchiamento della popolazione, un aumento crescente delle comorbidità ad alto rischio, l'incidenza della VTE e della PE è aumentata, sebbene l'entità con cui ciascuno di questi fattori ha contribuito alla crescita sia sconosciuta. Non si conoscono quanti casi di PE siano in realtà trombotici dell'arteria polmonare e quanti pazienti affetti da PE muoiano e quante sono evitabili. È anche noto che la diagnosi di una PE sotto-segmentale (circa il 5% delle diagnosi) sia di dubbio significato clinico. Sembra anche che, con strumenti di previsione del rischio, solo una piccola minoranza (20-30%) dei pazienti che eseguono un'angiografia polmonare (CTPA) sono affetti da PE. I medici stanno richiedendo una quantità pazzesca di CTPA ignorando che la dose di radiazioni necessaria corrisponde a 6,2 anni di radiazioni naturali di fondo e a 7 radiografie del torace, decisioni per le quali i nostri pazienti possono in futuro rammaricarsi. Come motivazione di ricovero in Terapia Intensiva (TI) la PE è la prima causa di ricovero sono nello 0,4% dei casi, cosa che mette in dubbio il fatto che il 10% delle morti è dovuto a PE. Tra i pazienti di TI la stima migliore dell'incidenza della PE (che si manifesta oltre le 48 ore dopo il ricovero in TI) è dello 0,5% dei casi. La frequenza della tromboembolia associata alla via venosa centrale è stimata tra il 10% e il 40%, sebbene solo una piccola percentuale di queste tromboembolie sembri sia causa di PE clinicamente significativa. Tuttavia se diagnosticata è raccomandata una scoagulazione completa mentre non è raccomandata la rimozione del catetere.

## Diagnosi

L'anamnesi d'improvvisi episodi pre-sincopali e sincopali associata all'ipossia resistente all'ossigenoterapia, in un paziente a rischio, è molto suggestiva per un'embolia polmonare massiva. Analogamente l'arresto cardiaco con attività elettrica in assenza di polso deve orientare a prendere in considerazione una tromboembolia alla cieca. Tuttavia nella maggior parte dei pazienti i segni e sintomi possono essere vaghi e non specifici e senza un improvviso deterioramento. Nel perioperatorio e in TI le manifestazioni cliniche possono sempre sfuggire. L'unico consiglio è sempre quello di prendere in considerazione la PE come causa di deterioramento acuto o di mancata risposta alla terapia di supporto o mirata per una diagnosi diversa. Un importante quesito pratico è quello di cosa fare quando si ha il sospetto di PE. La risposta è di far sì che il sospetto diventi probabile. Alcuni semplici esami sono utili per aumentare le probabilità. Pertanto devono essere fatte diverse considerazioni.



Sono presenti segni clinici suggestivi di tromboembolia venosa profonda (DVT)?, come la presenza di rigonfiamento asimmetrico degli arti inferiori non diversamente spiegabile. In tal caso l'uso degli ultrasuoni al letto del paziente può confermare o no la diagnosi di DVT, sebbene si consigli cautela, poiché il 25-50% dei pazienti con PE non presenta DVT dimostrabile. L'alternativa alla TAC venosa (dalla vena cava inferiore alle caviglie) può essere quella di eseguirlo al momento della TAC arteriosa polmonare senza la necessità di altro contrasto ma esponendo il paziente ad una dose maggiore di radiazioni. Questo può essere

## le Pagine

Emergenze mediche  
e asma acuto

Anaesthesia 2013, 68

giustificato se l'ecografia venosa è negativa o impraticabile o la scoagulazione rappresenta un pericolo inaccettabile. In questa situazione rappresentando i coaguli un forte rischio, ci sarebbe una chiara indicazione all'inserimento di un filtro cavale.

L'ECG a 12 derivazioni può evidenziare nuovi segni di distensione del RV anche se i valori indicativi positivi e negativi di tali cambiamenti non sono noti.

Dati elettrocardiografici suggestivi comprendono una tachicardia sinusale, aritmie atriali, forte cambiamento dell'asse dell'onda R, blocco di branca destra incompleto o completo, sopraelevazione o sotto-slivellamento del tratto ST infero-laterale, inversione dell'onda T in V1-V4. Una normale radiografia del torace con o senza modificazioni, supporta la diagnosi di PE ma ha scarso valore predittivo positivo o negativo. Tuttavia può evidenziare una lesione polmonare acuta come un pneumotorace o un collasso lobare che richiedono una terapia specifica. Marker biologici come il D-dimero, i prodotti di degradazione del fibrinogeno, sono alti nella tromboembolia. Tuttavia sono alti anche per un intervento chirurgico, trauma, SIRS, sepsi, neoplasie e molte altre patologie, per cui, mentre un valore del D-dimero negativo è sufficiente per escludere la PE nei pazienti del perioperatorio o di TI, c'è spesso un motivo per cui il valore del D-dimero sia alto per cui la determinazione non è utile. L'entità dell'aumento non sembra sia correlabile con l'entità del coagulo nella maggior parte degli studi. Tuttavia il registro Spagnolo di grandi dimensioni suggerisce che la quantificazione si correla con la prognosi. I marker biologici della necrosi del miocardio possono essere utili. In corso di PE un rapido aumento della troponina e del peptide B natriuretico (BNP), evidenziano rispettivamente il grado di danno del RV e la distensione, da cui si valuta la gravità e la prognosi dopo PE.

Naturalmente non sono specifici della PE, ma un valore normale o stabile riduce fortemente la probabilità clinica di un'embolia polmonare acuta. Tuttavia per evidenziare un cambiamento acuto è necessaria una determinazione giornaliera. Se questo sia giustificato in termini di costi/benefici non è noto. Esiste solo uno studio di valutazione della cinetica della troponina dopo PE. Questo suggerisce che il picco della troponina si ha dopo 8 ore dall'evento. Non sono disponibili dati analoghi per la cinetica del peptide natriuretico B, ma, data un'emivita più breve, il BNP è il marker che risponde più rapidamente con modificazioni entro 30-120 minuti. Non è noto se una determinazione seriale del BNP possa tracciare in modo accurato l'evoluzione della distensione dell'atrio destro, ma è un buon argomento di studio. L'ecocardiografia è molto utile per stabilire la probabilità clinica di una PE acuta. Come per tutte le indagini, la disponibilità di una TAC recente può essere utile per un confronto. Reperti di un RV normale per dimensioni e funzionalità non escludono un PE di piccole dimensioni, ma ha un elevato valore predittivo negativo nell'embolia polmonare massiva. I rilievi dell'ecocardiografia presenti ma non necessariamente diagnostici per PE comprendono:

- tromboembolia visibile nella vena cava inferiore/ o nell'atrio destro e/o nel ventricolo destro e/o nell'arteria polmonare;
- dilatazione acuta del ventricolo destro, definita come dimensione diastolica, con visione parasternale > 30 mm o un rapporto del ventricolo destro/sinistro > 1;
- movimento paradossale del setto;
- rigurgito da moderato a grave della tricuspide, definito come un tempo d'accelerazione < 90 msec o una stima del gradiente di pressione > 30 mm Hg in assenza di ipertrofia del ventricolo destro;
- tempo di accelerazione dell'efflusso del ventricolo destro > 60 msec in presenza di un gradiente di pressione di rigurgito tricuspideale < 60 mm Hg;

- evidenza di normo o ipercinesia del segmento apicale della parete libera del ventricolo destro nonostante un'ipo o un'acinesia della rimanente parete libera del ventricolo destro;

- un incremento dell'indice di performance miocardica del ventricolo destro con contemporanea riduzione della velocità di picco di flusso nella prima parte della diastole attraverso la mitrale.

## Immagini definite

Il gold standard per la diagnosi di PE è data dalla TC angiografia polmonare multistrato (CTPA); tuttavia come discusso in precedenza, quest'indagine può contribuire nel futuro come concusa di neoplasie. La perfusione con radionucleotidi o la scansione ventilazione/perfusione o l'angiorisonanza magnetica polmonare sono tutte ragionevoli alternative nei pazienti ambulatoriali ma non nei soggetti emodinamicamente instabili e di TI in ventilazione controllata. Oltre alla semplice rilevazione o esclusione della PE, la CTPA può essere usata per quantificare l'estensione dell'embolia polmonare e la disfunzione del RV (misurando il rapporto tra RV/LV o l'analisi volumetrica).

## Trattamento

Probabilmente una terapia di supporto è la prima necessità mentre s'ipotizza e si conferma una diagnosi. Se sono presenti shock e ipotensione e PE o una causa diversa di insufficienza acuta del RV, quando si mettono in atto i provvedimenti standard compreso un bolo di liquidi endovenosi, vasocostrittori e ventilazione in pressione positiva, questi potenzialmente possono essere causa di un ulteriore scompenso.

In tali condizioni, il valore di un immediato ecocardiogramma al letto del paziente può essere necessario.

La Società Europea di Cardiologia ha suggerito un semplice algoritmo per i pazienti emodinamicamente instabili.

In sintesi si raccomanda la seguente terapia:

- L'ossigenoterapia deve essere modulata per raggiungere una SaO2 di 92-97%. Sebbene l'ossigeno sia un vasodilatatore polmonare e può ridurre il postcarico del RV, la vasocostrizione non è una componente della fisiopatologia della PE acuta. L'iperossia potrebbe causare vasocostrizione coronarica per cui si raccomanda di mantenere la normossia.

- La terapia dei liquidi dovrebbe essere idealmente eseguita con la guida di un monitoraggio affidabile della portata cardiaca, preferibilmente calibrata, e con ripetuti ecocardiogrammi se clinicamente necessari. Potrebbe essere opportuno sospendere i liquidi con molta cautela ancora una volta sotto la guida di un monitoraggio della portata cardiaca.

- La terapia con vasocostrittori per controllare lo shock e migliorare la pressione di perfusione coronarica è utile, salvo che il paziente sia ipovolemico. La noradrenalina è il farmaco di prima scelta, ma, in teoria è un vasocostrittore polmonare e sistemico. Se prontamente disponibili, la vasopressina o la terlipressina possono essere i migliori farmaci di prima scelta poiché in teoria sono vasodilatatori polmonari e vasocostrittori sistemici.

- Il supporto con inotropi per l'insufficienza del RV si può ottenere utilizzando uno degli inibitori della fosfodiesterasi III, il milrinone o enoximone. La somministrazione nebulizzata di questi farmaci è efficace e probabilmente superiore alla via endovenosa. Questi farmaci teoricamente presentano dei vantaggi rispetto alla dobutamina. La dopamina e l'adrenalina sono probabilmente scelte giuste. Per le limitate esperienze pubblicate il levosimedan probabilmente è un inotropo di seconda scelta in quest'ambito clinico, indicato solo dopo una risposta inadeguata o per intolleranza agli inibitori delle fosfodiesterasi III. Sarebbe necessario uno studio di confronto tra inibitori della fosfodiesterasi III e levosimedan.

- Nella PE acuta si può prendere in considerazione l'uso di vasodilatatori polmonari per via inalatoria o sistemica, anche se non sono disponibili evidenze a supporto del loro uso o per raccoman-



# Linee Utili

a cura di Cosimo Sibilla

## Embolia polmonare acuta grave

3 (Suppl. 1), 102-116

dare un farmaco rispetto a un altro. Si raccomanda l'uso di un catetere in arteria polmonare per valutare l'effetto di ogni farmaco direttamente e titolarne la dose.

- La ventilazione in pressione positiva può determinare una riduzione del precarico nel RV e aumentare nel RV il postcarico in modo proporzionale alla pressione media delle vie aeree. L'ipossiemia è trattata meglio usando un filtro nasale riscaldato umidificato ad alto flusso (50-70 l/min), l'ipercapnia è una rara complicanza della PE e sebbene la CO<sub>2</sub> sia un vasocostrittore polmonare, l'esperienza con la sindrome da distress respiratorio acuto suggerisce che l'ipercapnia permissiva è sicura e talvolta può essere terapeutica. Tranne che non ci sia perdita di coscienza, si raccomanda vivamente di tentare di normalizzare in modo non aggressivo la CO<sub>2</sub>.

- Ci sono numerosi descrizioni di casi relativi al successo nell'uso di supporti di assistenza del RV e di ossigenazione a membrana extracorporea in pazienti selezionati in un numero limitato di centri dove queste tecnologie sono prontamente disponibili. Se la qualità, la semplicità e la disponibilità dei supporti extracorporei migliorano, non c'è dubbio che sarà disponibile un numero crescente di casi descritti di salvataggi eroici.

### Terapia specifica dell'embolia polmonare

La scoagulazione è la principale terapia della PE. Nel paziente grave e in stato di shock si raccomanda l'uso dell'eparina non frazionata come terapia di prima scelta con una dose bolo di 80 unità/Kg seguita immediatamente da un'infusione di 18 unità/Kg/h. La velocità dell'infusione deve essere aggiustata in modo aggressivo per raggiungere un PTTa pari a 1,5-2,5 volte in tempo di controllo. La prima determinazione deve essere eseguita 4-6 ore dopo il bolo e ripetuto regolarmente. Nei pazienti meno gravi o in quelli stabilizzati in terapia con eparina non frazionata, dosi terapeutiche standard di eparina a basso peso molecolare o di fundaparinux sono ugualmente efficaci e non richiedono un monitoraggio. Si raccomanda di continuare la terapia per almeno 5 giorni e che la terapia orale con antagonisti della vitamina K, dabigatran o rivaroxaban possa essere iniziata prima possibile e mantenuta per almeno 3 mesi.

La trombolisi è raccomandata nei pazienti con PE comprovata o fortemente sospetta che comporta uno stato di shock persistente o ipotensione. Il farmaco di prima scelta raccomandato è l'attivatore tissutale del plasminogeno ricombinante, alla dose di 0,6 mg/Kg in 15 minuti (dose massima 50 mg) o 100 mg in 2 ore.

Un recente e ampio studio degli USA suggerisce che la terapia trombolitica riduce la mortalità ma è scarsamente utilizzata nei pazienti in stato di shock.

Nei pazienti con controindicazioni alla trombolisi, è stata utilizzata con successo per un tempo prolungato senza complicanze la somministrazione di basse dosi di trombolitico. Nei soggetti normotesi due ampi studi retrospettivi e una recente metanalisi suggeriscono che il rischio della trombolisi sembra superare i benefici. Tuttavia è necessario uno studio di potenza adeguata randomizzato e controllato per stabilire quali pazienti trattare e quali non trarrebbero alcun vantaggio.

I filtri nella vena cava inferiore sono considerati una terapia di secondo livello nei pazienti affetto da PE nei quali l'anticoagulante non può essere somministrato in modo sicuro o in alternativa se la terapia è stata interrotta per il sanguinamento per un breve periodo o per permettere una chirurgia d'urgenza. Sono disponibili diversi presidi, permanenti o rimovibili.

Questi ultimi presentano la maggiore frequenza di complicanze gravi. I dati del registro americano suggeriscono che il posizionamento di un filtro cavale oltre all'anticoagulazione con o senza trombolisi può determinare una importante riduzione della mortalità. Tuttavia le attuali linee guida americane non lo raccomandano. L'uso del catetere percutaneo

per la trombectomia, frammentazione del trombo, polverizzazione del coagulo, ed embolectomia con il catetere rotante è stato descritto in piccole serie di casi. Attualmente queste tecniche sono considerate sperimentali ma se disponibili, possono offrire la sola scelta terapeutica in un paziente instabile con controindicazione alla trombolisi. Non sono disponibili prove sui vantaggi o i rischi della somministrazione del trombolitico direttamente sul trombo attraverso un catetere, rispetto alla somministrazione sistemica attraverso una vena periferica.

L'embolectomia polmonare chirurgica è una scelta controversa, l'entusiasmo e l'incidenza della mortalità varia moltissimo. Si ritiene che questa variabilità sia dovuta alla selezione dei casi. Le tecniche basate sull'uso del catetere se sono disponibili e se la trombolisi non ha successo o è contrindicata, allora vanno prese in considerazione.

### Follow-up

Nei pazienti con PE chiaramente diagnosticata la terapia anticoagulante deve essere riva-lutata dopo tre mesi.

I pazienti con PE immotivata dovrebbero essere studiati per la trombofilia o la presenza di condizioni pro-trombotiche, in particolare neoplasie maligna a livello pelvico. Dopo tre mesi nei pazienti che presentano un persistente carico di coaguli al controllo con la CTPA insieme con un'evidente ipertensione polmonare di origine tromboembolica occorre prendere in considerazione la trombo-endoarteriectomia polmonare. Occorre peraltro valutare il rapporto rischi-benefici per la terapia anticoagulante per tutta la vita e l'uso cronico di vasodilatatori dell'arteria polmonare.

## ASMA ACUTA GRAVE

### Definizione e patologia

Molto spesso il termine asma è usato come sinonimo di dispnea; infatti sono così diverse le manifestazioni che possono essere riferite all'asma che è stato richiesto di abbandonare l'uso del termine. Il tentativo di classificare i diversi fenotipi è stato al centro dell'attività per molti anni.

I sintomi dell'asma variano dall'insufficienza ventricolare sinistra (LV) al reflusso gastroesofageo alle disfunzioni respiratorie. La storia naturale dell'asma ha un esordio nei primi anni di vita con risoluzione durante l'adolescenza. Negli anziani, la differenziazione tra asma a esordio tardivo e malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO) spesso fa riferimento al fumo. La BPCO è una malattia con manifestazioni cliniche eterogenee, patologiche e radiologiche. Quest'ultime sono state storicamente comprese in uno spettro che va dalla sola bronchite cronica al solo enfisema. In particolare c'è un consenso crescente sul riconoscimento di un fenotipo asmatico con sovrapposizione di BPCO.

Un'altra malattia contemporanea diffusa con un complesso rapporto eziologico con l'asma è l'obesità. L'obesità provoca cambiamenti nella meccanica polmonare, dando luogo a sintomi indistinguibili dall'asma. In aggiunta, tuttavia, l'asma determina uno stato pro-infiammatorio sistemico che produce un aumento della concentrazione serica di diverse citochine e delle frazioni solubili dei loro recettori.

Molti di questi mediatori sono sintetizzati e secreti dalle cellule di tessuto adiposo e sono stati chiamati adipochine. L'associazione di condizioni patologiche meccaniche e infiammatorie determina la manifestazione dell'asma. Non deve sorprendere che la perdita di peso è il trattamento più efficace. Dal punto di vista della patologia, l'asma è una malattia infiammatoria cronica che interessa soprattutto le ultime diramazioni dell'albero bronchiale. Si manifesta come conseguenza di una cattiva risposta immunologica di adattamento agli antigeni veicolati dall'aria. La causa di questo cattivo adattamento è multifattoriale e comprende una predisposizione genetica e

l'esposizione all'inquinamento dell'aria e ai patogeni ambientali, soprattutto virus.

È caratterizzata da un'infiammazione cronica, rimodellamento della parete e iperreattività dell'albero bronchiale, determinando una broncocostrizione non corretta, variabile, inducibile e reversibile con produzione di muco eccessivo e denso. Questo determina la comparsa di sintomi aspecifici di crisi dispnoiche, respiro sibilante, tosse e senso di costrizione toracica.

Fisiologicamente si ha una limitazione del flusso espiratorio ma non di quello inspiratorio per cui si ha intrappolamento d'aria secondaria all'iperinflazione dinamica. In condizioni di esacerbazioni acute gravi questa patologia polmonare può indurre modificazioni fisiopatologiche cardiache con ampie variazioni della pressione di ipertensione destra e sinistra durante il ciclo respiratorio (polso paradossale) ipertensione polmonare e conseguente insufficienza ventricolare destra e compromissione ventricolare sinistra. La condizione può ulteriormente peggiorare per la tachicardia indotta dalla terapia e da alterazioni elettrolitiche.

Pertanto sono le complicanze cardiache più che l'ipossiemia, le cause di morte nei casi fatali.

Le esacerbazioni acute dell'asma si definiscono come un aggravamento dei sintomi mentre la riduzione percentuale della velocità del picco di flusso rispetto al valore basale è usata come strumento di stratificazione iniziale di gravità. I fattori precipitanti un'esacerbazione acuta sono le infezioni delle vie aeree superiori, improvvisi cambiamenti climatici, l'esposizione all'inquinamento atmosferico, la scarsa compliance alla terapia cronica e gli stress psicologico.

### Epidemiologia

Ignorando l'accuratezza della diagnosi, l'asma cronica è una patologia molto frequente nel mondo occidentale, interessando circa il 10% degli adulti e il 30% dei bambini; l'asma acuta grave è rara e con un'incidenza in riduzione; tuttavia resta un'importante causa di morte evitabile. La maggior parte delle morti avviene prima del ricovero ospedaliero e in pazienti con malattia cronica grave. In particolare fattori psicologici e comportamentali dannosi o il crescente uso della terapia con  $\beta_2$  mimetici sono fattori che contribuiscono nella maggior parte dei casi di morte per asma. Meno dell'1% dei ricoveri in rianimazione sono costituiti da casi di asma e stanno diminuendo come anche la mortalità in rianimazione e in ospedale.

### Diagnosi

Come discusso in precedenza, esiste un'ampia varietà di diagnosi differenziali per l'asma bronchiale cronica. Negli adulti l'asma acuta grave è spesso associata invariabilmente con una diagnosi cronica di asma. La comparsa dei sintomi (soprattutto difficoltà respiratoria) varia da molto acuta (minuti) a un peggioramento più graduale (giorni) senza un chiaro fattore scatenante. I sintomi dell'asma acuta grave comprendono difficoltà a completare le frasi, tachicardia, tachipnea e rantoli diffusi polifonici.

L'ossigenazione è conservata. La pCO<sub>2</sub> arteriosa è un indicatore utile della gravità o della regressione; un basso livello indica un lento esaurirsi della crisi mentre un suo aumento indica un peggioramento della gravità. Occorre tener presente che nei pazienti anziani o in quelli con malattia cronica, l'emogasanalisi basale può essere alterata. Le valutazioni di routine dovrebbero comprendere esami del sangue appropriati, ECG a 12 derivazioni, la radiografia del torace per fare una diagnosi differenziale, la presenza o assenza di un'ulteriore patologia polmonare acuta (ad esempio polmonite lobare, pneumotorace) e stabilire una condizione di base. Il monitoraggio del picco del flusso e/o una semplice spirometria espiratoria sono essenziali per valutare la gravità e la risposta alla terapia.

### Terapia

Sono disponibili numerose linee guida nazionali e internazionali per il trattamento dell'asma acuta grave con un ampio consenso basato sull'evidenza. Tuttavia esse non prendono in considerazione alcuni dettagli forse minori che sono comunque importanti e non danno consigli pratici per affrontare il paziente che non risponde alla terapia di attacco. Una delle ragioni principali è la quasi totale assenza di evidenza per la terapia di supporto o di seconda linea.

**Gestione attiva dell'ambiente.** Come descritto in precedenza fattori psicologici e comporta-mentali contribuiscono in modo importante all'asma acuta grave. La creazione di un ambiente calmo e tranquillo per il paziente è essenziale e rappresenta un supporto terapeutico dimostrabile.

**Ossigenoterapia e valore di riferimento.** L'ossigeno deve essere umidificato e riscaldato. La frazione inspiratoria di ossigeno deve essere titolata per mantenere una saturazione di 88-95%. Il razionale di questo è che la terapia con ossigeno secco sembra peggiorare la funzione respiratoria nell'asma acuta grave.

Il gas freddo e secco è un potente induttore dell'asma indotta dall'esercizio fisico e danneggia l'epitelio bronchiale. Elevati livelli di ossigeno inspirato possono peggiorare la broncocostrizione e aumentare i livelli della CO<sub>2</sub> arteriosa. Se l'umidificazione riscaldata o fredda non è disponibile occorre mettere in atto una nebulizzazione continua di acqua sterile o di soluzione fisiologica. Da notare che alcuni tipi di nebulizzatori producono aerosol con scarso contenuto d'acqua. In alternativa occorre posizionare un sistema che usa una maschera aderente con il supporto di uno scambiatore di calore e umidità attraverso il quale si può somministrare l'ossigeno supplementare.

**Inalazione di  $\beta_2$  mimetici.** Si dovrebbero somministrare dosi di 2,5 mg di salbutamolo per via inalatoria ripetute ogni 15-30 minuti per una dose massima cumulativa di 10 mg ogni ora nelle prime fasi del trattamento. I farmaci  $\beta_2$  mimetici sono rapidamente attivi (da secondi a minuti), sono dei potenti vasodilatatori. Tutti i  $\beta_2$  mimetici ad azione breve hanno una durata d'azione di 4-6 ore. La dose ottimale, la frequenza della somministrazione iniziale e successiva non sono chiare, tuttavia i migliori dati disponibili suggeriscono che non si ha alcun vantaggio e si aumenta la tossicità con una dose e una frequenza più alta. Si può prendere in considerazione la somministrazione di basse dosi continue in aerosol ma richiede strumenti speciali e probabilmente non apporta vantaggi.

Moltissimi fattori influenzano la quantità di farmaco per aerosol che raggiunge la regione anatomica desiderata; questi comprendono le caratteristiche fisiche delle particelle di aerosol (forma, densità, carica, diametro medio della massa e la sua deviazione standard geometrica, le caratteristiche fisiche del gas di trasporto (densità e viscosità) e il flusso e le caratteristiche del percorso all'intero del paziente.

Tutti i sistemi di somministrazione hanno rendimenti variabili e inaffidabili, con il risultato che solo il 10-20% dell'aerosol raggiunge le basse vie aeree; il resto, in proporzioni variabili e imprevedibili, resta nel sistema di erogazione, è deglutito dal paziente o si ferma nelle vie respiratorie alte. Da questi ultimi due siti, una parte di farmaco entra nella circolazione sistemica. La modalità consigliata per la somministrazione di farmaci include un dispositivo di somministrazione efficace con un inalatore pre-dosato multi-dose, con un nebulizzatore in ossigeno a membrana vibrante o l'uso di un nebulizzatore ad ultrasuoni veicolati con una miscela di elio e ossigeno con la frazione massima di elio che non induce ipossia. La somministrazione di farmaci  $\beta_2$  mimetici nel trattamento dell'asma acuta grave non è priva di effetti secondari ed è oggetto di controversie.

La tachifilassi ai farmaci  $\beta_2$  mimetici si manifesta rapidamente e non può essere superata con la somministrazione di dosi maggiori. I farmaci  $\beta_2$  mimetici causano tachicardia, ipotassiemia, iperglicemia e produzione di acido lattico. Quest'associazione di effetti collaterali aumenta la richiesta cardiaca e respiratoria e può contribuire allo scompenso di entrambi i sistemi.

Questo può essere importante soprattutto nell'asma acuta grave poiché i pazienti possono avere una forte riduzione della riserva cardio-respiratoria.

Tutti i farmaci  $\beta_2$  mimetici sono costituiti da una miscela racemica al 50:50 degli isomeri S e D prodotti per simulare l'azione dell'adrenalina D (destrorisa). L'isomero S del salbutamolo è stata ampiamente studiata e non ha azione broncodilatatrice ha una clearance e un metabolismo molto lento (soprattutto dalle vie aeree) e può favorire l'infiammazione e contribuire alla desensibilizzazione delle vie aeree al D-salbutamolo. Inoltre l'S-salbutamolo nei modelli animali evidenzia una tossicità totale in dosi equivalenti al D-salbutamolo. In sintesi, dopo grandi dosi di salbutamolo racemico l'S-salbutamolo progressivamente si accumula ed è tossico. Che cosa sia un'ampia dose inalata non è noto, ma potrebbe corrispondere a 20 mg in 4-6 ore. Non c'è alcun vantaggio o evidenza di un danno importante nella somministrazione di farmaci  $\beta_2$  mimetici come terapia di riserva nei pazienti con asma acuta grave. I cosiddetti  $\beta_2$  mimetici a lunga durata d'azione non hanno alcun ruolo nel trattamento acuto. In considerazione della tossicità dei  $\beta_2$  mimetici con peggioramento della fisiopatologia dell'asma acuta grave, è essenziale conoscere in modo chiaro la dose e la frequenza della somministrazione del farmaco. Una mancata risposta a un'alta dose del farmaco per via inalatoria deve far pensare che la tossicità contribuisce alla condizione clinica e a non somministrare altre dosi per 4-6 h. La diagnosi di tossicità da  $\beta_2$  mimetici è ulteriormente supportata dal ritrovamento di un'acidosi lattica. Un'aggiunta di potassio è molto raccomandata.

**Anticolinergici inalati.** Un'immediata somministrazione contemporanea per aerosol di un anticolinergico, ipratropio bromuro, è fortemente raccomandata.

Anche in questo caso, il dosaggio ottimale e la frequenza di somministrazione dopo una prima dose non è noto ma generalmente si raccomandano 500 µg ogni 4-6 ore.

Anticolinergici sono broncodilatatori relativamente più deboli rispetto ai β<sub>2</sub> mimetici, ma ci sono buone prove di un effetto clinicamente significativo sinergico nell'asma severa acuta. C'è stato un rinnovato interesse per l'utilità clinica di anticolinergici nell'asma e nella BPCO in conseguenza dei recenti progressi nella comprensione degli effetti pleotropici dell'acetilcolina nel polmone. L'ipratropio bromuro è attualmente l'unico agente nebulizzabile disponibile. Essa non ha quasi biodisponibilità se somministrato per bocca, l'inizio di azione è <15 min., con un picco dopo 1-2 h e una durata di azione di 5 h. Blocca tutti i sottotipi di recettori muscarinici con uguale affinità, compresi i recettori inibitori neuronali M<sub>2</sub> che, in teoria, potrebbero potenziare la broncostrizione indotta dal vago, ma probabilmente solo a dosi superiori a quelle raccomandate per uso terapeutico. Il tiotropio bromuro, un analogo dell'ipratropio a lunga durata d'azione, ha una selettività funzionale per i recettori M<sub>3</sub> con conseguente significativamente maggiore azione broncodilatatrice. Nell'asma acuta non risolta, il tiotropio potrebbe giocare un ruolo, ma questo non è ancora chiaro.

**Corticosteroidi.** La precoce somministrazione di corticosteroidi per via sistemica è essenziale e sinergica con i β<sub>2</sub> mimetici.

Si devono somministrare 40 mg di prednisolone solubile per bocca o 100 mg d'idrocortisone endovena (ogni 6 ore). Dosi più alte non sembra che apportino ulteriori vantaggi. La somministrazione aggiuntiva di corticosteroidi per via inalatoria, come 2 mg di butesonide può apportare un ulteriore vantaggio. I corticosteroidi sono farmaci potenti antiinfiammatori, con una comprovata efficacia nell'asma acuta grave.

Entrambi hanno un effetto rapido e ritardato. L'effetto principale è una rapida vasocostrizione delle vie aeree che può spiegare l'efficacia dell'azione combinata della terapia per inalazione e sistemica. L'immediata conseguenza secondaria di questa vasocostrizione è una riduzione dell'edema della mucosa e un aumento del calibro delle vie aeree.

Le conseguenze immediate di questa vasocostrizione secondaria comprendono una riduzione dell'edema della mucosa e un aumento di calibro delle vie aeree. La terapia sistemica deve essere continuata per un minimo di cinque giorni o fino al recupero. È raccomandata la cessazione brusca nella somministrazione. Tuttavia la terapia sistemica non deve essere interrotta prima di un' affidabile e regolare somministrazione di steroidi per via inalatoria.

**Solfato di magnesio.** Ai pazienti con asma acuta grave che non rispondono in modo adeguata alla terapia in precedenza descritta, si devono somministrare 2 grammi (8 mmol) di solfato di magnesio in 10-20 minuti. L'efficacia di ulteriori dosi non è conosciuta. L'efficacia del solfato di magnesio sembra essere limitata, sebbene questo possa essere dovuta ad un sotto dosaggio. Quando funziona, l'effetto può apparire miracoloso in termini di rapidità d'azione e di grado di broncodilatazione. Il magnesio agisce soprattutto attraverso il rilasciamento della muscolatura liscia della parete bronchiale. Tuttavia è anche coinvolto nella liberazione d'istamina dalle terminazioni nervose colinergiche e dai mastociti rispettivamente.

Inoltre la capacità del magnesio di bloccare l'entrata degli ioni calcio nelle cellule muscolari bronchiali può avere un effetto terapeutico nell'asma acuta grave. Inoltre esiste evidenza che ha un ruolo antiinfiammatorio nell'asma acuta grave.

**Adrenalina.** Nei pazienti con asma acuta grave che non rispondono adeguatamente alle terapie su descritte, può essere efficace la nebulizzazione di 0,5-3 mg di adrenalina.

Inoltre o come alternativa si può somministrare una soluzione diluita di adrenalina endovena attraverso un ago cannula ad una dose di 0,25-3 µg/minuto regolando la dose sulla risposta. L'adrenalina offre diversi vantaggi teorici sui farmaci β<sub>2</sub> mimetici. Sebbene la broncostrizione sia la patologia maggiore nell'asma, l'edema delle vie aeree può apportare un importante contributo.

Come con i corticosteroidi inalati, l'effetto principale è dovuto a una rapida riduzione dell'edema laringeo e tracheobronchiale.

**Antagonisti dei leucotrieni** (insieme ai corticosteroidi). Studi recenti hanno suggerito che ci può essere un ruolo nella somministrazione endovena e anche orale della terapia con antagonisti dei leucotrieni nell'asma acuta grave, ma fintanto che questi farmaci non entrano nelle li-

nee guida aggiornate è poco probabile che il suo uso si diffonda.

**Lidocaina.** Può essere somministrata sotto forma di aerosol di una soluzione diluita di 10 ml all'1%, che può essere ripetuto ogni 2 ore in relazione in relazione al grado e alla durata della risposta.

In alternativa la lidocaina si può somministrare endovena con una dose bolo di 1,5 mg/kg in 10 minuti seguita da un'infusione di 1,5 mg/kg/h.

Se il paziente risponde l'infusione deve essere regolata alla dose efficace più bassa con un range compreso di solito tra 0,25-1,5 mg/kg/h. È stata anche descritta un'infusione a dosi elevate per un breve periodo con 2 mg/kg in 5 minuti seguiti da 3 mg/kg in 10 minuti.

La lidocaina può ridurre l'iperreattività bronchiale e possiede proprietà antiinfiammatorie. Se utilizzata in infusione endovenosa per un periodo prolungato si ha un accumulo di metaboliti attivi che richiedono un'interruzione durante il giorno per evitare accumulo. Gli effetti secondari e la tossicità compresa la depressione miocardica e le convulsioni sono molto rare. Sebbene il ruolo della lidocaina nebulizzata nell'asma grave è limitato (nella migliore delle ipotesi), nel breve periodo può o non può essere efficace, ma non è tossica e può agire come utile aiuto all'intubazione nell'asma acuta grave, se questa manovra è necessaria.

**Terapia non raccomandata.** La terapia seguente è stata studiata nell'asma acuta grave dimostrando di essere inutile o dannosa:

- somministrazione endovenosa di β<sub>2</sub> mimetici;
- la somministrazione della teofillina per via endovenosa è dannosa; nonostante ciò la teofillina rimane come terapia di riserva in tutte le linee guida;
- la nebulizzazione di furosemide non ha evidenziato alcun beneficio.

**Terapia di riserva e supporto ventilatorio.** I pazienti che non rispondono alla terapia standard su descritta possono andare incontro a un forte aggravamento della malattia. Occorre riconsiderare l'esattezza e la completezza della diagnosi e la possibilità di tossicità dei farmaci β<sub>2</sub> mimetici. Non esistono linee guida per guidare la terapia in queste circostanze; pertanto i seguenti sono suggerimenti pragmatici.

**Miscela di elio-ossigeno.** L'efficienza del flusso di gas dipende, tra le altre cose, dalle proprietà fisiche del gas, in particolare dalla sua densità e viscosità. Riducendo la densità aumenta l'efficienza del flusso di gas. L'elio è un gas incolore e inodore che è chimicamente e biologicamente inerte. La sua densità è sette volte inferiore all'azoto e otto volte meno di quella dell'ossigeno con una viscosità paragonabile.

Così, sostituendo l'elio all'azoto nella miscela di gas inspirato aumenta l'efficienza del trasporto dei gas per convezione e diffusione. Nell'asma acuto grave, è solo un supporto temporaneo, cioè aumenta il tempo a disposizione per il trattamento definitivo delle condizioni di base o in attesa che tale trattamento sia efficace, ma non è, di per sé, terapeutico. L'elio terapia può migliorare notevolmente l'iperinflazione dinamica ed è molto ben tollerata.

Può essere considerato una terapia equivalente alla ventilazione in maschera, poiché riduce il lavoro respiratorio. Tuttavia, la possibilità di ottenere e mantenere un adeguato approvvigionamento può essere difficile. Sebbene possa essere impiegato sia con la maschera sia con la ventilazione invasiva, solo un piccolo numero di ventilatori sono capaci di preparare una miscela sicura di elio e di somministrarla.

L'elio medicale è preparato in bombole da molti produttori di gas medicali in miscela di elio/ossigeno al 79/21%.

La cosa migliore è somministrarlo attraverso una maschera aderente. La maschera dovrebbe preferibilmente avere un sacchetto di riserva in cui si somministra l'elio e avere una o più valvole di espirazione unidirezionali. Ogni sforzo dovrebbe essere fatto per ridurre al minimo l'entrata di aria. In commercio sono disponibili maschere dedicate e circuiti di miscelazione/nebulizzazione. L'ossigeno supplementare può essere somministrato tramite un raccordo a Y del circuito di miscelazione o attraverso un sondino nasale che passa sotto la maschera aderente. La sua efficacia è proporzionale alla frazione d'ispirazione dell'elio, che dovrebbe essere massimizzata. Nel Regno Unito, una bombole standard contiene 1780 litri di gas, permettendo 2 ore di terapia a 15 l/min. Grazie alle sue proprietà fisiche, è un gas di trasporto migliore per la somministrazione dell'aerosol, ma è poco efficace nel produrre aerosol che sono meglio prodotti dall'ossigeno puro.

**Sedazione.** Aumentando la dispnea aumenta lo stress psicologico, che a sua volta tende ad aumentare la frequenza respiratoria, riduce l'efficienza respiratoria e peggiora l'iperinflazione dinamica (aumentando la dispnea e peggiorando gli scambi gassosi). La sedazione con depressione controllata del centro respiratorio può rompere questo circolo vizioso ed evitare l'intubazione e la ventilazione meccanica. C'è il rischio di precipitare in uno scompenso acuto e quindi è essenziale disporre immediatamente del necessario per il controllo delle vie aeree e della ventilazione.

La scelta del farmaco non è molto importante, dipende dall'esperienza di chi lo somministra. Oppioidi a breve durata d'azione come il fentanyl, l'alfentanil o il remifentanil sono efficaci. Probabilmente il propofol ha un maggiore potere dilatatore come anche la ketamina. Quest'ultima è stata proposta come possibile terapia di riserva o come farmaco d'induzione preferito nell'asma acuta grave. Tuttavia la ketamina può indurre un'intensa broncorrea e pertanto in questi pazienti si tende a non utilizzarla. Il midazolam può essere una buona scelta se l'ansia sembra essere la componente maggiore della crisi acuta. Anche gli anestetici per inalazione possono essere efficaci; l'isoflurano è ben tollerato, è un modesto broncodilatatore, mentre il sevoflurano è un leggero broncostrittore.

**Ventilazione in maschera** (ventilazione non invasiva). In un paziente cosciente e collaborante dispnoico e/o che presenta ipercapnia vale la pena provare la ventilazione non invasiva (NIV). Per iniziare la terapia, si consiglia che la pressione espiratoria sia fissata al livello minimo con un basso livello di pressione di supporto inspiratoria che è possibile aumentare in base alla risposta e alla tolleranza. La titolazione delle pressioni espiratorie è una questione di tentativi ed errori, avendo come migliore guida il comfort del paziente. L'umidificazione è altamente raccomandata. Non sono probabilmente disponibili studi randomizzati di potenza statistica adeguata sull'uso della NIV nell'asma acuta grave. C'è un certo numero di studi che riferiscono l'applicazione di questa strategia con successo.

**Intubazione.** La saggezza suggerisce di "evitare se possibile l'intubazione se si può, ma non applicarla all'ultimo minuto". Ci sono diverse opinioni su questo problema così come vi sono diverse possibilità.

La sicurezza di questi pazienti è di fondamentale importanza e per il rischio di causare un'ulteriore crisi acuta cardiovascolare e respiratoria, la migliore scelta è quella di mettere in atto la tecnica personale preferita. È preferibile un'induzione lenta con la quantità minima di farmaci, un'anestesia locale con un gel di lidocaina, evi-

tare la paralisi e mantenere lo sforzo respiratorio spontaneo. È chiaramente opportuno evitare di somministrare miorelaxanti che liberano istamina (ad esempio atracurio e mivacurio).

**Ventilazione invasiva.** Se la ventilazione invasiva è necessaria, si deve mirare alla normossia (o anche una leggera ipossia) e all'ipercapnia permissiva per cercare di ridurre al minimo la pressione delle vie aeree di picco. La ventilazione dovrebbe iniziare con una pressione di fine espirazione pari a zero, una frequenza respiratoria bassa (5-10 atti/min.), un rapporto inspiratorio/espiratorio ≥1:3 e una pressione di picco sufficiente a raggiungere volumi correnti di 4-6 ml/kg (del peso corporeo ideale). La curva flusso-tempo sul ventilatore deve essere monitorato con tentativi fatti per ottenere un breve periodo senza flusso a fine espirazione. La pressione positiva di fine espirazione intrinseca (iPEEP) dovrebbe essere misurato o utilizzando la funzione automatica del ventilatore o fermando manualmente la fine espirazione. A meno che la iPEEP è pari a zero, si devono eseguire prove di aumento e riduzione della iPEEP, facendo attenzione che la iPEEP, il volume intrappolato (se misurato) e la compliance dinamica siano rivalutati ad ogni cambiamento.

Durante questo processo, la pressione di picco deve essere aumentata per mantenere lo stesso gradiente di pressione inspiratoria. La PEEP estrinseca deve essere impostato al livello ottimale per ridurre al minimo l'iperinflazione dinamica e il volume di gas intrappolato. Se è difficile ottenere una ventilazione adeguata e sicura, si dovrebbe provare con la sedazione profonda e/o la paralisi muscolare. Si dovrebbe tentare uno svezamento dal supporto invasivo aggressivo con l'estubazione precoce seguita immediatamente dall'uso della NIV o dell'elio.

**Terapia extracorporea.** La rimozione extracorporea della CO<sub>2</sub> e un'assistenza polmonare completa extracorporea sono state usate con successo in gruppi molto piccoli di pazienti con asma acuta grave. Per la rarità delle indicazioni cliniche di terapie di questo tipo e la scarsissima disponibilità dev'essere messa in atto come terapia di riserva come condizione di salvataggio nei pazienti che non rispondono alla ventilazione invasiva.

**Immunosoppressione avanzata.** Non esistono evidenze per il trattamento con immunosoppressione avanzata nell'asma acuta grave refrattaria.

**Recupero e gestione nel lungo periodo.** Come tutte le condizioni croniche qualsiasi riabilitazione dovrebbe attivare il servizio che gestisce a lungo termine questi pazienti. Tale trattamento a lungo termine è indispensabile per cercare di ottimizzare il controllo cronico, migliorare le condizioni funzionali e ridurre la frequenza delle crisi acute e i ricoveri ospedalieri.

## Test d'apprendimento

Quesiti	Risposta corretta	
1. La PE è	a) sempre una conseguenza di una TVP b) sempre una conseguenza della trombosi dell'arteria polmonare c) è spesso una conseguenza di una TVP	c
2. Conseguenza della PE è	a) un'insufficienza cardiaca globale b) un'insufficienza del ventricolo destro c) un'insufficienza del ventricolo sinistro	b
3. Nella PE il rapporto ventilazione/perfusione è	a) uguale a 1 b) maggiore di 1 c) inferiore a 1	b
4. Un aumento del peptide natriuretico B indica	a) una sicura diagnosi di PE b) un probabile IMA c) una distensione della parete miocardica	c
5. Il gold standard per la PE è	a) TC angiografia polmonare multistrato b) l'angio-risonanza polmonare c) la scansione ventilazione/perfusione	a
6. Le linee guida americane sul trattamento dell'embolia polmonare raccomandano l'uso del filtro cavale?	a) sì b) no c) per alcuni pazienti	b
7. L'isomero S del salbutamolo ha	a) effetto broncodilatatore b) effetto broncostrittore c) non ha alcun effetto sulla muscolatura bronchiale	c
8. L'ipratropio bromuro si somministra per	a) bocca b) per via endovenosa c) per aerosol	c
9. I farmaci β <sub>2</sub> mimetici nell'asma acuta grave	a) sono efficaci per via endovenosa b) non rientrano nelle linee guida c) sono efficaci per via inalatoria	c
10. Nell'asma acuta grave l'elio	a) si somministra in miscela d'aria b) si miscela con l'ossigeno c) occorre somministrarlo a basse concentrazioni perché infiammabile	b

## Dall'Intersindacale

### Riforma PA: la lettera alla Lorenzin



opportuno o necessario - che le nostre professioni siano ricollocare giuridicamente in un nuovo contesto, consono alla finalità che esse perseguono. Sono diverse le opzioni su cui ragionare e, in questo senso, il provvedimento di riforma della Pubblica Amministrazione può fornire un'importante occasione.

La nostra specificità è riconosciuta dall'art. 15 della 502/92 e s.m.i. ed è stata ribadita con il DL 101/2013, tanto che, solo per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, è stato previsto un DPCM per la stabilizzazione dei precari. Ciò nonostante le attuali regole sulla carriera e sulla valutazione hanno stravolto completa-

Due giorni prima della presentazione alla stampa delle linee guida per la Riforma della Pubblica Amministrazione da parte del Premier Renzi e del Ministro per la Pubblica Amministrazione e la Semplificazione, Marianna Madia (nella foto), alcune sigle delle OOSS della Dirigenza Medica e Veterinaria hanno scritto una lettera al Ministro della Salute Lorenzin per sottolineare la peculiarità del comparto sanità rispetto alle altre categorie della Pubblica Amministrazione.

Il documento, firmato da ANAAO ASSOMED, CIMO ASMD, AAROI EMAC, FVM, FASSID, CISL Medici, FESMED, ANPO - ASCOTI - FIALS Medici, è stato diffuso il 28 Aprile. Di seguito il testo:

*"Le scriventi OO.SS. della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del SSN si rivolgono a Lei, che con il Suo recente operato ha dimostrato di saper difendere la specificità del Servizio Sanitario Nazionale, affinché per tale comparto vengano adottate politiche appropriate e in certi casi diverse rispetto al resto della pubblica amministrazione. Da qui la necessità di un Suo intervento affinché nella riforma della dirigenza pubblica, che il Governo si appresta a varare, tenga conto della peculiarità della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del SSN al fine, non solo, di evitare ulteriori ingiusti tagli alle retribuzioni ma, soprattutto, per eliminare l'omologazione di una classe dirigente che ha prevalenti competenze tecnico professionali e scientifiche rispetto alla dirigenza amministrativa dello Stato e delle Regioni. Gli effetti negativi di tale omologazione sono a tutti ben visibili nell'ambito di un sistema che tende ad appiattire le nostre professioni ed a non valorizzarne le peculiarità.*

*È per questo che chiediamo di rilanciare con forza la nostra specificità, spingendoci sino a chiedere - ove fosse*

*mente la figura professionale del medico che si è trasformato in un burocrate manager, schiavo dei budget imposti dai direttori generali a discapito del rapporto col paziente, trasfigurandone completamente la professione.*

*Pertanto chiediamo un Suo intervento affinché con la riforma della pubblica amministrazione, anche prevedendo un rinvio a successivi provvedimenti legislativi, sia definito un progetto che introduca meccanismi di premialità e di valutazione, che, definiti attraverso i contratti di lavoro, consentano il passaggio da un sistema che valuta solo la performance gestionale ad uno che, viceversa, verifica quello che medici, veterinari e dirigenti sanitari fanno in termini di impegno professionale, competenza e capacità individuale.*

*Diventa quindi indispensabile il recupero di un'area contrattuale autonoma, in luogo del semplice settore previsto dalla riforma di Brunetta all'interno di un'area Regioni - Sanità che mette insieme professionalità che hanno poco in comune tra loro e modalità lavorative ben diverse.*

*Su questi temi offriamo la nostra disponibilità ad aprire da subito un confronto per arrivare in tempi rapidi ad una proposta condivisa, ivi compresa la possibilità di un contratto medico, veterinario e sanitario di ingresso nel Servizio Sanitario Nazionale con caratteristiche peculiari, che possano essere uno strumento propedeutico all'immissione in ruolo del personale sanitario.*

*Il nostro obiettivo è recuperare i valori insiti nella nostra professione, perché non è tagliando gli stipendi e peggiorando le condizioni di lavoro che si mantiene e rafforza il SSN, ma rimotivando i professionisti che lavorano nel servizio pubblico e che ne rappresentano il principale patrimonio".*

## La Giornata di protesta dei medici Europei

# FERMIAMOLI.

## VOGLIAMO DIFENDERE IL DIRITTO ALLA SALUTE.

Il 15 Maggio si è svolta la Giornata di protesta europea per i medici promossa dalla FEMS (la Federazione Europea dei Medici Salariati) in difesa del diritto alla salute, come sottolineato dallo slogan: «**Fermiamoli. Vogliamo difendere il diritto alla salute**».

Per l'Italia hanno aderito le Organizzazioni Sindacali italiane della Fems: AnaaO, Aaroi-Emac, Anpo-Fials-Nuova Ascoti, Fassid-Snr che hanno organizzato a Roma il 13 maggio un convegno con gli allora candidati alle elezioni europee e con il rappresentante del Tribunale per i Diritti del Malato.

La manifestazione europea è stata celebrata in ogni Paese con diverse iniziative e con un sit-in a Strasburgo di fronte al Parlamento Europeo.

Obiettivo principale della protesta era l'opposizione *"all'azione dei Governi dei Paesi Europei che - come si legge sul Manifesto - con le loro politiche stanno distruggendo la sanità pubblica costringendola a un impoverimento progressivo. L'assistenza sanitaria pubblica, improntata a equità e universalismo, e la valorizzazione del lavoro degli operatori pubblici deve diventare una priorità per i governi europei, rilanciando il ruolo insostituibile dei servizi sanitari per garantire il diritto alla salute e la coesione sociale"*.

Quattro le richieste comuni da parte dei medici Europei:  
**Garantire le risorse economiche per assicurare un'assistenza di qualità per tutti i cittadini europei!**

Un appello affinché l'assistenza sanitaria e il suo sviluppo diventino una priorità per tutti i governi europei, poiché il funzionamento del servizio sanitario ha un ruolo insostituibile per lo sviluppo e la stabilità sociale.

**Fermiamo la corruzione!**  
Si sollecita i governi a stabilire regole e pratiche trasparenti secondo il principio della *"tolleranza zero nei confronti della corruzione"*.

**Basta repressione sui medici!**  
Il ruolo dei professionisti e delle organizzazioni sindacali è marginalizzato. Gli operatori sanitari che lavorano direttamente nel sistema e conoscono i suoi difetti ed i possibili miglioramenti, non hanno alcuna reale possibilità di influirvi. Al contrario, in alcuni paesi della UE, i medici subiscono diversi fenomeni oppressivi e criminalizzazioni.

**Condizioni di lavoro e retribuzioni adeguate per tutti i Medici Europei!**

Il personale è insufficiente nella maggior parte degli stati membri della UE. In Europa la carenza di medici è già una realtà ed è destinata ad aggravarsi nel prossimo futuro. Cattive condizioni di lavoro produrranno una forte migrazione verso condizioni migliori di lavoro ed i cittadini delle aree maggiormente colpite ne subiranno le conseguenze.

*Il documento integrale su [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)*

## Ancora sulle Competenze Infermieristiche

Dopo la notizia che il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, condividendo la Bozza di Accordo Stato Regioni sulle nuove competenze infermieristiche, ne ha autorizzato la trasmissione agli altri Ministeri per acquisirne il parere, alcune sigle dell'Intersindacale sono intervenute con una nota alla stampa per sottolineare l'assenza di condivisione del provvedimento:

*"Le Organizzazioni sindacali Mediche AnaaO Assomed, Cimo Asmd, Aaroi Emac, Fassid, Cisl Medici, Fesmed, Anpo riaffermano che non vi è stata alcuna condivisione della proposta Bozza di Accordo Stato Regioni sull'ampliamento delle competenze infermieristiche, in merito alla quale ribadiscono la loro netta opposizione per i motivi già esposti nelle lettere a suo tempo inviate al Ministro della Salute ed alle Regioni e che non hanno trovato risposta nei successivi incontri al Ministero della Salute.*

*Non ritengono quindi corretto aver estrapolato una frase della bozza di protocollo sulla cosiddetta "Cabina di Regia", peraltro mai sottoposto per la firma alle OO.SS. ed averla utilizzata per far credere che le scriventi OO. SS. Mediche avessero approvato la bozza di accordo sull'implementazione delle competenze infermieristiche.*

*Sorprende infine che il Ministro della salute abbia deciso di firmare l'accordo Stato Regioni di cui sopra ignorando il parere delle scriventi OO.SS. Mediche e senza darne alcuna comunicazione ufficiale.*

*Prendendo atto con rammarico che non si è voluto attivare un vero confronto con la professione medica, ribadiscono la loro critica al testo licenziato dal Ministero, invitano il Ministro della Salute a ritirare la firma e ad aprire un tavolo di reale confronto".*



## AAROI-EMAC Calabria

### La Sanità Calabrese Una pentola a pressione

“... di quelle che fischiano, sbuffano e danno la sensazione di essere sul punto di esplodere: guai a rimuoverne il coperchio. Questa la mia impressione della Sanità Calabrese, oggi.

Eppure ci lavoro da vent'anni e posso testimoniare la presenza di centinaia di professionisti seri, addirittura di alcuni centri d'eccellenza sparsi qua e là, sul territorio.

Certo, è innegabile che esistano le criticità, tante, figlie - monotono refrain - della politica dei giorni nostri, delle sue contraddizioni, delle sue storture, di becchi interessi...

Lacrime e sangue avevano promesso gli ultimi tre governi nazionali, lacrime e sangue sono state. Ed il contributo in termini di lacrime e sangue, in Calabria, è stato tra i più alti in assoluto.

L'aumento dell'IRPEF e dell'IRAP da una parte ed i tagli lineari dall'altra, han fatto sì che il tentativo di riduzione del disavanzo economico fosse pagato esclusivamente da cittadini e professionisti almeno due volte: in termini di fisco e qualità dei servizi dai primi, fisco e qualità della vita, un vero e proprio burnout dai secondi...

La sanità calabrese è in evidente affanno, pochi medici, pochi infermieri, pochissimi operatori sociosanitari, mentre il blocco del turn over paralizza le strutture e lascia disoccupati o sottoccupati professionisti di lusso.

In Calabria, solo per citare un problema a me ben noto, la maggior parte delle unità operative di anestesia per poter garantire i livelli di assistenza è costretta, a causa dei ridotti organici, a far ricorso a prestazioni aggiuntive con remunerazione extra, il tutto mentre una quarantina di giovani medici anestesisti specializzati presso la nostra università va a rinfoltire la schiera dei precari o è costretta ad esportare altrove la propria professionalità...

La pentola sta per esplodere, nessuno prova a dire che non ne sapeva nulla”.

[http://www.quotidianosanita.it/lettere-aldirettore/articolo.php?articolo\\_id=21653](http://www.quotidianosanita.it/lettere-aldirettore/articolo.php?articolo_id=21653)

Domenico Minniti

Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

## AAROI-EMAC Marche

### Firmato accordo tra Sindacati e Regione Mai più decisioni unilaterali. Medici protagonisti

Il testo è il frutto di 4 mesi di confronto, attivato dopo lo sciopero regionale del 20 dicembre 2013.

Si risolvono molti aspetti economici e di applicazione normativa; si attivano parecchi concorsi a tempo indeterminato; si impediscono la formulazione di assunzioni con contratti atipici; si entra nel merito dei modelli organizzativi degli ospedali.

La regione ha indubbiamente compiuto uno sforzo di confronto accettando anche di modulare aspetti che non sono più previsti dalla normativa (Brunetta...) e che sono di pertinenza strettamente aziendale; l'Intersindacale è stata sempre coesa nel perseguire gli obiettivi raggiunti.

L'AAROI-EMAC si è costituita come punto di riferimento per trovare mediazioni interne e tra le OO.SS. e la Regione; non solo, ha perseguito l'obiettivo di garantirsi l'assetto organizzativo che meglio si addice alle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, nonostante il taglio delle strutture semplici e complesse.

Questi sono gli aspetti più salienti dell'accordo, che ad oggi considero unico in Italia.

1. In Assessorato sarà costantemente attivo un tavolo di confronto per tutte le tematiche sanitarie che la Regione intende affrontare; questo tavolo è propedeutico alla stesura delle conseguenti delibere di Giunta; in sostanza dovremmo così "blindarne" i contenuti, i quali saranno almeno vagliati con il contributo anche dei rappresentanti dei Dirigenti (art.1 - Parte prima).

2. Verrà corrisposta ai Dirigenti con 5 anni di esperienza professionale (maturati sia a tempo determinato che indeterminato) l'indennità di esclusività, comprensiva degli arretrati; verrà corrisposta la Retribuzione di posizione relativa al Dirigente equiparato (3.330,76) alla maturazione dei 5 anni di esperienza professionale a tempo indeterminato, comprensiva degli arretrati; all'atto della nuova definizione delle funzioni, in sede Aziendale / Aree Vaste, si dovrà corrispondere la Retribuzione minima unificata pari a quella dell'incarico attribuito (Art. 27, lett. C CCNL 8/6/2000), incrementando in sostanza quella dell'equiparato fino ad euro 4.458,99 come differenza sui minimi. (art. 1 - Parte seconda).

3. Verrà corrisposta l'indennità di esclusività maturata al compimento dei 15 anni sia a tempo indeterminato che determinato, previa assegnazione di un incarico di posizione implementato; anche questa, comprensiva degli arretrati dal primo giorno del mese successivo al compimento dei requisiti (art. 2 - parte seconda).

4. I Contratti a tempo determinato (8 mesi + 8 mesi) devono essere trasformati a tempo indeterminato tramite i concorsi; l'Assessore garantisce l'attivazione immediata delle commissioni di concorso (art. 3 - parte seconda).

5. I contratti atipici non possono essere più attivati per le funzioni istituzionali ordinarie; non è consentito l'utilizzo di tali collaboratori (Co-CoCo - CoCoPro) come lavoratori subordinati (Art. 4 - parte seconda).

6. Si è stabilito di implementare l'assetto dipartimentale nelle Aziende, soprattutto per quanto attiene tre tipologie organizzative: i Dipartimenti Funzionali - le macrostrutture ed i Coordinamenti (questi ultimi possono essere diretti da un Direttore, ma anche da un Dirigente titolare di Funzione semplice dipartimentale); ai Direttori / Dirigenti che ricoprono queste funzioni deve essere riconosciuta una retribuzione di posizione maggiorata secondo quanto disposto dall'art. 39 del CCNL 8/6/2000. Si precisano anche alcune modalità di assetto dipartimentale quali quelle di Terapia antalgica - di coordinamento dei prelievi di organi e tessuti - di medicina perioperatoria e dei blocchi operatori, sostenendo (al momento indirettamente) la responsabilità e l'esperienza degli Anestesisti Rianimatori a guida di tali percorsi (art. 1 - parte terza).

7. Il taglio delle strutture complesse e semplici è confermato negli importi percentuali rispettivamente del 25,8 e 30,3; nessuna struttura complessa di Anestesia e Rianimazione è stata tagliata. Per le strutture semplici, queste debbono essere commisurate a criteri interni al Dipartimento strutturale cui si appartiene, alla complessità dell'Unità Operativa di appartenenza ed alla storicità della struttura; in sede decentrata si valuteranno numeri a tipologie (anche modificando pertanto la delibera di giunta 1345/2013). La struttura semplice è sotto-ordinata alla struttura complessa di appartenenza, rimuovendo quindi

“storture” con le quali persistono strutture semplici dipartimentali interne alla struttura complessa di riferimento. Per casi particolari di soppressione di strutture complesse, è assicurata ai titolari in fase di pensionamento la salvaguardia della naturale estinzione del rapporto di lavoro (art. 2 parte terza).

8. Viene definita la sede di destinazione del Dirigente all'interno del Presidio Unico di Area Vasta: è quella corrispondente all'ex ospedale di rete (in tal modo si evita l'utilizzo del Dirigente in diverse sedi ospedaliere). L'ospedale unico di Area Vasta è inteso come confluyente degli ex ospedali di rete al fine di uniformare i flussi informativi al Ministero. All'interno del presidio unico, le direzioni sanitarie debbono avere caratteristica di struttura complessa o semplice a seconda della complessità dello stabilimento ospedaliero e della necessità di autonomia funzionale (art. 3 - parte terza).

9. L'assetto organizzativo minimo dell'ex ospedale di rete si caratterizza per la continuità assistenziale, prevista per le due modalità in H/24 ed in H/12. Per l'H/24 sono necessarie coperture nelle UU.OO. caratteristiche come PS - OBI/MURG - Rianimazione - Anestesia - UTIC/Cardiologia - Emodinamica - Ostetricia e ginecologia - Pediatria (laddove presente punto nascita). Per l'H/12, i dirigenti dei reparti assicurano la presenza per il periodo diurno integrati con Pronta disponibilità per quello notturno e festivo diurno. La copertura notturna avviene in tutti gli ex ospedali di rete: per l'area medica tramite di 1 medico della MURG all'uopo dedicato; per l'area chirurgica tramite 1 chirurgo attivato tra le UU.OO. chirurgiche, e qualora vi fosse elevata frequenza di chiamate anche attraverso la guardia attiva di specialità. Anche per la radiologia, l'elevata frequenza di chiamate attiverà la guardia in modalità H/24. L'assetto di cui sopra deve essere raggiunto entro il 2014 (art. 4 - parte terza).

10. Il modello organizzativo per le macroaree territoriali (prevenzione primaria collettiva e distretti) è lasciato alla conclusione di un tavolo di discussione appositamente previsto che deve terminare i lavori entro il 31 maggio 2014 (art. 5 - parte terza).

11. I direttori generali devono convocare le delegazioni trattanti entro il mese di aprile per dare esecuzione all'accordo siglato.

Ora a noi spetta il gravoso compito di darne esecuzione in periferia.

**Il testo integrale dell'accordo è consultabile sul sito [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)**

Marco Chiarello

Presidente AAROI-EMAC Marche

## AAROI-EMAC Puglia

### Quel brutto fatto di Locorotondo

#### La lettera del Presidente AAROI-EMAC Puglia inviata alla stampa

In merito alla bufera scatenatasi a seguito degli eventi che hanno visto coinvolti una malata di SLA, i suoi familiari - giustamente preoccupati -, e un medico Anestesista Rianimatore, sono anche io d'accordo che si tratta di un brutto, pessimo episodio ma per motivi e considerazioni del tutto opposte a quelle propagandate come inoppugnabile verità e diffuse in pasto alla pubblica opinione.

Stiamo ai fatti e ai compiti del servizio distrettuale di assistenza domiciliare ai malati di SLA della ASL Bari: trattasi di un servizio garantito da due (dico due) medici che solo recentemente è stato dotato di due (dico due) infermieri. Il servizio funziona dalle ore 8.00 alle ore 14.20 tre volte alla settimana e dalle ore 8.00 alle ore 18.00 due volte alla settimana, come tutti i servizi del distretto.

È prevista solo assistenza di tipo programmato e sulla scorta di piani terapeutici. I pazienti seguiti dai due medici e due infermieri sono circa 240 su tutto il territorio della ASL. NON ESISTE NESSUN OBBLIGO DI REPERIBILITÀ E DI INTERVENTI IN CASO DI EMERGENZA-URGENZA, ricadendo invece tale obbligo sul cosiddetto 118. I due cellulari aziendali in dotazione servono per l'assistenza programmata e per eventuali comunicazioni tra gli addetti. Ciononostante, SU BASE SOLO VOLONTARISTICA E SENZA ALCUN OBBLIGO CONTRATTUALE O RITORNO ECONOMICO, i due medici lasciano sempre acceso un cellulare per non lasciare totalmente isolati i malati da loro seguiti durante gli orari di chiusura del distretto. Questa è l'organizzazione sino ad ora ritenuta congrua ed ampiamente conosciuta da chi ha responsabilità programmatiche e di politica sanitaria a livello locale e nazionale.

Risulta pertanto assolutamente risibile che queste stesse identiche persone operino dichiarazioni di aperta condanna, indicando presunti colpevoli al pubblico ludibrio. Quello che è veramente vergognoso e disdicevole in tutto ciò che è successo sono il livello organizzativo proposto come sufficiente per questi malati, e la totale assenza di capacità di autocritica, di guardarsi allo specchio, se se ne ha il coraggio, per poi prendere le adeguate e opportune decisioni.

Ora smettiamola di indicare alla gente il medico come la causa di tutti i mali della Sanità: dietro quel medico, dietro ogni medico c'è una persona con la sua sensibilità e professionalità, con la consapevolezza del ruolo che svolge nella Società e che certo da sempre salvaguarda il suo rapporto con il malato rispetto a qualunque aspetto burocratico. Ma questa disponibilità che va oltre il contrattualmente dovuto non può e non deve ritorcersi contro di lui. Non si può arrivare a dover pensare che è stato sbagliato mantenere acceso un cellulare che per la ASL e tutte le Istituzioni



doveva essere spento: sarebbe il trionfo della medicina difensiva, del meglio fare il meno possibile, solo lo stretto necessario.

Forse è a questo che mirano tali dichiarazioni o ritengono che “sparare” sul medico sia una cosa talmente ovvia e elettoralmente redditizia che non merita un attimo di riflessione e valutazione. E non mi si dica che non conosco le dure problematiche dei malati di SLA: il mio Maestro in campo professionale e di vita è recentemente venuto a mancare dopo cinque anni di SLA conclamata e so bene cosa significhi non avere una adeguata pubblica organizzazione assistenziale se non su base privata, per chi può permetterselo naturalmente, o cosa voglia dire, in caso di necessario ricovero, far sentire ai familiari il peso dello sfioramento dei giorni di degenza previsti obbligatoriamente dai DRG e di cui il Responsabile di un reparto deve rispondere. Tutto ciò in assenza di adeguate strutture per malati cronici o di una reale assistenza domiciliare che necessita di ben altri organici. E tutto ciò in un Paese che è per lo più contrario a forme di eutanasia e che esalta il valore della vita comunque vissuta.

Mi auguro che il comune cittadino sappia effettivamente valutare i fatti e le effettive responsabilità e che, di fronte a chi indica la luna, la smetta di guardare il dito.

Antonio Amendola

Presidente AAROI-EMAC Puglia





## Uoc: al vertice solo un medico

**Il Consiglio di Stato respinge la richiesta degli Psicologi**

Il Consiglio di Stato ha deciso: soltanto un medico è abilitato a dirigere un'Unità Operativa Complessa di una Asl. Per arrivare alla sentenza definitiva ci sono voluti parecchi anni ma finalmente è stata messa la parola fine alla questione.

Tutto è iniziato nel 2008 quando "l'Ordine degli Psicologi del Lazio impugna, davanti al Tar del Lazio, sede di Roma, l'avviso pubblico per il conferimento di un incarico di direttore di struttura complessa Unità Operativa Dipendenze Psicologiche Ser.T, II° Distretto, area medica, indetto dalla Azienda intimata, nella parte in cui aveva riservato la partecipazione alla selezione ai soli medici, senza prevedere la partecipazione anche agli psicologi".

Inizialmente il TAR respinge la richiesta ma con la sentenza di appello ribalta il giudizio accogliendo le richieste degli Psicologi perché "non esisterebbe una norma di legge o di regolamento che consenta l'esclusione degli psicologi dalla possibilità di conferimento dell'incarico di dirigente di struttura complessa Unità Operativa dipendenze patologiche (Ser.T)".

Il Tar "ha fondato il proprio giudizio sul rilievo che nell'articolo 2 della legge n. 45 del 18 febbraio 1999, riguardante il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze si prescrive il possesso di una precedente esperienza nei Ser.T. ed il generico possesso dei titoli riguardanti l'attività svolta nel settore del trattamento e della riabilitazione degli stati di dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope, ma non si circoscrive la validità di tali esperienze alla categoria professionale dei medici".

Questa sentenza è stata però impugnata dalla Asl Roma A e dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Il Consiglio di Stato oggi ha riformato la sentenza "in quanto le argomentazioni del Tar, sia pure in astratto condivisibili, nel caso specifico non sono pertinenti". Infatti, "nella specie - si legge sulla sentenza - non viene in esame la astratta verifica della possibilità che la posizione apicale di direzione di un servizio di tossicodipendenza possa essere conferito ad uno psicologo, né è conferente il lungo richiamo a normative e sentenze che prevedono la equiparazione degli psicologi ai medici nella direzione del Ser.T".

Quello su cui si concentra il Consiglio di Stato è "più semplicemente la legittimità di un avviso selettivo per la ricerca di un soggetto da preporre alla direzione di una struttura relativa ad Area Medica-Medicina Interna al quale afferisce, anche, il servizio di un Ser.T".

La questione quindi si risolve in una semplice domanda: alla direzione di un servizio di medicina interna comprendente un Ser.T può essere preposto uno psicologo?

La risposta del Consiglio di Stato è altrettanto semplice: "Non si vede come avrebbe potuto essere affidato un servizio di Medicina Interna, per il solo fatto che in esso era ricompreso anche un Ser.T., alla direzione di una professionalità diversa da quella appartenente all'area medica tenuto presente che l'unità operativa di medicina interna era articolata in vari ambulatori e degenze e dunque implicava la somministrazione di cure dirette ai pazienti".

## Collega scagiona l'Anestesista

**Ma la migliore difesa è una cartella clinica senza lacune**

Se la cartella clinica operatoria presenta delle lacune, il medico può portare come sua difesa la testimonianza dei colleghi che hanno assistito all'intervento al fine di dimostrare di aver "fatto ricorso ai mezzi più idonei che la tecnica gli offriva per far fronte a un evento che, per il suo improvviso insorgere e per la sua violenza, non fu possibile essere sedato in tempo per evitare le complicazioni neurologiche insorte per l'arresto circolatorio".

Lo dice la Cassazione che con la sentenza n.7770/2014 (terza sezione civile) ha respinto la richiesta di danni avanzata dai genitori di una

bambina che ha subito un grave danno neurologico nel corso di un intervento cardiocirurgico. In questo caso il medico è riuscito a difendersi e a far emergere la sua estraneità all'evento nonostante la cartella clinica fosse lacunosa. La difesa sarebbe stata molto più facile se la cartella clinica fosse stata correttamente e compiutamente compilata.

Il caso specifico dimostra in ogni caso che la corretta compilazione della documentazione sanitaria costituisce per il medico il principale mezzo di difesa per dimostrare l'appropriatezza, clinica ed economica, dell'agire clinico.



## Presente quindi Colpevole?

**La Cassazione dice No: la responsabilità va accertata**

Non solo la quarta sezione penale (con la sentenza n.10929/2014) ma anche la terza sezione civile della Cassazione, con la sentenza n.8284/2014, lo ribadisce: i medici non possono essere condannati per la mera presenza in servizio nel momento in cui si verifica un errore o un danno al paziente. La responsabilità va accertata e motivata.

Nel caso specifico, un ginecologo, assistente ospedaliero, era stato condannato prima dal tribunale di Sciacca e poi dai giudici di secondo grado a risarcire, in solido con il primario, i danni subiti da una bimba per il ritardo nell'esecuzione di un cesareo e l'omissione di accertamenti sullo stato del feto per le 16 ore intercorse tra il ricovero della madre e la nascita.

In particolare la Corte di merito aveva riconosciuto che il primario, ginecologo di fiducia della donna, aveva seguito privatamente l'intera gravidanza e la visita iniziale della paziente subito dopo il suo arrivo in ospedale. Ma all'assistente ospedaliero i giudici d'appello avevano contestato di aver contribuito, con la sua condotta colposa, «alla causazione dell'evento dannoso». «Risulta infatti - recita la sentenza d'appello - che il C. era presente al momento del ricovero della T. e che lo stesso ha anche redatto, quantomeno parzialmente, la cartella clinica».

Troppo poco - rileva ora la Cassazione, cui il medico si è rivolto - per affermare la sua responsabilità. Il tutto passa ora nelle mani del Giudice del rinvio.

## Casse dei professionisti. Cambiamenti

**Il decreto Irpef aumenta la tassazione anche per le Casse private**



Con il decreto Irpef, approvato dal Governo, si interviene duramente sulle rendite finanziarie coinvolgendo nell'aumento della tassazione anche le Casse di previdenza dei professionisti. Una prospettiva che determinerebbe un aggravio per i conti e i rendimenti che potrebbe ripercuotersi sui trattamenti pensionistici attuali e futuri. Ricordiamo che la previdenza delle categorie professionali, quali i medici, gli avvocati, gli ingegneri, i farmacisti ed altre professioni riconosciute ordinisticamente, nel 1994 è stata attribuita ad una gestione privata eliminando, per loro, l'ombrello di intervento della fiscalità pubblica, e lasciando esclusivamente agli iscritti il compito di organizzare il loro futuro previdenziale. Tutti gli enti e fondazioni hanno, anche sollecitati da numerosi interventi legislativi, sistemato i propri conti e garantito un equilibrio, così come richiesto dalla riforma Fornero, di ben cinquanta anni. Per raggiungere tale scopo sono intervenuti su una rimodulazione dei trattamenti e sulla modifica dei requisiti utili al raggiungimento della pensione. Ma, soprattutto, hanno proceduto ad una migliore qualità dei loro investimenti avendo a disposizione un abbondante patrimonio accumulato, nel tempo, con i contributi di tutti gli iscritti.

Gli enti di previdenza dei professionisti possono, quindi, garantire risorse nel tempo, ma più volte sono state percepite come un soggetto "ricco" da poter utilizzare anche ai fini del bilancio pubblico, dimenticando che la loro ricchezza accumulata serve a pagare le pensioni in atto e future. Ma mentre quasi tutti i Paesi dell'Unione europea tassano le prestazioni ma lasciano esenti i contributi e i loro rendimenti, in Italia, invece, si tassano sia le prestazioni che i rendimenti, depauperando, di fatto, quello che è il necessario investimento patrimoniale.

Già nel passato si era avuta una richiesta di intervento al fine di annullare o quanto meno ridurre la tassazione sui rendimenti ma la risposta era stata, invece, un loro ulteriore innalzamento. Adesso con il ventilato incremento dell'attuale 20% ad un ulteriore balzo in avanti al 26%, per le Casse si apre una situazione di difficoltà con una perdita ventilata di oltre 100 milioni di euro l'anno. Perdita che, ovviamente, dovrà essere controbilanciata da interventi riduttivi sulle prestazioni. Al di là dei conti, però, i vertici delle Casse private lamentano una disparità di trattamento. Prima di tutto rispetto a chi versa i contributi all'Inps, che essendo in passivo strutturale non paga imposte sulle plusvalenze. Poi si amplierebbe la differenza con i Fondi di previdenza complementare che fruiscono di una tassazione sulle rendite dell'11%.

In particolare l'istituto previdenziale dei medici, l'Enpam, il più grande fra tutti gli istituti previdenziali privatizzati, con 355 mila iscritti attivi e 90 mila pensionati, vanta oggi un patrimonio, che vale da solo 15 miliardi di euro. E il presidente Alberto Olivetti, che stima il costo delle nuove aliquote tra 20 e i 30 milioni l'anno, afferma che le Casse sono state privatizzate, ma perseguono comunque un interesse pubblico, compresi una serie di servizi di welfare per gli iscritti che lo stato non garantisce come il sostegno al credito per i giovani, o la copertura dei rischi da responsabilità civile.

Negli ultimi anni l'Enpam ha anche promosso la creazione di un fondo di previdenza integrativa, il Fondo Sanità. L'Adepp, l'associazione che riunisce tutti gli enti previdenziali privati, ha stimato l'impatto sulle pensioni che i professionisti riceveranno. L'aumento precedente l'aveva depressa dell'8%, quello attuale la taglierebbe fino al 12%. I vertici degli Ordini e delle Casse chiedono pertanto che durante l'iter di conversione in Parlamento il decreto venga modificato, esentando le Casse di categoria dall'aumento delle aliquote.

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali



## Maternità o Laurea

**Non sono riscattabili insieme**

È ammesso solo riscatto: quello del corso di laurea o quello di congedo parentale fuori dal rapporto di lavoro. Entrambi, e per gli stessi periodi, non possono essere cumulati, sia che si tratti di richieste da parte di lavoratori del settore privato sia che siano prodotte dai dipendenti pubblici. Lo ha precisato l'Inps nel messaggio n. 2467/2014 con cui modifica le precedenti istruzioni fornite in passato e vigore dal 2007. L'incumulabilità, in realtà, era già presente, ma con regole diverse a seconda che riguardasse un lavoratore del settore privato o un lavoratore del settore pubblico. È l'esistenza di questa differenza di trattamento, tra dipendenti privati e pubblici, che ha spinto l'Inps ad uniformare l'azione amministrativa fissando univocamente i limiti temporali di applicazione dell'incumulabilità. (...) Le novità si applicano a tutte le domande di riscatto del corso legale di laurea e dei riscatti del periodo di congedo parentale collocati temporalmente al di fuori del rapporto di lavoro ancora giacenti nonché a quelle presentate successivamente all'11 febbraio 2014 (data di pubblicazione dello stesso messaggio n.2467/2014).

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali

## Indagine sullo stress lavorativo

**On line il questionario che l'AAROI-EMAC propone a tutti gli Iscritti, compilabile sul sito dell'Associazione**



Un'indagine a tappeto sugli Anestesisti Rianimatori per individuare le loro principali criticità in ambito lavorativo e promuovere il benessere. È quanto si propone l'AAROI-EMAC coinvolgendo gli iscritti. Il progetto verrà portato avanti attraverso un questionario sul benessere organizzativo, realizzato sulla base del modello ANAC (Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche) - "Indagini sul personale dipendente", adattato alla categoria.

Il questionario è compilabile sul sito [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it). L'idea, prima in Italia, è stata presentata nell'ambito del 10° Congresso SIARED.

*"Nelle strutture sanitarie, i rischi psico-sociali stanno assumendo una dimensione complessa" - spiega Teresa Matarazzo, Vice Presidente Area Nord AAROI-EMAC, referente per il "well-being" dell'Associazione - "il personale è esposto a pericoli per la salute che comprendono non solo agenti chimici, fisici e biologici, ma anche la tensione legata alla natura del lavoro stesso e alla sua organizzazione. Uno dei rischi psicosociali più frequenti appare proprio quello legato allo stress lavoro correlato e al burnout. Gli Anestesisti Rianimatori, nel percorso di cura, sono a contatto con i pazienti critici, molto sofferenti, spesso in situazioni di emergenza, e di conseguenza il problema si amplifica. La promozione del benessere di questa categoria è quindi fondamentale in tutti i contesti lavorativi, ma una volta individuate e analizzate le criticità, bisogna mirarla".*

Studi internazionali rivelano che in Europa, l'incidenza dello stress lavorativo sui medici è del 28%. Tra gli Anestesisti Rianimatori la percentuale raggiunge il 50%.

Tra i principali fattori di stress sono stati individuati: mancanza di controllo sulla propria giornata lavorativa (83%), difficoltà nella conciliazione lavoro/famiglia (75%), aspetti legati al contenzioso medico legale (66%), problemi di comunicazione (63%) e infine problemi clinici (61%).

Altri studi rivelano che altri fattori di stress possono essere ricondotti a standard di lavoro (58%), alla gestione di pazienti critici (28%), alle responsabilità amministrative (41%), ai conflitti personali (35%), alle ostilità in relazioni professionali (25%) e

infine alle difficoltà che s'incontrano al di fuori dell'ambiente di lavoro (23%).

Il questionario, compilabile online in maniera anonima, presenta tre diverse tipologie di rilevazione: benessere organizzativo, grado di condivisione del sistema di valutazione e valutazione del proprio superiore gerarchico. Prevede 73 domande sui principali argomenti legati al luogo di lavoro e all'attività svolta: la sicurezza, il ritmo lavorativo, la percezione di benessere o malessere durante le ore di lavoro, la presenza o meno di discriminazioni, il rapporto con il collega e il superiore, il senso di appartenenza al gruppo, l'equità dell'amministrazione di riferimento, la validità dell'organizzazione e del sistema.

Sarà possibile rispondere alle domande, per 3 mesi, al termine dei quali i dati saranno elaborati e di seguito analizzati, con la collaborazione della Commissione interna Organizzazione e Immagine, allo scopo di individuare politiche adeguate al miglioramento della condizione lavorativa degli Anestesisti Rianimatori. A completamento del progetto, l'analisi del burnout e dello stress lavoro correlato, due ulteriori diversi strumenti di analisi, sempre compilabili on line.

*"Come sindacato non possiamo ignorare i dati che emergono dalle indagini internazionali - afferma Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC - i medici, e ancora di più i medici Anestesisti Rianimatori, sono spesso vittime dello stress lavoro correlato con un conseguente peggioramento della qualità della vita. È quindi nostro preciso dovere riuscire ad avere un quadro quanto più possibile definito di quale sia la situazione attuale in modo da calibrare al meglio l'attività sindacale e portare in sede di contrattazione nazionale e decentrata dati certi su cui ragionare. Non bisogna inoltre dimenticare - prosegue Vergallo - che il miglioramento delle condizioni lavorative produce anche un risparmio economico notevole per la pubblica amministrazione. I dati dell'European agency for safety and health at work parlano di un costo annuale stimato di 20 miliardi di euro per stress lavorativo, oggi al secondo posto come problema di salute legato al lavoro. I risultati di questa indagine saranno quindi importanti anche per una valutazione da parte dei decisori politici".*

## Anestesia Veterinaria

**Un nuovo gruppo di studio SIAARTI**

Per promuovere studi clinici e ricerche scientifiche di interesse comune all'anestesia umana e a quella veterinaria è nato all'interno della SIAARTI un nuovo gruppo di studio.

Tale obiettivo - si legge in una nota della Società scientifica - trova supporto nel movimento culturale One Health che riunisce medici, veterinari e ogni altra branca sanitaria, con le rispettive organizzazioni professionali quali l'American Medical Association (AMA), l'American Veterinary Medical Association (AVMA) e tante altre istituzioni internazionali, promuovendo la collaborazione interdisciplinare e la comunicazione in tutti i campi della salute umana, degli animali e dell'ambiente.

One Health intende accelerare la ricerca e implementare la formazione biomedica per favorire nuove scoperte nelle scienze della salute. In tale ambito l'anestesia costituisce una miniera di conoscenze, oggi ancora separate per specie, soprattutto sul funzionamento del cervello. Gli anestesisti inoltre, sono professionisti appassionati del fenomeno che governano, dotati di un elevatissimo standard etico mirato alla cura del dolore ed al benessere dei propri pazienti umani o animali. Il GdS in Anestesia degli Animali, che conta oggi 26 medici veterinari e una decina di medici umani, intende trasferire con ogni mezzo le reciproche conoscenze del fenomeno anestesia tra le due classi di professionisti per identificare e studiare i punti critici dell'anestesia dell'uomo e degli animali. I prossimi passi mirano ad allargare tale confronto all'ESA (European Society of Anaesthesiology), all'AVA (Association of Veterinary Anaesthesists) all'ASA (American Society of Anesthesiologists), e ad ogni altra organizzazione di anestesisti dell'uomo e degli animali che scelga di applicare i principi di One Health alla professione dell'anestesia.

## L'Agopuntura nel SSN?

**L'Emilia-Romagna dice Sì**

In Emilia Romagna, l'Agopuntura per la terapia del dolore entrerà nelle Linee Guida Regionali per l'erogazione di prestazioni di medicine non convenzionali.

Dolore ricorrente o cronico muscolo-scheletrico lombare, con o senza sciatalgia, profilassi della cefalea muscolo-tensiva e profilassi della cefalea emicranica. In questi casi, se si interviene con l'Agopuntura, il costo sarà a carico del SSN. Ma solo in Emilia Romagna, dove una delibera della Giunta Regionale, approvata dalla Commissione Politiche per la Salute e Politiche Sociali, ha stabilito che il servizio sarà gratuito per l'assistito.

Le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale dovranno definire le modalità operative per l'erogazione delle prestazioni, individuando le strutture pubbliche o private accreditate che erogheranno l'Agopuntura.

Le prestazioni potranno essere esercitate esclusivamente da professionisti, prioritariamente dipendenti aziendali o convenzionati, iscritti negli appositi elenchi dei professionisti esercenti l'Agopuntura istituiti presso gli Ordini Professionali provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

Nello stesso provvedimento si stabilisce inoltre la composizione dell'Osservatorio regionale per le "Medicine non convenzionali" (Omncer) composto da 17 membri, che rimarranno in carica fino al 30 giugno 2016.

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

### Apoptosi e apoteosi

Un capo, un direttore si trova a volte nella condizione di scegliere, tra i suoi collaboratori, colui che dovrà ricevere una promozione, o un premio, o anche solo un riconoscimento morale (che aiuta sempre il morale).

Se premia il meritevole, tutto va bene: è l'apoteosi per quel collega. Se però sceglie male, allora si verificano l'uccisione morale e l'ingiusta morte-apoptosi del giusto candidato. La necrosi del merito: la merito-tanasia; in un regime di demerito-crazia. E i resti necrotici dell'impegno, del coraggio, dello spirito di sacrificio, di dedizione e di iniziativa verranno funeralizzati nel corso di una cerimonia mesta e patetica.

Il capo, in abito scuro, celebrerà le esequie davanti alla "salmata", silenziosa (ovviamente) e ancora scioccata e tramortita (ovviamente). Pronuncerà le formule di rito, secondo la rituale ipocrisia e la faccia tosta dell'encomio postumo. "È stato un ottimo medico, un collega preparato, un collaboratore inimitabile".

Onore al merito! No, onoranze al merito! Il meritevole non è salito sul podio, non è passato sotto l'arco di trionfo. Invece della apoteosi, invece che sul carro trionfale, è salito sul carro funebre delle sue aspettative infrante.

"È solo questione di tempo; si tratta "solo" di aspettare la prossima occasione..." Sì, di aspettare nella sala d'aspetto, mentre l'altro è nella sala da pranzo, a brindare e gustare il "piatto" del giorno: l'elettroencefalogramma "piatto" del collega

in-giustiziato. In biologia, ci sono delle cellule che vengono sacrificate per il bene comune dell'organismo: non "muoiono", cioè non vanno incontro a "necrosi", ma per loro si usa il termine "apoptosi". Ippocrate coniò la parola *apò + ptosis* = caduta fuori, in riferimento alla morte delle foglie delle piante verdi per mantenere il ciclo vitale delle nuove cellule.

Onore all'apoptosi, dunque, creata per un perfetto equilibrio della società cellulare: un martirio necessario nella religione delle cellule. **L'apoptosi fa cose di importanza vitale per l'individuo:** controlla la costanza numerica delle cellule di un tessuto (le cellule in entrata devono essere esattamente quante sono le cellule in uscita), **elimina in modo "pulito" le cellule che abbiano subito un danno** (la cellula apoptotica si disgrega in numerosi frammenti che vengono rapidamente fagocitati dalle cellule vicine, che ne riciclano il contenuto), interviene nei meccanismi di sorveglianza contro lo sviluppo dei tumori.

Nel ricambio continuo degli organismi viventi c'è apoptosi perché ci sia apoteosi. Una legge naturale: della giungla, del pesce grosso. L'antilope, l'agnello, il pesciolino sfiliranno sempre dietro al carro del vincitore, se non saranno già stati divorati. È la legge del più forte, del "migliore" per forza.

Eppure, c'è ancora qualcuno che non lo dice soltanto "vinca il migliore", ma fa sì che "vinca" davvero il migliore. E lotta.

E riesce a vincere la buona battaglia. Anche se il nemico è il solito burattinaio che tira i fili e le fila. È, in certi ospedali, il mangiafuoco della sala operatoria: lui chiede i fili di sutura e tesse i fili (come il ragno per prendere la mosca) di una rete fitta fitta, quasi un reticolato (di filo spinato). E sul filo del rasoio lui fa camminare i subalterni, come acrobati sul filo del circo, ma senza rete.

Questo direttore-deus-ex-machina regola il ciclo cellulare del suo reparto attraverso una apoptosi "imperiale", tipo Nerone con Seneca: gli ordinò di togliersi la vita. Già, apoptosi per l'apoteosi.

Apoteosi (dal greco *apothèdo*, col significato di "rendere tra gli dei") o deificazione (dal latino *deum facere*) significa "divinizzazione" o, più in generale, "glorificazione". Con tali parole, nella Roma antica, l'Imperatore veniva riconosciuto come divinità, solitamente dopo la morte. Poi, c'è stato qualche imitatore, con aspettative di divinizzazione e di immortalità (kaiser, zar, führer, dux, director, eccetera).

Joseph Pulitzer ha scritto: "Non esiste delitto, inganno, trucco, imbroglio e vizio che non vivano della loro segretezza. Portate alla luce del giorno questi segreti, descriveteli, rendeteli ridicoli agli occhi di tutti e prima o poi la pubblica opinione li getterà via. La sola divulgazione di per sé non è forse sufficiente, ma è l'unico mezzo senza il quale falliscono tutti gli altri."

# QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

## DISTRIBUZIONE DELLE 38 ORE

**Quesito:** Se il mio orario di lavoro predisposto dal Responsabile di U. O. C. o da suo delegato prevede che le 38 ore settimanali contrattualmente dovute siano distribuite in soli 3 o 4 giorni, negli altri giorni della settimana in questione ho l'obbligo di prestare servizio o posso/devo stare a casa?



**Risposta:** Le 38 ore settimanali contrattualmente dovute, la cui predisposizione compete al Direttore di U. O. C., possono essere variamente distribuite nell'arco della settimana di riferimento. Secondo gli accordi sindacali decentrati dell'azienda, le suddette 38 ore possono essere computate, come media, nell'arco di un mese, o di un periodo temporale ragionevolmente più ampio preso a riferimento (p. es. un trimestre), ma sempre rispettando tale media settimanale, comprensiva delle ore dedicate alle attività c.d. "non assistenziali" (in primis l'aggiornamento professionale). L'orario svolto in eccesso, pertanto, può e deve essere recuperato nel medesimo arco temporale di riferimento, o al massimo entro un arco temporale successivo di pari durata, fermi restando, naturalmente, i limiti che l'orario di lavoro deve rispettare per legge (riposo giornaliero, riposo settimanale, etc.).

A.C.

## ORARIO DI LAVORO SU 5 O 6 GIORNI

**Quesito:** Il nostro orario di lavoro deve essere distribuito su cinque giorni o su sei giorni settimanali? Laddove è distribuito su cinque giorni, qualora si è di turno nel week end (il che, nella mia Azienda come in tante altre, significa essere impegnati in turni di guardia diurni e/o notturni per 12 ore nel sabato e per 12 ore nella domenica) quanti giorni di riposo settimanale non goduto devono essere recuperati?

**Risposta:** L'orario di lavoro del Dirigente medico può essere distribuito su cinque o su sei giorni settimanali, secondo gli accordi sindacali decentrati dell'azienda, e deve essere in linea con il comma 3 dell'art. 21 del CCNL del 05/12/1996, che recita:

"Nel caso che presso la struttura cui il Dirigente è preposto l'orario settimanale di lavoro sia articolato su cinque giorni, il sabato è considerato non lavorativo ed i giorni di ferie spettanti sono ridotti a 28 per i Dirigenti che hanno un'anzianità di servizio maggiore di tre anni e a 26 per quelli che hanno un'anzianità di servizio minore di tre anni".

In conseguenza di quanto sopra, il recupero della festività (riposo settimanale) va riferito solo alla domenica, in ogni caso senza riduzione del debito orario settimanale (quindi indipendentemente da quante ore tu abbia lavorato di domenica). Infatti, l'art. 22 del CCNL 05/12/1996 prevede quanto segue:

1. In relazione all'assetto organizzativo dell'azienda o ente e all'orario di lavoro di cui agli artt. 17 e 18, il riposo settimanale coincide di norma con la giornata domenicale. Il numero dei riposi settimanali spettanti a ciascun Dirigente è fissato in numero di 52 all'anno. In tale numero sono conteggiate le domeniche ricorrenti durante i periodi di assenza per motivi diversi dalle ferie.

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

## FERIE ESTIVE

**Quesito:** Nel nostro reparto abbiamo grossi problemi di organico, esiste un periodo di "ferie estive" obbligatorio di cui poter usufruire?

**Risposta:**

La norma è scritta sempre in maniera molto "elastica", lasciando spazio alle interpretazioni. La priorità, comunque, resta intesa all'erogazione del servizio.

2. Ove non possa essere fruito nella giornata domenicale, il riposo settimanale deve essere fruito, avuto riguardo alle esigenze di servizio.

3. Il riposo settimanale non è rinunciabile e non può essere monetizzato.

Altra questione è il recupero delle ore eccedenti l'orario di lavoro medio settimanale contrattualmente dovuto, per la quale è utile la risposta al quesito precedente.

A.C.

## TURNI DI SALA OPERATORIA

**Quesito:** L'attività di sala operatoria dello stesso Anestesista, iniziata alle ore 8, deve terminare alle ore 14? Se è necessario continuare la attività di sala dopo le ore 14 si può utilizzare l'anestesista per le urgenze?

**Risposta:** L'art. 8 del D.Lgs. 66/2003 recita: *Qualora l'orario di lavoro giornaliero ecceda il limite di sei ore il lavoratore deve beneficiare di un intervallo per pausa, le cui modalità e la cui durata sono stabilite dai contratti collettivi di lavoro, ai fini del recupero delle energie psico-fisiche e della eventuale consumazione del pasto anche al fine di attenuare il lavoro monotono e ripetitivo.*

Tale disposto normativo, già di per sé, impone la necessità di interrompere qualsiasi attività dopo 6 ore; in accordo ad esso, secondo un pregresso documento AAROI-SIAARTI del 12/12/1996, sui "Requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi" che riguardano il nostro lavoro, 6 ore, per ragioni di sicurezza (affidabilità del personale), rappresentano la durata dell'attività in sala operatoria. Inoltre, si ritiene inadeguato l'affidamento del prosieguo di sedute operatorie eccedenti le suddette 6 ore in capo all'Anestesista dedicato alle urgenze.

Richiamato tutto quanto sopra, resta necessario organizzare l'attività in sala operatoria con turni adeguatamente organizzati, al fine di non superare le 6 ore di attività, non solo per evitare inopportuni e pericolosi disaccordi quotidiani, ma anche al fine di non trovarsi in situazioni difficilmente tutelanti in caso di incidenti.

A.C.

## LEGGE 104 E LIBERA PROFESSIONE

**Quesito:** Chi usufruisce della legge 104 e quindi ha tre giorni liberi al mese può effettuare attività libero-professionale intramuraria e prestazioni aggiuntive?

**Risposta:** Il beneficio di legge in questione è finalizzato alla precisa esigenza di consentire all'interessato di dedicarsi esclusivamente, nelle tre giornate mensili previste, all'assistenza della persona per cui tale beneficio è stato concesso. Secondo l'interpretazione più applicata, a rigor di norma, la risposta al quesito è affermativa, purché non nelle 24 ore di ciascuno dei tre giorni in cui l'interessato gode del beneficio, né, evidentemente, nell'arco orario dei restanti giorni in cui sia, eventualmente, esentato dal lavoro. Per esempio, chi fruisce, in base alla legge 104 e/o per effetto di altre norme, dell'esonero da tutti i turni notturni, durante la fascia oraria notturna non può, evidentemente, effettuare attività incentivate, così come non può svolgere la sua attività lavorativa contrattualmente dovuta.

Per completezza di informazione, si sottolinea che l'attività libero professionale intramuraria e le prestazioni aggiuntive non potrebbero, sempre a rigor di norma, essere effettuate nei giorni di congedo per rischio anestesilogico e/o radiologico, né durante i riposi obbligati per festività o nei giorni di recupero di riposi non goduti.

A.C.

## PADRE IN ALLATTAMENTO E TURNI DI LAVORO

**Quesito:** Un padre in allattamento può fare le notti? Può fare ore aggiuntive? Può fare libera professione intramoenia? Può fare turni di dodici ore?

**Risposta:** Per quanto riguarda l'esenzione dal lavoro notturno del genitore lavoratore, il D.Lgs. n. 151 del 26 marzo 2001, all'art. 53 (legge 9 dicembre 1977, n. 903, art. 5, commi 1 e 2, lettere a) e b), così recita:

1. È vietato adibire le donne al lavoro, dalle ore 24 alle ore 6, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino.

2. Non sono obbligati a prestare lavoro notturno:

a) la lavoratrice madre di un figlio di età inferiore a tre anni o, in alternativa, il lavoratore padre convivente con la stessa;  
b) la lavoratrice o il lavoratore che sia l'unico genitore affidatario di un figlio convivente di età inferiore a dodici anni.

Di conseguenza, si ritiene che sia il padre abbia facoltà di effettuare turni notturni (non sussistendone un assoluto divieto) ma che non ne abbia l'obbligo. Al contrario, per la madre, esiste un preciso ed assoluto divieto nei limiti di quanto previsto dal comma 1.

Per quanto riguarda la possibilità di effettuare attività di libera professione intramuraria, si può fare riferimento all'art. 4, comma 12, del CCNL INTEGRATIVO del 22/02/2001, che disciplina l'accesso al part-time.

Il comma citato dispone infatti che "l'attività libero professionale intramuraria, comunque classificata, è sospesa per tutta la durata dell'impegno ad orario ridotto". Se, quindi, si interpreta come "orario ridotto" la situazione della riduzione oraria del padre (o della madre) per il periodo di allattamento, è chiaro che non sia possibile effettuare libera professione, comunque classificata (anche sotto forma di "prestazioni aggiuntive").

Per quanto riguarda il riferimento all'ultimo quesito (turni da 12 ore) occorre fare riferimento agli Art.39 e 40 del succitato D.Lgs. n. 151, che così recitano:

Art.39 - Riposi giornalieri della madre - (legge 30 dicembre 1971, n. 1204, art. 10)

1. Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili durante la giornata. Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore.

2. I periodi di riposo di cui al comma 1 hanno la durata di un'ora ciascuno e sono considerati ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro. Essi comportano il diritto della donna ad uscire dall'azienda.

3. I periodi di riposo sono di mezz'ora ciascuno quando la lavoratrice fruisca dell'asilo nido o di altra struttura idonea, istituiti dal datore di lavoro nell'unità produttiva o nelle immediate vicinanze di essa.

Art. 40. - Riposi giornalieri del padre - (legge 9 dicembre 1977, n. 903, art. 6-ter)

1. I periodi di riposo di cui all'articolo 39 sono riconosciuti al padre lavoratore:

a) nel caso in cui i figli siano affidati al solo padre;

b) in alternativa alla madre lavoratrice dipendente che non se ne avvalga;

c) nel caso in cui la madre non sia lavoratrice dipendente;

d) in caso di morte o di grave infermità della madre.

Da quanto sopra riportato, è evidente che non sia legittimo che un padre lavoratore, negli specifici casi citati dalla norma, effettui turni di 12 ore consecutive senza poter fruire dei riposi giornalieri previsti.

A.C.



Il CCNL del 05/12/1996, all'art. 21 comma 8, così recita:

"Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili. Esse sono fruito, anche frazionatamente, nel corso di ciascun anno solare in periodi programmati dallo stesso Dirigente nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'azienda o ente".

Ma poi continua:

"in relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, al Dirigente è consentito, di norma, il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre".

Il successivo comma 11 del medesimo art. 21, recita inoltre:

"In caso di indifferibili esigenze di servizio o personali che non abbiano reso possibile il godimento delle ferie nel corso dell'anno, le ferie dovranno essere fruito entro il primo semestre dell'anno successivo"

Per combinato disposto, la dizione "di norma" (in un contesto temporale di ben quattro mesi!) consentirebbe dunque, per indifferibili esigenze di servizio, di non concedere o, peggio, revocare i quindici giorni di ferie estive in questione.

Un buon organizzatore promuove quindi un piano ferie estive già dall'inizio dell'anno, avendo cura di garantire a tutti i suoi collaboratori quel periodo di recupero psicofisico contrattualmente previsto e costituzionalmente sancito, chiedendo per tempo alla Direzione strategica di far fronte alle carenze di organico che possono metterlo a rischio.

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

# **ISCRIZIONI 2014**

## **Medici Anestesiisti-Rianimatori di Emergenza e di Area Critica**

**per un adeguato riconoscimento  
della vostra qualifica professionale**

**per una giusta valorizzazione  
del lavoro che svolgete ogni giorno**

**per una corretta informazione  
sui vostri diritti e sui vostri doveri**

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

**la grande Associazione Sindacale alla guida dei Medici  
Anestesiisti Rianimatori, dell'Emergenza, e dell'Area Critica,  
a tutela dei 20.000 Specialisti che quotidianamente offrono  
il loro impegno e il loro contributo al nostro Sistema Sanitario**

***tutte le informazioni sulle modalità di iscrizione  
sono disponibili sul sito web [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)***