

# il nuovo Anestesista Rianimatore

LUGLIO - AGOSTO  
2014  
4  
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

## Patto Salute **Riforma della Pubblica Amministrazione**

### Firmata l'Intesa

Il 10 Luglio 2014, dopo un lungo percorso, è stato firmato il Patto per la Salute 2014 - 2016. Attraverso 29 articoli, l'Intesa affronta numerose questioni, a partire dalla definizione del Fondo Sanitario Nazionale, per il quale è stato fissato uno stanziamento di 109.928 miliardi di euro per il 2014, 112.062 per il 2015 e 115.444 per il 2016 con la specifica che i "risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie".

Il Patto entra anche nel merito dell'assistenza, con articoli dedicati alla riorganizzazione dei servizi territoriali, all'umanizzazione delle cure, alla lotta al dolore, all'emergenza, alla prevenzione e alle patologie croniche.

Vengono invece rinviate a Dicembre le revisioni dei ticket e dei LEA, mentre il numero di posti letto ogni 1.000 abitanti dovrebbe essere fissato a 3,7.

a pagina 4

### Il DL 90/2014, già in vigore, in attesa della conversione in Legge



Il Premier Renzi e il Ministro per la PA e per la Semplificazione Madia al Digital Venice dell'8 Luglio 2014

Il Decreto Legge 90/2014 ha dato attuazione alla prima parte della Riforma della Pubblica Amministrazione prevista dal Governo Renzi. Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del DL sono entrati in vigore, dal 25 Giugno, diversi articoli che impattano pesantemente anche sui Medici della Sanità Pubblica.

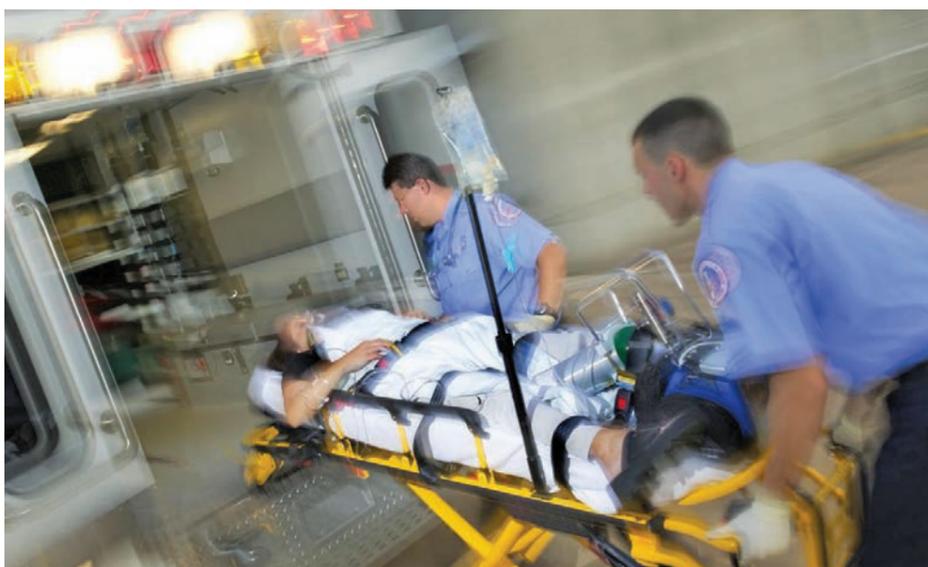
Si va dalla revoca dell'Istituto di trattamento in servizio all'allentamento del blocco del turnover, dalle modifiche per la Mobilità Volontaria e Obbligatoria alla riduzione del 50% dei diritti sindacali.

Cambiamenti previsti anche per la durata delle Scuole di specializzazione e per il numero dei posti, che da 3.300 passano a 5.000. Altre novità riguardano le patologie croniche. Viene infatti stabilito che la validità delle ricette passa da 60 a 180 giorni, con la possibilità di prescrivere fino a 6 pezzi per ricetta.

alle pagine 2 - 3

## Dolore in Emergenza: le Raccomandazioni

### Il Documento è nato dalla collaborazione di diverse Società Scientifiche



Sono state pubblicate le prime Raccomandazioni sul trattamento del dolore in emergenza.

La loro elaborazione è il frutto della collaborazione intersocietaria tra la Società Italiana di Anestesia Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), la Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SI-MEU), l'Italian Resuscitation Council (IRC), la Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (SIARED), la Società Italiana Sistema 118 (SIS 118), l'Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) e la Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT).

Le Raccomandazioni hanno lo scopo di dare una traccia per uniformare i percorsi terapeutici in tutte le strutture di emergenza sanitaria in Italia e forniscono indicazioni di massima, basate su evidenze scientifiche.

a pagina 11

## Caso Stamina

### Le OO.SS. intervengono

Dopo le Ordinanze di alcuni Tribunali italiani, intervenuti per dare seguito alla somministrazione della contestata terapia su piccoli pazienti, le Organizzazioni Sindacali, prima fra tutte l'AAROIEMAC, sono intervenute per esprimere solidarietà ai Colleghi e all'Amministrazione degli Spedali Civili di Brescia. I Sindacati hanno inoltre espresso tutto il disappunto possibile sulla delegittimazione operata nei confronti dell'autonomia professionale dei Medici.

"Registriamo - si legge nella nota dell'Inter-sindacale Medica pubblicata integralmente a pagina 6 - con sconcerto la crescente delegittimazione delle competenze mediche e sanitarie nella tutela del bene salute, condividendo in pieno, nel merito dell'appropriatezza delle cure, le chiarissime e unanimi posizioni dell'intera comunità scientifica nazionale ed internazionale, nonché della FNOMGeO".

a pagina 6

## Pagine Utili

### L'Anestesista e la sepsi in ostetricia

In questo numero, quattro pagine sono dedicate al consueto approfondimento scientifico. Il tema trattato è "La sepsi in ostetricia e il ruolo dell'Anestesista".

"La sepsi in gravidanza e durante il puerperio rappresenta un'importante causa di morte e di morbidità materna nel mondo. La maggiore morbidità della sepsi in ostetricia è dovuta alla morte fetale, insufficienza d'organo, malattia cronica infiammatoria delle pelvi, occlusione tubarica bilaterale, e sterilità. Un riconoscimento precoce e una risposta tempestiva sono indispensabili per una buona prognosi. L'Anestesista può avere un ruolo guida nella gestione della partoriente affetta da sepsi grave".

alle pagine 7 - 8 - 9 - 10

## Previdenza

### Modi e tempi per la liquidazione



Un approfondimento sulla circolare n.73 del 5 Maggio diffusa dall'INPS, che chiarisce le nuove regole del pagamento rateale e dei termini di erogazione dei Tfs e dei Tfr, introdotte dall'art.1, commi 484 e 485, della Legge 27 dicembre 2013, n.147.

Nella stessa pagina sono segnalate due sentenze, una su un caso di diagnosi sbagliata, l'altra sulla responsabilità del Primario.

a pagina 13

## Professione

### Anestesiisti, NON Eutanasisti

L'AAROIEMAC, a seguito di un'intervista sul fine vita rilasciata alla stampa da un Collega in pensione, è intervenuta, attraverso le parole del Presidente Alessandro Vergallo, per sottolineare la necessità di non creare confusione su un tema tanto delicato quanto importante.

"Le questioni etiche legate ai delicati temi della "fine vita" sono troppo complesse

per essere affrontate in questo modo. Il progresso scientifico e tecnologico è oggi molto più rapido di quello sociale e giuridico, ma proprio per questo motivo non può continuare ad essere terreno di scontro di differenti, e spesso individuali, posizioni culturali o religiose". In sintesi, agli Anestesiisti Rianimatori non può essere attribuita l'etichetta di "eutanasisti".

a pagina 14

## Riforma PA: ancora rigore senza equità...

**“Un’altalena di norme...Un balletto legislativo senza una regia coerente”**

Di seguito le osservazioni del Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo.

*“I provvedimenti sulla riforma della Pubblica Amministrazione approvati dal Consiglio dei Ministri venerdì 13 giugno sono l’ennesimo passo in avanti, stavolta magnificamente come “rivoluzionario”, sulla strada della cosiddetta “semplificazione”.*

*L’ultimo di quella che si rivela sempre più chiaramente come una lunga marcia, che ormai da almeno una mezza dozzina d’anni spinge il nostro Paese, in materia di lavoro e di previdenza, su un’altalena di norme spesso in contrasto con le precedenti.*

*Infatti, analizzando alcuni punti della riforma “Madia”, non si può fingere di ignorare i reiterati richiami all’abrogazione di misure che, all’epoca della loro rispettiva adozione, erano state a loro volta declamate dai Governi di turno come parimenti risolutive delle criticità del pubblico impiego: le stesse di oggi, e, presumibilmente, di domani.*

*Non si tratta, pertanto, nel suo complesso, di un “cambio di direzione”, ma di un balletto legislativo di cui si intravede non una regia coerente, ma una coreografia continuamente variata, con cambi di scena repentini e con sipari chiusi e poi riaperti.*

*D’altronde, pare che una “riforma” non possa essere definita tale se non presenta quasi unicamente elementi di durezza e intransigenza, apparentemente finalizzati a snellire la “burocrazia”, ma che in realtà altro non fanno che irrigidirla.*

*Tali sono le novità normative in tema di turnover, mobilità, mansioni; per quanto riguarda, invece, l’abolizione del trattenimento in servizio, e il divieto di incarichi a soggetti in quiescenza, è inutile sottolineare che non sono affatto una novità, così come è inutile ricordarne, nell’intermittenza normativa finora avvenuta, la loro costante e burocratica disapplicazione.*

*Nell’ambito delimitato alla sanità, a nostro avviso, gli unici elementi di novità si profilano essere quelli relativi all’incremento delle risorse previste per le specializzazioni post-laurea, il chiarimento sull’insussistenza dell’obbligo assicurativo per i professionisti pubblici dipendenti, e la semplificazione delle prescrizioni terapeutiche per le patologie croniche.*

*Ma, mentre sulla portata positiva di quest’ultima iniziativa non paiono esserci dubbi, non altrettanto può dirsi sulle altre due.*

*Il sostegno alla formazione specialistica, infatti, potrebbe sottendere, scientemente o meno, ad una successiva*

*spinta alla progressiva sostituzione, nell’assistenza sanitaria, dei medici specialisti con gli specializzandi, con il rischio di creare, tra qualche tempo, una crisi occupazionale post-specializzazione paradossalmente peggiore di quella attuale. Ecco perché non ci sentiamo di condividere, nel merito, le entusiastiche dichiarazioni di alcuni nostri giovani Colleghi.*

*Sul versante assicurativo, invece, finalmente si fa chiarezza su un principio che avrebbe dovuto essere chiaro sin nella prima stesura di quel pasticciato provvedimento noto come “Decreto Balduzzi”; ma, stanti lo stallo normativo e la deriva giurisprudenziale in tema di responsabilità professionale, la reale risoluzione delle problematiche legate al contenzioso sanitario viene così solo rinviata a data da destinarsi, e con una progettualità ancora oscura, ammesso e non concesso che ce ne sia almeno una.*

*Al contrario, non v’è alcun dubbio su un percorso comune a tutte le ultime legislature: il progressivo e ininterrotto svuotamento delle possibilità di esercizio delle prerogative sindacali. Questa riforma, nello specifico, prevede il dimezzamento complessivo di distacchi, aspettative e permessi, all’indomani, si badi bene, di un CCNQ siglato lo scorso 5 maggio e che li aveva già ridotti: che senso ha sottoscrivere un contratto se questo viene, a distanza di pochi giorni, demolito da un decreto governativo, destino comune a tutti i contratti di lavoro degli ultimi anni?*

*Una tale dilagante modalità di decontrattualizzazione collettiva del lavoro comporta inevitabilmente una grave difficoltà, per i Sindacati, nello svolgimento della loro funzione di interlocutori sociali, garantito, sempre più in teoria, dalla Costituzione.*

*Occuparsi di trattative richiede tempo a disposizione (oltre che preparazione, buona volontà e pazienza), tempo che, all’indomani della riforma, sarà sicuramente insufficiente: sembra quasi che la soluzione alla crisi occupazionale sia semplicemente di rendere inutile la contrattazione collettiva del lavoro, sostituendo di validità, per decreto, tutti quegli articoli di contratto “in contrasto” con le norme “emanande” nei vari provvedimenti più o meno urgenti in materia di impiego sia pubblico che privato, così come è accaduto anche in passato.*

*Il Premier Renzi avrebbe recentemente asserito, più o meno: “Il dialogo del datore di lavoro con i dipendenti non ha bisogno di essere intermediato dai Sindacati”. Può darsi, dato che la loro funzione precipua è di fatto ormai in buona parte soppressa, venendo meno il valore delle norme contrattuali.*

*“Pacta servanda sunt” pare essere un principio ormai abbandonato, nel mentre l’organizzazione del pubblico impiego viene sempre più affidata alla discrezionalità plenipotenziaria locale, all’unica condizione di contenere la spesa pubblica, intesa quasi esclusivamente come spesa per il personale dipendente, obiettivo beninteso necessario, ma che da solo resta insufficiente”.*

### Riflessioni sull’operato del Governo

È dell’11 Luglio 2014 la lettera, di cui riportiamo alcuni passaggi, pubblicata da “Il Fatto Quotidiano”

*Egregio Direttore, tutte le recenti iniziative del governo rappresentano ormai il crepuscolo dei principi democratici di questo Paese ... oggi basta aver acquisito il 40% dei voti espressi (e quindi non di coloro che hanno diritto al voto!), tra l’altro ad elezioni valide per il Parlamento Europeo e precedute dalla famosa decisione degli 80 euro solo ai dipendenti, per poter impunemente affermare di aver diritto a decidere su tutto, senza nemmeno prendere in considerazione eventuali motivati dissensi, che sono considerati semplicemente un intralcio di cui doversi sbarazzare ... attivando i giudizi più sprezzanti che additano al pubblico ludibrio coloro che non si allineano ...*

*I criteri ispiratori dell’azione governativa sono ormai solo quello demagogico e quello populista, notoriamente componenti essenziali della vera democrazia! Le Istituzioni vanno controllate e, se ciò non è possibile, semplicemente eliminate o rese inutili. Nulla e nessuno deve disturbare il manovratore del bulldozer, che come tale tutto appiattirà!*

*Ma mi chiedo questo grand’uomo, questo salvatore della Patria che abbiamo la fortuna di ritrovarci, chi lo ha mai eletto al posto che occupa? Quali elezioni nazionali ne hanno decretato il trionfo al punto da autorizzarlo a riscrivere la Costituzione a suo uso e consumo?*

*E chi oggi governa si rende conto che un giorno potrebbe diventare opposizione e soggiacere alle stesse regole? E su tutto questo, il Supremo Garante del Paese non ha proprio nulla da dire? Non lo turba il minimo dubbio sulla correttezza dei comportamenti del Governo? Prepariamoci, temo, alla lunga notte, con la speranza, però, del grande Eduardo De Filippo: “Adda passà”.*

Distinti saluti.

Antonio Amendola  
Presidente Regionale AAROI-EMAC Puglia

### I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL’AAROI-EMAC

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

- **PARERI AMMINISTRATIVI - LEGALI - PREVIDENZIALI**  
Sui rapporti di lavoro dei medici dipendenti e liberi professionisti
- **CONSULENZE MANAGERIALI**  
Sul controllo di gestione dei servizi sanitari
- **PARERI SU CONTRATTI, CONVENZIONI, FISCO, STATO GIURIDICO, ETC.**  
A cura dello Staff Tecnico e degli Esperti in materia
- **CORSI DI AGGIORNAMENTO, CONGRESSI, CONVEGNI, SEMINARI, EVENTI FAD ORGANIZZATI DALL’AAROI-EMAC E DALLA SIARED, PARTECIPAZIONE A CORSI DI SIMULAZIONE AVANZATA, CON L’ACQUISIZIONE DI CREDITI FORMATIVI ECM**
- **INVIO DEL PERIODICO UFFICIALE**  
“Il Nuovo Anestesista Rianimatore”, rinnovato e aggiornato
- **CONSULENZE E CONVENZIONI ASSICURATIVE PER:**
  - Responsabilità Civile e Professionale
  - Tutela Legale
  - Responsabilità Amministrativa
  - Altri Settori (in corso di attivazione)

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

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

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

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

#### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

**PRESIDENTE (SEGRETARIA)** • Dr ALESSANDRO VERGALLO • [aaroiemac@aaroiemac.it](mailto:aaroiemac@aaroiemac.it)  
**SEGRETARIO** • Dr ANTONINO FRANZESI • [franzesi@aaroiemac.it](mailto:franzesi@aaroiemac.it)  
**TESORIERE** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [amendola@aaroiemac.it](mailto:amendola@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE NORD** • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • [emilia-romagna@aaroiemac.it](mailto:emilia-romagna@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE CENTRO** • Dr FABIO CRICELLI • [toscana@aaroiemac.it](mailto:toscana@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE SUD** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**PRESIDENTE SIARED** • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • [paolicchi@aaroiemac.it](mailto:paolicchi@aaroiemac.it)  
**PRESIDENTE SIAARTI** • Prof MASSIMO ANTONELLI • [presidenza@siaarti.it](mailto:presidenza@siaarti.it)  
**COORDINATORE UFFICIO ESTERI** • Dr PAOLO NOTARO • [ufficioesteri@aaroiemac.it](mailto:ufficioesteri@aaroiemac.it)

#### CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

### il nuovo Anestesista Rianimatore

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

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

**Direttore Responsabile**  
ALESSANDRO VERGALLO

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

**Comitato di Redazione**  
GIAN MARIA BIANCHI  
POMPILO DE CILLIS  
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il  
25 Luglio 2014  
Tiratura: 10.600 copie  
Spedito il  
31 Luglio 2014

# Riforma PA: le novità che riguardano la Sanità

## Dopo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, il DL è approdato in Parlamento



La Riforma della Pubblica Amministrazione ha preso il via. Dopo il periodo di consultazione on line cominciato formalmente alla fine di aprile e terminato il 13 giugno con l'approvazione in CDM dei relativi provvedimenti, la prima parte della Riforma proposta dal Governo Renzi è diventata realtà. Il Decreto Legge 90/2014 - *Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari* è stato, infatti, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 24 Giugno. Il Provvedimento è ora al vaglio del Parlamento per l'approvazione definitiva entro i 60 giorni previsti dalla Legge.

La Riforma della PA sarà poi completata attraverso il Disegno di Legge di "delega al Governo per la riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", approvato in via definitiva il 10 Luglio.

Diverse le novità previste nel Decreto Legge 90/2014 che però potrebbero subire variazioni nel corso dell'iter parlamentare. Al momento è prevista la revoca, a partire dal mese di Ottobre, dell'Istituto del trattenimento in servizio, che consentiva di allungare la carriera oltre l'età pensionabile. Una circolare Inps-ex Inpdap ha però distinto i medici dal resto degli amministrativi consentendo ai responsabili di struttura complessa di andare in pensione - maturati i contributi - entro i 70 anni. A condizione che il trattenimento non implichi un aumento dei dirigenti in servizio. Punto questo su cui è stato presentato un emendamento per eliminare tale distinguo.

Il Provvedimento tocca anche la questione del blocco del turnover, "le amministrazioni dello Stato, le agenzie e gli enti pubblici non economici possono procedere, per l'anno 2014, ad assunzioni di personale a tempo indeterminato nel limite di un contingente di personale complessivamente corrispondente ad una spesa pari al 20 per cento di quella relativa al personale di ruolo cessato nell'anno precedente. La facoltà ad assumere è fissata nella misura del 40 per cento per l'anno 2015, del 60 per cento per l'anno 2016, dell'80 per cento per l'anno 2017, del 100 per cento a decorrere dall'anno 2018".

Per gli enti di ricerca il tasso del turnover sarà invece del 50% già nel 2015, anche se le spese per il personale non potranno oltrepassare comunque l'80% della spesa corrente.

Per quel che riguarda la Mobilità, il Decreto prevede una semplificazione: "per la Mobilità Volontaria tra le amministrazioni centrali dello Stato, non è più previsto l'assenso dell'amministrazione di provenienza. L'unico criterio posto è che l'amministrazione ricevente abbia un numero di posti vacanti superiore rispetto a quella cedente. Per la Mobilità Obbligatoria è fissato il limite di distanza di 50 chilometri tra le amministrazioni, entro il quale il dipendente può essere adibito a qualsiasi amministrazione o sede".

Altra novità è quella disposta dall'articolo 6, dove viene stabilito il divieto di conferire incarichi dirigenziali a chi è già pensionato; restano consentiti solo gli incarichi di consulenza conferiti a titolo gratuito.

Con l'articolo 7, dal primo Settembre saranno dimezzate le prerogative sindacali (distacchi,

permessi, aspettative), previste per il personale del pubblico impiego.

Entrando nel merito degli articoli che maggiormente riguardano il mondo sanitario, l'articolo 15 prevede la riduzione di un anno della durata delle Scuole di specializzazione medica a decorrere dall'anno accademico 2014-2015, oltre che un incremento di 6 milioni di euro per il 2014, di 40 milioni per il 2015 e di 1,8 milioni per il 2016, che farà salire da 3.300 a 5.000 i posti nelle scuole di specializzazione.

L'articolo 26 prevede una semplificazione per le patologie croniche: il medico potrà prescrivere medicinali fino ad un massimo di 6 pezzi per ricetta, purché già utilizzati dal paziente da almeno 6 mesi. In tal caso, la durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia. L'articolo 27 è poi integralmente dedicato alle "Disposizioni di semplificazione e razionalizzazione in materia sanitaria", con particolare attenzione alla materia assicurativa per "semplificare e razionalizzare le procedure già previste". Riguardo la costituzione di fondi assicurativi disposta dalla legge Balduzzi, il Decreto specifica che "la copertura assicurativa vale nei limiti delle risorse del fondo. Sarà poi il soggetto gestore a stabilire le misure di contribuzione per la costituzione del fondo e non la contrattazione collettiva". Viene inoltre chiarito che gli obblighi assicurativi previsti per i professionisti "non trovano applicazione nei confronti del professionista sanitario che opera nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio Sanitario Nazionale".

Lo stesso articolo stabilisce che i membri del Consiglio Superiore di Sanità vengano ridotti da 40 a 30. Dopo 30 giorni dall'entrata in vigore del Decreto Legge, i componenti in carica del CSS decadono automaticamente per poi essere ricostituiti, sempre in quella data, secondo la nuova disposizione. Viene infine stabilito che non è più necessaria la verifica di compatibilità con la Regione per la realizzazione di nuove strutture sanitarie e sociosanitarie.

"Abbiamo fatto un importante passo in avanti nel segno della semplificazione, dell'appropriatezza e delle regole a vantaggio di cittadini ed operatori sanitari - ha commentato il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, dopo il Consiglio dei Ministri del 13 Giugno.

Abbiamo prolungato la validità delle ricette per i malati cronici, superato l'obbligo di assicurazione per i medici del SSN, semplificato le procedure per le autorizzazioni necessarie per l'apertura di nuove strutture sanitarie e introdotto una rivoluzione sulla governance delle aziende sanitarie introducendo la selezione unica nazionale per la nomina dei direttori generali".

Il DDL delega prevederebbe appunto l'introduzione di una selezione unica nazionale per i direttori generali. I direttori dovranno possedere titoli professionali specifici, avere frequentato uno specifico corso universitario di formazione in gestione sanitaria. I direttori nominati dovranno poi garantire obiettivi di gestione, i Livelli Essenziali di Assistenza, l'equilibrio di bilancio e i risultati del Programma nazionale valutazione esiti.

### Alcuni punti del Provvedimento all'esame delle Aule 2000 emendamenti presentati in Commissione Affari Costituzionali

#### Trattenimento in servizio

Revocato l'Istituto del trattenimento in servizio, che consentiva di allungare la carriera oltre l'età pensionabile. Ai responsabili di struttura complessa sarebbe consentito, salvo modifiche, di andare in pensione - maturati i contributi - entro i 70 anni. A condizione che il trattenimento non implichi un aumento dei dirigenti in servizio.

#### Mobilità

Mobilità Volontaria: non è più previsto l'assenso dell'amministrazione di provenienza.  
Per la Mobilità Obbligatoria è fissato il limite di distanza di 50 chilometri tra le amministrazioni, entro il quale il dipendente può essere adibito a qualsiasi amministrazione o sede.

#### Prerogative Sindacali

Dal 1° Settembre 2014 è previsto il taglio del 50% di distacchi, aspettative e permessi sindacali già attribuiti dalle rispettive disposizioni regolamentari e contrattuali vigenti al personale delle pubbliche amministrazioni. La riduzione dei soli distacchi sindacali è operata con arrotondamento all'unità superiore.

#### Scuole di specializzazione

Si riduce di un anno la durata delle scuole di specializzazione medica a partire dall'anno accademico 2014-2015.  
Si autorizza un incremento di 6 milioni per il 2014, di 40 milioni per il 2015 e di 1,8 milioni per il 2016, che farà salire da 3.300 a 5.000 i posti nelle scuole di specializzazione.

#### Patologie croniche

La validità delle ricette per i malati cronici passa da 60 a 180 giorni. Per le patologie croniche, il medico può prescrivere medicinali fino a 6 pezzi per ricetta, purché già utilizzati dal paziente da almeno 6 mesi. In tal caso, la durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia.

#### Assicurazione Medici

L'obbligo di assicurazione previsto dal prossimo 14 agosto non si applica ai medici dipendenti pubblici del SSN.  
Vengono introdotte misure per istituire un fondo che supporterà i professionisti sanitari nel pagamento dei premi assicurativi, nei limiti delle risorse del fondo.

#### Autorizzazioni

Sono state semplificate le procedure per il rilascio delle autorizzazioni necessarie per l'apertura di strutture sanitarie. Viene in pratica eliminato l'obbligo del parere regionale relativo alla verifica di compatibilità con il fabbisogno sanitario.

#### CSS

I componenti del Consiglio Superiore di Sanità si riducono da 40 a 30. Dopo 30 giorni dall'entrata in vigore del Decreto Legge, i componenti in carica del CSS decadono automaticamente per poi essere ricostituiti, sempre in quella data, in numero ridotto.

#### L'amarozza dei Colleghi

Caro Presidente, la Riforma Renzi prevede che i pensionati possano assumere incarichi dirigenziali "a titolo gratuito". Questo consente a certi pensionati così reimmessi in servizio (chirurgi, ginecologi, etc.) di continuare ad incassare nel loro studio privato parcelle sostanziose da pazienti che si affidano a loro soprattutto per poter essere poi operati in ospedale, e di avere in tal modo una "gallina dalle uova d'oro" legalizzata (in barba alle regole sull'intra/extramoenia), e alle Aziende di continuare a non assumere i giovani. Occorre un intervento ai più alti livelli, affinché questa norma venga modificata, eliminando la frase "Sono comunque consentiti gli incarichi e le cariche conferiti a titolo gratuito".  
Un cordiale saluto, e grazie dell'attenzione.

D. G. (Anestesista Rianimatore)

Caro Presidente, in questa terra di deregulation/sperimentazione/flessibilità/razionalizzazione chi ci rimette sono sempre i soliti. Anni di mala-amministrazione, di mancato turnover, di carenze di organico, si è creata una voragine profonda che ha reso sempre più complicata la copertura dei posti vacanti. Questa carenza è particolarmente grave nelle sedi "scomode", distaccate, periferiche. Quelle, cioè, che fanno comodo alla politica locale, che ha guadagnato punti mantenendo caserme vuote in periferia, sede di personale spesso sottoimpiegato per carenze di tipo strutturale/organizzativo. Ebbene oggi, con un colpo di mano, si decide di coprire quelle sedi spostando i pedoni dal centro alla periferia. Il tutto come atto dovuto di riconoscenza all'Azienda. Ma come si può pensare di spostare un Collega a 50km, magari uno che già vive a 30 km dalla sede di partenza? E se il Collega non avesse l'auto? O la patente? Chi lo accompagna? Uno dei genitori? Senza considerare le spese di viaggio... Ma perché dovrei subire tutto questo per una scelta aziendale? Che autorità hanno per impormi questo? Credo sia arrivato il momento di dire BASTA...  
Grazie dell'ascolto! Con grande stima.

Decio Viscidi  
Consigliere Regionale AAROI-EMAC Toscana

#### La risposta del Presidente

Carissimi, le vostre osservazioni appaiono senz'altro condivisibili. Pur dovendo constatare che l'attuale Governo ha già dato ampia riprova di essere contrario a discutere con le OO.SS. qualunque riforma, potete star certi che l'azione di contrasto svolta quotidianamente dalla nostra Associazione avverso quest'imperante autoritarismo non cesserà di certo. Un cordiale saluto.

Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

# Approvato il Patto per la Salute 2014 - 2016

**Dopo un lungo iter, testo firmato il 10 Luglio dalla Conferenza Stato-Regioni**

Con la firma del 10 Luglio 2014, l'iter del Patto per la Salute 2014 - 2016 si è definitivamente concluso. Toni entusiastici del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e dei Rappresentanti delle Regioni, meno soddisfatti i Sindacati Medici, per nulla coinvolti nell'Accordo. Il documento, composto da 29 articoli, tocca diversi punti cruciali della sanità italiana, primo fra tutti il Fondo Sanitario Nazionale, al quale è dedicato proprio l'articolo di apertura. Diverse invece le questioni rinviate ai prossimi mesi, come nel caso dell'aggiornamento dei LEA.

Di seguito la sintesi di alcuni articoli presenti nel Patto:

## FONDO SANITARIO NAZIONALE

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a 115,444 nel 2016. La suddivisione del Fondo tra le Regioni dovrà rispettare nuovi criteri, che premiano le regioni più virtuose dal punto di vista della spesa. Nel Patto si sottolinea come i risparmi che deriveranno dall'applicazione delle misure di contenimento della spesa dovranno rimanere nella disponibilità delle Regioni ed essere utilizzati per fini sanitari.

## ASSISTENZA OSPEDALIERA

Adozione immediata del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi previsti dal decreto 95/2012 dell'ex Ministro Balduzzi. Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un'intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio.

## UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Le Regioni si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

## ASSISTENZA TERRITORIALE /OSPEDALI DI COMUNITÀ

Entro 6 mesi dalla firma del Patto le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) e le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) per la medicina convenzionata costituiranno "le uniche forme di aggregazione delle cure primarie" in cui "confluiscono le diverse tipologie di forme associative" realizzate nelle varie Regioni. Nelle AFT e nelle UCCP dovrà essere prevista una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

Stato e Regioni dovranno poi stipulare un Accordo entro il 30 ottobre 2014 per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi degli Ospedali di Comunità in cui l'assistenza medica sarà assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi.

In relazione agli stati vegetativi, le Regioni dovranno provvedere a definire per i pazienti soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali Unità di accoglienza permanente.

## EMERGENZA/URGENZA

L'Agenas dovrà definire il bacino di utenza delle Centrali 118 che coordinano e gestiscono le richieste di soccorso in relazione alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche allo scopo di rendere più efficiente il sistema. Un accordo Stato Regioni dovrà poi definire i criteri per l'accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario, definendo la dotazione delle attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i

requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato per garantire l'erogazione uniforme e in linea con le norme europee. Sarà poi introdotto il numero unico europeo di emergenza 112, che sarà recepito dalle centrali operative del 118.

## SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di inappropriata.

## PIANO NAZIONALE CRONICITÀ

Il Ministero della Salute dovrà predisporre il Piano delle cronicità entro il 30 dicembre 2014 che dovrà poi essere approvato in Stato Regioni.

## TICKET

I contenuti della revisione dovranno essere definiti entro il 30 novembre 2014. Si indica come necessaria una revisione delle regole. "Il sistema dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa".

## SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Sarà istituita una commissione permanente costituita dai Ministeri dell'Economia e delle Finanze, da quello della Salute, dalle Regioni e dall'Agenas per aggiornare le tariffe massime per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché per l'assistenza protesica.

## LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

L'articolo 10 stabilisce che i LEA dovranno essere rivisti entro il 31 dicembre 2014. Dispone inoltre che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali da essi previsti costituisce per i direttori generali un "grave inadempimento contrattuale" che implica la decadenza automatica.

## PIANI DI RIENTRO

I Piani di Rientro delle Regioni diventano Piani di riorganizzazione, qualificazione e rafforzamento dei Servizi Sanitari Regionali. Nel Patto si conviene sulla necessità di "perfezionare l'inquadramento normativo dato al commissariamento delle Regioni che non rispettano gli obiettivi del piano di rientro alla luce di alcune criticità riscontrate nelle esperienze pregresse". Vengono fissati nuovi obiettivi e viene stabilita l'incompatibilità tra il ruolo dei commissari e l'affidamento di incarichi istituzionali.

## COLLEGI SINDACALI

Viene rivista la composizione dei collegi sindacali delle aziende sanitarie, che dovranno essere composti da tre membri, di cui uno designato dal presidente della Regione, uno dal Ministro della Salute e uno dal Ministro dell'Economia. La nomina avviene sulla base di requisiti che garantiscano standard di elevati qualificazioni professionali.

## EDILIZIA SANITARIA

Sarà rivista la normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazione degli ambienti.

## SANITÀ DIGITALE E CABINA DI REGIA DEL NUOVO SISTEMA INFORMATICO SANITARIO

Regioni e Governo sigleranno, entro 30 giorni dall'intesa sul Patto, un Patto per la Sanità Digitale. Nel Patto anche il Piano di Evoluzione dei Flussi, che si sviluppa su un orizzonte temporale

triennale ed è predisposto dalla cabina di regia del NSIS, i cui compiti, composizione e modalità di funzionamento saranno rivisti entro 90 giorni dalla stipula del Patto.

## PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Confermata la destinazione di 200 milioni annui per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi di Piano sanitario nazionale (240 milioni).

"È fondamentale - si legge nel testo - il reperimento delle fonti di finanziamento, l'individuazione delle possibili sinergie tra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la valorizzazione delle risorse già presenti nel Ssn".

## INTRAMOENIA

Accordo sulla necessità di dare "piena attuazione" alla Legge 12/2007 (legge Turco) e alle modifiche ad essa apportate dalla legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) per consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio dell'intramoenia all'interno dei presidi e superare definitivamente il regime, ormai da tempo affidato a deroghe, dell'intramoenia allargata.

## GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Nel testo si parla della necessità di valorizzare le risorse umane del SSN per garantire una nuova organizzazione del SSR, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, servizi territoriali e presa in carico delle cronicità e delle non autosufficienze. La volontà è di innovare l'accesso delle professioni sanitarie al SSN, di ridisciplinare la formazione di base specialistica e lo sviluppo di carriera con misure in grado di garantire maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale a livello aziendale. A tal fine si indica nel Patto l'istituzione di un Tavolo politico per individuare soluzioni normative anche in base a quanto accade negli altri Paesi Ue.

## ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'AIFA dovrà provvedere ad aggiornare il prontuario farmaceutico dei medicinali rimborsabili sulla base del criterio costo/beneficio ed efficacia terapeutica, prevedendo prezzi di riferimento per le categorie terapeutiche omogenee. Si richiede di rivedere la normativa affinché l'autorizzazione all'immissione in commercio dei nuovi farmaci (AIC) e la definizione del regime di rimborsabilità avvengano nello stesso momento. È inoltre specificato che sarà sostenuta solo l'innovazione terapeutica "reale, importante e dimostrata" e una volta decisa da AIFA l'equivalenza terapeutica di un farmaco, l'atto dovrà valere su tutto il territorio nazionale. Le centrali di acquisto regionali dovranno essere in numero sempre minore in modo da garantire prezzi più omogenei in tutto il Paese.

## DISPOSITIVI MEDICI

Vengono definite le modalità per l'applicazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici.

## MONITORAGGIO DEL PATTO

Il Patto con il penultimo articolo istituisce un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, "a cui è, tra l'altro, demandata l'elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario".

### L'Accordo in pillole - Fonte Il Sole 24 Ore

#### LE RISORSE

Le risorse 2014-2016 sono 337,5 miliardi, si ampliano investimenti ed edilizia sanitaria e tutti i risparmi rimangono alle Regioni per finalità sanitarie

#### TICKET ED ESENZIONI

La revisione di ticket ed esenzioni si farà a dicembre. Sono da garantire equità e universalismo e ci si baserà sul reddito e la composizione del nucleo familiare

#### MEDICINA DI BASE

La medicina di base si svolgerà in strutture di gruppo tra professionisti. Sono previsti anche ospedali di comunità, una rete per la riabilitazione e l'accreditamento per le strutture di emergenza

#### E-HEALTH

Regioni e Governo hanno trenta giorni per stipulare un patto sulla Sanità digitale per eliminare gli ostacoli nella diffusione dell'e-health ed evitare realizzazioni parziali come avvenuto fino a oggi

#### IL PRONTUARIO

In arrivo il nuovo Prontuario secondo criteri costi/benefici, con prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee. E valutazione con l'Health Technology Assessment

#### I POSTI LETTO

I posti letto per mille abitanti saranno 3,7 (3mila-3.500 meno di ora), nessun taglio alle piccole case di cura e la continuità assistenziale a domicilio del paziente

#### I PIANI DI RIENTRO

I piani di rientro diventano di riorganizzazione e dovranno evidenziare anche i progressi. Con i nuovi commissariamenti, i governatori non saranno più commissari ad acta per incompatibilità

#### IL PERSONALE

Tavolo entro dicembre per un nuovo accesso nel Ssn del personale, inclusi neo medici e formazione specialistica. Saranno premiate flessibilità di carriera e gestione nelle aziende sanitarie pubbliche

## Linee Guida italiane sulla fecondazione eterologa: lavori in corso

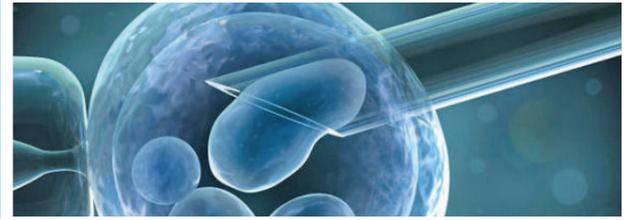
### Per la donna, 10 giorni di stimolazione e anestesia generale il giorno del prelievo

Vedranno prossimamente la luce le prime Linee Guida italiane per la fecondazione eterologa, quella che prevede donazione di gameti estranei alla coppia. Le Linee Guida, che daranno indicazioni e indirizzi esclusivamente di carattere medico, vorrebbero essere di aiuto in un momento di cautela sul come procedere, dopo la sentenza della Corte Costituzionale che ha definitivamente archiviato uno dei divieti più discussi della legge 40.

Di seguito alcune delle indicazioni che potrebbero essere contenute nelle Linee Guida: garanzia del diritto di anonimato del donatore (ma invito ad avvertire nel caso poi si verificassero malattie successive alla donazione); counseling psicologico sia per chi dà

che per chi riceve; nessun limite d'età stabilito, anche se da un punto di vista medico sarà sconsigliato andare oltre i 50 anni; rimborso spese da valutare accuratamente per non correre il rischio di finire in una sorta di commercio ma nel rispetto delle difficoltà alle quali il donatore si espone. Per la donna, la donazione prevede dieci giorni di stimolazione con 1-2 punture sotto cute al giorno, ecografie ed esami del sangue e un'anestesia generale il giorno del prelievo. Tra le possibilità al vaglio c'è anche chi propone che questi trattamenti siano compresi nei LEA almeno per alcune categorie di pazienti (menopausa precoce, patologie ovariche da chemioterapia o malattie genetiche) ma tra le pro-

poste e il contenuto delle Linee Guida ufficiali c'è ancora tanto lavoro da fare e tante opinioni diverse da uniformare.



## Approvato il nuovo Titolo V

### Le modifiche riguardano gli articoli 117 e 119

La commissione Affari Costituzionali del Senato ha approvato il nuovo Titolo V della Costituzione. Le modifiche riguardano gli articoli 117 e 119. Rispetto al testo del Governo, aumentano le competenze per le Regioni.

Le modifiche prevedono all'art.117 che allo Stato spettino le competenze sul coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, sui mercati finanziari oltre che sui mercati assicurativi, sulla produzione, sul trasporto e distribuzione nazionali dell'energia, sulle infrastrutture strategiche, sulle grandi reti di trasporto e navigazione d'interesse nazionale, e sui porti e sugli aeroporti di interesse nazionale e internazionale.

Alle Regioni spetterà invece il potere di legiferare su "pianificazione del territorio regionale e mobilità al suo interno; dotazione infrastrutturale, programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali; promozione dello svi-

luppo economico locale e organizzazione in ambito dei servizi alle imprese e in materia di servizi scolastici; istruzione e formazione professionale; promozione del diritto allo studio, anche universitario, di disciplina, per quanto di interesse regionale, delle attività culturali, della valorizzazione dei beni ambientali e paesaggistici, di valorizzazione e organizzazione regionale del turismo, di regolazione, sulla base di apposite intese concluse in ambito regionale, delle relazioni finanziarie tra gli enti territoriali della Regione per il rispetto degli obiettivi programmatici regionali locali di finanza pubblica, nonché in ogni materia non espressamente riservata alla competenza dello Stato".

Le novità del Titolo V non si applicano alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano, fino all'adeguamento dei rispettivi statuti (che però al momento non è in programma).

## DDL Lorenzin spezzato in due?

### Si separano i temi caldi dalle altre materie

Sarà forse diviso in due parti il DDL Omnibus di Beatrice Lorenzin. Da una parte gli attuali articoli fino all'8 e l'articolo 10, che sono quelli in cui si tratta della sperimentazione clinica, dell'aggiornamento dei LEA sul dolore nel parto e della maxi-riforma attesa da anni delle professioni sanitarie con le norme sugli Ordini dei Medici, dei biologi, degli psicologi, la costituzione degli Ordini per le professioni sanitarie e poi gli articoli sull'abusivismo, le farmacie e la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute.

Dall'altra parte quella che contiene l'articolo

9 di delega al Governo per l'adozione di un testo unico della normativa vigente sugli enti vigilati dal Ministero della Salute e poi tutti quelli sulla salute animale, la sicurezza alimentare e la sicurezza veterinaria e per la prevenzione, quella del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica e dai rischi connessi all'uso di sigarette elettroniche e sanzioni per vendita e uso scorretto e l'articolo sui divieti di mutilazioni.

La scelta sarebbe fatta soprattutto per separare il dibattito sulla riforma degli Ordini e delle professioni sanitarie dalle altre materie.

UE/1

## Boom di denunce

### Il contenzioso medico legale in aumento in tutta Europa



In Europa negli ultimi 10 anni il fenomeno del contenzioso medico legale e delle denunce è cresciuto in modo esponenziale: tra il 200 e il 500% in Germania, Italia e Spagna, del 50% in Gran Bretagna e nei Paesi Scandinavi.

Secondo gli esperti la forte crescita del fenomeno si è accompagnata ad un proporzionale aumento dei costi della copertura dei sinistri, stimato - dallo European Hospital and Healthcare Federation (Hope) Standing Committee - in misura superiore al 200%.

Quello che la categoria dei Medici chiede all'Europa è quindi non solo un monitoraggio più puntuale del fenomeno in tutti gli Stati e in particolare in quelli in cui il fenomeno è più marcato, ma anche una vera e propria legislazione che uniformi responsabilità professionale e coperture assicurative a tutela di Medici e pazienti.

UE/2

## Transfrontaliera sì o no?

### La Corte di Giustizia Ue mette paletti alla Schengen della Sanità

Battuta d'arresto per la "Schengen sanitaria", introdotta dalla Direttiva 24/2011/UE entrata in vigore in Italia il 5 aprile scorso, dopo il recepimento del Dlgs 38 del 4 marzo 2014. La Corte di giustizia europea ha riconosciuto di recente che uno Stato membro è obbligato ad autorizzare la prestazione sanitaria in un altro Stato dell'Unione quando non può garantirla sul proprio territorio per una "carezza di carattere contingente e transitorio", ma sottolinea, che "in caso di problemi di carattere strutturale, lo Stato membro non è obbligato ad autorizzare la prestazione di tale servizio in un altro Stato".

Si cerca dunque di evitare l'emigrazione di massa di pazienti da uno Stato con un Servizio Sanitario che non ha i mezzi e le competenze per assicurare prestazioni complesse ai propri cittadini. Se infatti questo Stato dovesse poi rimborsare le spese per gli interventi effettuati in altri Paesi dell'Unione europea, rischierebbe la bancarotta. O, comunque, andrebbe in tilt il sistema del welfare.

L'obbligo sussisterà quindi solamente se l'autorizzazione non metterà in pericolo la sostenibilità economica del sistema di previdenza sociale dello Stato patria del paziente che chiede la prestazione all'estero.

## SSN: manca vision globale

### Bacchettata della Corte dei Conti nella Relazione sul rendiconto

"Fare il minimo indispensabile non basta, soprattutto in un settore come quello sanitario dove, a fronte di risultati soddisfacenti sotto il profilo dei tagli alla spesa, manca una vision organica e strategica in grado di imprimere un decisivo cambio di passo al nostro SSN". La Corte dei Conti non usa mezzi termini nella Relazione sul rendiconto generale dello Stato 2013. Mancano, si legge nella relazione, "interventi significativi per le varie criticità sostanziali che affliggono da tempo il nostro Sistema Sanitario, dimostrando nuovamente l'evidente difficoltà di giungere a convincenti soluzioni". Tanto che "bisognerà interrogarsi sulla ulteriore sostenibilità di una eccessiva contrazione delle risorse da destinare al settore, senza prima affrontare il vero nodo del problema, rappresentato da una coerente riqualificazione della spesa da sostenersi, da depurare innanzitutto da fenomeni di "mala gestio" e da sprechi, spesso dovuti a deficienze organizzative che andrebbero risolte con sollecitudine. Non si tratta solo di eliminare sprechi e di riorganizzare le modalità di produzione e di accesso ai servizi. Occorre affrontare direttamente il tema della sostenibilità futura di un sistema di prestazioni di servizi alla collettività (dalla salute e istruzione alle imprese e all'ambiente)".



## Specializzazioni: concorso a ottobre

### Per la prima volta la selezione sarà nazionale

È in arrivo il decreto che trasforma da locale a nazionale il concorso per l'ingresso nelle Scuole di specializzazione in Medicina. Il Ministro Stefania Giannini ha già firmato il provvedimento, che è ora in attesa del vaglio della Corte dei Conti per essere pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Subito dopo il Miur emanerà il bando per il concorso che si terrà nel mese di ottobre.

Per essere ammessi bisognerà superare una selezione per esami e titoli. Per la prova scritta (110 quesiti a risposta multipla) un'unica Commissione nazionale - composta da un Direttore di una Scuola di Specializzazione, con funzioni di Presidente, e da cinque professori universitari per ciascuna delle tre Aree - validerà i quesiti che saranno proposti ai candidati. Spetta sempre alla stessa Commissione specificare i criteri per l'attribuzione del punteggio relativo ai titoli e

quelli per l'approvazione della graduatoria unica nazionale per ciascuna scuola.

Ciascun candidato, al momento della domanda, potrà scegliere di concorrere per l'accesso fino a due tipologie di Scuola di Specializzazione per ciascuna Area (Medica, Chirurgica, Servizi Clinici). I posti a disposizione saranno 5.000 (lo scorso anno erano 4.500 e il MEF ne voleva assegnare soltanto 3.300). Gli specializzandi dovranno essere pagati 1.600 euro al mese per l'intera durata del corso. I 5.000 posti pagati dallo Stato, potrebbero però aumentare: c'è infatti la possibilità per Regioni, enti pubblici, enti privati, fondazioni e onlus, di adottarne altri ma con un'accortezza: nessuno potrà scegliere il proprio candidato. Entreranno via via i primi esclusi nella graduatoria nazionale del concorso di ottobre. Questo per evitare favoritismi o criteri che esulino dal merito.



## Esami saltati senza disdetta? Multa

### La Toscana ha emesso sanzioni per 190mila euro

Hai prenotato un esame ma poi non ti sei presentato e non l'hai disdetto ingolfando tra l'altro le liste d'attesa? C'è la multa. L'Asl di Firenze è tornata in posta e dopo lo scorso novembre (quando ha recuperato 25mila euro) ha inviato ottomila avvisi "bonari" per la mancata disdetta di una prestazione sanitaria: 190mila euro di sanzioni da pagare entro 60 giorni dal ricevimento dell'avviso. Chi riceverà la comunicazione troverà nella busta anche un modulo utile per l'eventuale "appello".

Gli importi vengono recuperati perché l'ar-

ticolo 7 della Legge Regionale 81/2012, per razionalizzare la spesa sanitaria, prevede che "al fine di consentire una più efficiente gestione delle liste di attesa da parte delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale" l'assistito debba "disdire la prenotazione di prestazioni specialistiche e diagnostico-strumentali, almeno 48 ore prima della data fissata. Qualora non lo facesse, anche se esente, dovrà pagare una sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di compartecipazione al costo della prestazione".

# Stamina: AAROI-EMAC e OO.SS. scendono in campo

Piena solidarietà ai Colleghi degli Spedali Civili di Brescia dopo le Ordinanze dei Tribunali

## Il Comunicato stampa dell'Associazione

18 Giugno 2014

Le numerose e vibranti proteste conseguenti agli ultimi sviluppi della complicata vicenda "Stamina" non sono riuscite a sollevare, almeno finora, l'assordante silenzio degli Organismi di autogoverno della magistratura, calato come un sipario sulla sentenza del Tribunale di Pesaro, ultima di una serie, che il 5 giugno scorso ha provveduto per la prima volta, con uno spettacolare escamotage giuridico-amministrativo, alla nomina di un "commissario ad acta" affinché presso gli Spedali Civili di Brescia ad un bimbo affetto dal morbo di Krabbe fosse somministrato il trattamento in questione.

In tal modo si è dato inizio ad una sequela di paradossi, verificatisi anche attraverso sconcertanti commistioni di compiti "ausiliari" di Organismi amministrativi con ruoli sanitari, e si sono realizzate le più inimmaginabili condizioni, come disposto dalla sentenza, per l'aggravamento dell'intervenuta indisponibilità dei medici bresciani alla somministrazione di un "protocollo terapeutico" della cui absurdità ormai chiunque è al corrente, anche sull'ampissima base dei retroscena riportati nel tempo, e con un'abbandonata dovizia di particolari, dai media nazionali ed internazionali.

La questione è ormai talmente conosciuta e dibattuta, non solo dagli "addetti ai lavori", ma dall'intera opinione pubblica, che è del tutto inutile ripercorrerne l'inconcepibile iter.

Ciò che invece diviene finalmente diagnosticabile, dalle ultime vicende di cronaca, è la malattia ingravescente da cui è affetto il nostro SSN: l'ingovernabilità; nella vicenda "Stamina", una sequela di provvedimenti adottati in Tribunale ha potuto condurre al disconoscimento di qualunque regola sull'erogazione delle cure sanitarie.

L'AAROI-EMAC condivide in pieno, nel merito, le chiarissime e unanimi posizioni dell'intera comunità scientifica nazionale ed internazionale, nel mentre, per quanto riguarda la loro valenza formale e sostanziale, ne registra con desolazione la delegittimazione operata da certe sentenze, sull'onda di una malintesa e distorta azione giuridica di tutela del bene salute. Una tutela sempre più esplicitamente sottratta alla scienza e alla coscienza dei medici, anche a causa e a favore di certe aspettative di pazienti e familiari ("le prime vittime", come le ha definite la FNOMCeO), comprensibili sul piano umano, ma la cui strumentalizzazione ad arte non può di certo pretendere di rendere giustificabili su quello operativo.

Ecco perché la nostra Associazione Sindacale, che opera oggi più che mai in stretta sinergia con le Società Scientifiche di categoria, conferma, come sempre ha fatto in loco, la massima solidarietà ai Colleghi e all'attuale Amministrazione degli Spedali Civili di Brescia, che hanno ereditato scelte pregresse ancora al vaglio della magistratura, condivide la posizione della FNOMCeO e ribadisce che, allo stato attuale, nessuno può autorizzare né imporre procedure scientificamente non validate, o addirittura minacciare persecuzioni giudiziarie contro chi non si adegua alle più o meno "forti" pressioni in tal senso.

"A Brescia è morto lo Stato italiano" ha amaramente commentato la Sen. Cattaneo pochi giorni fa: anche se al peggio non c'è limite, vogliamo sperare che non sia così, e che esso abbia subito "solo" un durissimo colpo.

"È necessario riportare la vicenda in un ambito scientifico. Gli altri ambiti si sono dimostrati molto deboli" ha affermato ieri il Ministro Lorenzin in Commissione Igiene e Sanità del Senato. Appunto. Laddove si crea un vuoto, esso viene inevitabilmente riempito. Ma la magistratura colma i vuoti lasciati dalla politica, e insieme esse creano un vuoto di governance sanitaria del SSN, colmato poi dall'una o dall'altra in maniera pantocratica e/o discrasica secondo i rapporti di forza del momento. Ma se il primo problema non rientra negli ambiti di interesse dell'AAROI-EMAC, altrettanto non può certo dirsi per quanto riguarda il secondo: la politica e la magistratura tornino a fare ciascuna la propria parte, e restituiscano ai medici la loro, beninteso nel rispetto delle regole, che nel SSN sono oggi sempre più latitanti anche a causa della progressiva emarginazione dei Sindacati, che in questi giorni sta raggiungendo il fondo per determinata intenzione dell'attuale Governo.



Da oltre 2 anni si parla in Italia della vicenda Stamina. Il caso ha coinvolto medici, pazienti, associazioni oltre all'opinione pubblica in un alternarsi di speranze, smentite, scoop mediatici.

Mentre da una parte dilagava la sensazione che si trattasse di una cura miracolosa, dall'altra, soprattutto a livello internazionale, sono stati in tanti che fin da subito hanno dato l'allarme sul pericolo della diffusione di una terapia non scientificamente testata. Il risultato è, ancora oggi, un'incredibile confusione che vede l'alternarsi di prese di posizione da parte di chi mette in guardia su una terapia priva di sperimentazione con l'intervento di Tribunali che intimano di procedere con l'infusione della contestata terapia. Tra giugno e luglio, infatti, sono diversi i Tribunali (Pesaro, Catania, Venezia, Trapani e L'Aquila) che si sono espressi a favore dell'induzione di staminali secondo il metodo Vannoni.

L'ordinanza del Tribunale di Pesaro ha imposto che un bambino affetto dal morbo di Krabbe facesse subito le infusioni di staminali agli Spedali Civili di Brescia. Altri Magistrati avevano già preso la stessa decisione, ma negli ultimi mesi senza alcun esito, perché i medici della struttura lombarda a marzo si erano dichiarati indisponibili a collaborare con Stamina. Per "aggirare" l'ostacolo l'ordinanza del Tribunale di Pesaro ha disposto che Mario An-

dolina, Vice Presidente di Stamina Foundation, diventasse suo ausiliario e che, per quel caso, si potesse comportare come commissario straordinario degli Spedali Civili di Brescia, prendendo i poteri di Direttore Generale e al limite lavorando in quell'ospedale. Lo stesso Andolina ha infatti somministrato personalmente la terapia coadiuvata dalla biologa di Stamina Erica Molino, mentre nessun dipendente dell'ospedale si è sentito di prendere parte al procedimento.

A pochi giorni dall'Ordinanza del Tribunale di Pesaro, il 22 giugno il Tribunale di Venezia ha ordinato agli Spedali Civili di Brescia "di attivarsi per reperire entro 30 giorni o al proprio interno o comunque sul tutto il territorio nazionale, un'equipe completa (medico anestesista, medico per le infusioni e infermiere) che assieme alla biologa di Stamina proceda con le somministrazioni delle staminali preparate secondo il metodo Vannoni a una bimba malata di Sma I". A poche ore da questa, il Tribunale di Catania ha emesso un'ordinanza per far somministrare agli Spedali Civili di Brescia le cure su due pazienti con cellule staminali. L'ospedale bresciano ha così avviato una ricerca di medici disposti a praticare le infusioni.

Numerose le reazioni tra un'ordinanza e l'altra. A partire dal comunicato stampa diffuso dall'AAROI-EMAC (testo box a sinistra) su-

bito dopo l'ordinanza del Tribunale di Pesaro per proseguire con la nota dell'Intersindacale Medica (testo box in basso) immediatamente dopo l'intervento del Tribunale di Venezia. Non molto diverse le motivazioni delle sentenze dei Tribunali che nelle settimane successive si sono aggiunte a queste.

Sui diversi episodi è intervenuto ancora una volta il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per ribadire - fin'ora senza risultati - che l'ultima parola dovrebbe spettare alla scienza e non alla giustizia:

"Ribadisco che da parte della magistratura ci sono decisioni in contraddizione tra di loro una con l'altra - si legge nella nota - che la volontà del legislatore non era questa ma un intervento, caritatevole, nei confronti di chi aveva già cominciato le infusioni, prendendo atto che non ci si trova di fronte a cure compassionevoli poiché il metodo non è brevettato né ha avuto alcuna sperimentazione. Se dovessimo dar retta al buon senso - afferma il Ministro - attenderemo prima che si creino situazioni difficili le decisioni del Comitato scientifico lasciando alla scienza e non alla magistratura l'ultima parola su questo caso. A Brescia si sono travalicati i limiti, quindi è venuto il momento di affrontare la situazione nei modi che riteremo più opportuni".

L'unica nota positiva, nel merito dell'inchiesta della Procura di Torino sulla somministrazione del cosiddetto "Metodo Stamina", giunta al momento in cui scriviamo, è lo stralcio della posizione del Dr. Gabriele Tomasoni, Anestesista Rianimatore. Troppi sono i casi di Colleghi che finiscono imputati senza troppi complimenti in casi giudiziari, per responsabilità altrui, e quindi, almeno in questo caso, siamo lieti di apprendere che un Collega, professionista stimato, è stato escluso dal rinvio a giudizio alla conclusione della fase istruttoria dell'inchiesta.

## Il Comunicato dell'Intersindacale Medica

23 Giugno 2014

La sentenza del Tribunale di Pesaro, che il 5 giugno ha disposto, per la prima volta, con uno spettacolare escamotage giuridico-amministrativo, la nomina di un "commissario ad acta" affinché presso gli Spedali Civili di Brescia fosse somministrato il trattamento "Stamina ad un bimbo affetto dal morbo di Krabbe", produce sconcertanti commistioni di compiti "ausiliari" di Organismi amministrativi con ruoli sanitari, al fine di aggirare l'intervenuta indisponibilità dei medici dell'ospedale bresciano alla somministrazione di tale "protocollo terapeutico". Una sentenza del Tribunale di Venezia, giunta proprio in queste ore, obbliga l'Ospedale allo stesso trattamento, da farsi entro luglio, su un'altra bimba.

Il tutto nel silenzio degli Organismi di autogoverno della magistratura in merito alla correttezza di un percorso che ha portato al disconoscimento di qualunque regola sull'erogazione delle cure sanitarie, facendo leva sulle disperate, e comprensibili sul piano umano, aspettative di pazienti e familiari ("le prime vittime", come le ha giustamente definite la FNOMCeO), la cui strumentalizzazione non può certo rendere giustificabile la sottrazione alla scienza e alla coscienza dei medici di ogni competenza professionale in favore di una malintesa "libertà di essere curati". Registriamo, dunque, con sconcerto la crescente delegittimazione delle competenze mediche e sanitarie nella tutela del bene salute, condividendo in pieno, nel merito dell'appropriatezza delle cure, le chiarissime e unanimi posizioni dell'intera comunità scientifica nazionale ed internazionale, nonché della FNOMCeO, che non avallano terapie non supportate da documentate e dimostrabili evidenze di efficacia.

Tale posizione è basata anche su quanto previsto dall'art. 13 del Codice Deontologico appena approvato: "La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza... Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell'assistito al solo scopo di compiacerlo. Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente. Il medico non deve adottare né diffondere terapie segrete".

Riteniamo che nessuno possa autorizzare né imporre procedure scientificamente non validate, o addirittura minacciare persecuzioni giudiziarie contro chi non si adegua alle più o meno "forti" pressioni in tal senso, e pertanto esprimiamo la massima solidarietà ai colleghi degli Spedali Civili di Brescia, impegnati in una manifestazione di disobbedienza civile, e all'attuale Amministrazione che ha ereditato scelte pregresse al vaglio della magistratura. Come affermato dal Ministro Lorenzin in Commissione Igiene e Sanità del Senato "È necessario riportare la vicenda in un ambito scientifico. Gli altri ambiti si sono dimostrati molto deboli". Laddove si crea un vuoto, esso viene inevitabilmente riempito. La magistratura colma i vuoti lasciati dalla politica, e insieme esse creano un vuoto nella governance sanitaria del SSN, colmato poi in modi completamente contrastanti tra loro. È ora che politica e magistratura tornino a fare ciascuna la propria parte, e restituiscano a tutti i professionisti del nostro SSN la loro, garantendo il rispetto delle regole, oggi sempre più latitanti anche a causa della progressiva emarginazione delle Organizzazioni Sindacali.

ANAAO ASSOMED - CIMO - A.A.R.O.I.-EM.A.C. - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSID - CISL MEDICI - FESMED - ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL MEDICI

la Repubblica.it

Stamina, medici contro il giudice di Venezia: "Vuole imporre cure senza base scientifica"

quotidianosanità.it  
 Quotidiano on line di informazione sanitaria

Stamina. Solidarietà dell'Intersindacale ai medici di Brescia che non vogliono somministrare il trattamento

24 ORE  
**Sanità**

Stamina, dall'Intersindacale solidarietà ai medici di Brescia: «Altolà a procedure scientifiche non validate imposte da politica e magistratura. Ciascuno torni a fare la sua parte»

# le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

## La sepsi in ostetricia e il ruolo dell'anestesista

International Journal of obstetric Anesthesia 2012, 21, 57-67

La sepsi in gravidanza e durante il puerperio rappresenta un'importante causa di morte e di morbilità materna nel mondo. La maggiore morbilità della sepsi in ostetricia è dovuta alla morte fetale, insufficienza d'organo, malattia cronica infiammatoria delle pelvi, occlusione tubarica bilaterale, e sterilità. Un riconoscimento precoce e una risposta tempestiva sono indispensabili per una buona prognosi.

### INTRODUZIONE

Nei più recenti rapporti confidenziali sulle morti materne nel Regno Unito, la sepsi è stata la causa principale delle morti materne dirette, e la frequenza della mortalità materna per sepsi è più che triplicata negli ultimi 25 anni. Nel mondo la sepsi determina il 15% delle morti materne. La sepsi nelle pazienti ostetriche pone importanti sfide: i cambiamenti fisiologici della gravidanza possono mascherare i segni clinici della sepsi e quando si manifesta prima del parto l'aggravamento delle condizioni materne può compromettere la vita del feto. Le chiavi per una prognosi favorevole sono una diagnosi precoce e una rapida realizzazione della terapia.

### STORIA

Nel corso del XVIII°, XIX° e XX° secolo la sepsi è stata la causa principale della mortalità materna in Inghilterra e nel Galles. Tra il 1847 e il 1903 sono state registrate 93.342 morti materne da febbre puerperale. Un miglioramento nell'accuratezza della registrazione si ebbe dal 1899 dopo che la febbre puerperale divenne oggetto di denuncia e così è rimasta fino al 1960. Per molto tempo si è ritenuto che la febbre puerperale si manifestasse in forma epidemica nelle corsie della maternità degli ospedali. Nel 1867 Florence Nightingale fu costretto a chiudere il reparto di degenza dell'ospedale del King College che aveva aperto solo 5 anni prima per l'elevata incidenza di febbre puerperale. Il primo riconoscimento della contagiosità della febbre puerperale venne dal trattato di Alexander Gordon sull'epidemiologia della febbre

puerperale pubblicato nel 1795 ad Aberdeen. In America quest'osservazione fu sostenuta da Oliver Wendell Holmes nel 1843 con l'articolo sulla contagiosità della febbre puerperale. Un contributo rilevante è stato dato da Ignaz Semmelweis che lavorava presso l'ospedale della maternità di Vienna. Egli riconobbe che gli studenti di medicina che partecipavano alle autopsie e poi assistevano le donne in travaglio trasmettevano l'infezione. Nel 1847 egli introdusse il lavaggio delle mani con disinfettante, dopo di che ci fu una fortissima riduzione delle infezioni puerperali dal 18% all'1,27%.

Nella prima parte del secolo scorso in Gran Bretagna c'era una preoccupazione crescente per il numero di donne morte con il parto. Un'indagine commissionata dal governo sulla morte materna in Inghilterra pubblicato nel 1937, evidenziò che la sepsi rappresentava il 39% di tutte le morti.

Nel 1935 Leonard Colebrook, un medico che lavorava all'ospedale di Queen Charlotte a Londra, somministrò il primo sulfamidico, Prontosil, a una donna che era gravemente malata con sepsi puerperale e ottenne un recupero completo. Questo evento anticipava l'introduzione degli antibiotici nel trattamento della sepsi puerperale e nella metà degli anni 1940 la penicillina era disponibile in commercio.

Quindi quando fu redatto il primo rapporto confidenziale sulle morti materne, pubblicato nel 1957, le morti materne iniziavano a diminuire in modo importante (figura 1). Nei decenni successivi questa riduzione si è accompagnata ad altre cause di morte materna che si sono avute nei paesi sviluppati.

Tuttavia nel Regno Unito recentemente la sepsi ha superato per frequenza la malattia tromboembolica ed è ancora una volta la principale causa di morte materna. Nel mondo in via di sviluppo vi è una significativa variabilità regionale tra le diverse cause principali di morte materna. In Africa, l'emorragia è la principale causa di morte, mentre in America latina è la malattia ipertensiva. Al contrario, le morti per sepsi non mostrano questa variazione e sono sempre una causa importante di mortalità materna in tutte le regioni del mondo in via di sviluppo.

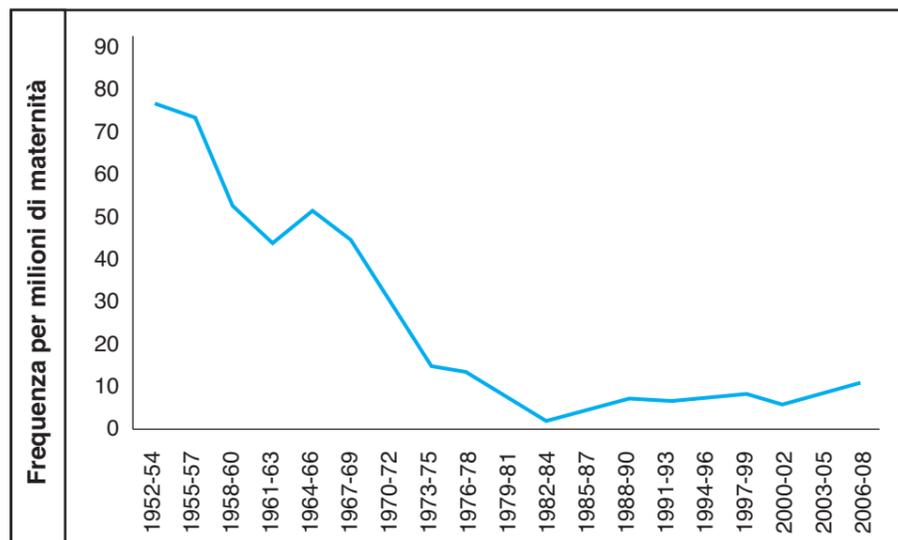


Figura 1. Andamento della mortalità materna per sepsi dell'apparato genitale.

Tabella 1. Definizioni sulla sepsi (American College of Chest Physicians and Society of Critical Care Medicine).

### Sindrome della risposta infiammatoria sistemica (SIRS)

Questa sindrome è clinicamente riconoscibile dalla presenza di 2 o più dei seguenti sintomi:

- Temperatura > 38 °C o < 36 °C
- Frequenza cardiaca > 90 battiti/minuto
- Frequenza respiratoria > 20 atti/minuto o  $\text{pCO}_2$  < 32 mm Hg
- Globuli bianchi >  $12 \times 10^9/\text{dl}$  o > 10% di forme immature

### Sepsi

La sepsi è una risposta sistemica all'infezione. Pertanto i sintomi clinici della SIRS sono presenti con un'evidenza chiara dell'infezione.

### Sepsi grave

Si considera una sepsi grave quando si accompagna a disfunzioni d'organo, ipoperfusione o ipotensione. Le manifestazioni d'ipoperfusione possono comprendere, ma non sono limitati a questi, acidosi lattica, oliguria, alterazione acuta della coscienza.

### Shock settico

Lo shock settico è una sepsi con ipotensione nonostante la somministrazione adeguata di liquidi. Sono presenti alterazioni della perfusione come acidosi lattica, oliguria, o un'alterazione dello stato di coscienza. I pazienti trattati con inotropi o vasopressori possono non essere necessariamente ipotensi quando sono presenti alterazioni della perfusione.

### DEFINIZIONI

Il termine sepsi comprende malattie che variano da segni e sintomi minori fino alle disfunzioni d'organo e allo shock. Non ci sono attualmente definizioni universalmente accettate nella pratica ostetrica.

Il termine sepsi puerperale è ancora usato per descrivere la sepsi che si verificano dopo il parto e l'OMS l'ha definita come "un'infezione dell'apparato genitale che si verifica in qualsiasi momento tra la rottura delle membrane o durante il travaglio e il 42esimo giorno dopo il parto, in presenza di 2 o più dei seguenti sintomi:

- Dolore pelvico;
- Febbre;
- Perdite vaginali anormali e/o maleodoranti;
- Ritardo nella riduzione delle dimensioni dell'utero.

Una definizione di sepsi ampiamente utilizzata nelle paziente in stato di gravidanza è stata formulata dalla American College of Chest Physicians e la Società di Terapia Intensiva (Tabella 1).

Questa è stata modificata nel 2001 dal Forum Internazionale per la Definizione della Sepsis e comprende le alterazioni delle variabili fisiologiche, al fine di includere con maggiore precisione l'esperienza clinica. Tuttavia, a causa dei cambiamenti fisiologici della gravidanza e in particolare intorno al momento del parto, questa definizione non ha validità nelle pazienti ostetriche.

Ci sono varie altre ragioni che si aggiungono alla difficoltà di definire la sepsi nella pratica ostetrica. La sepsi può sorgere in una paziente ostetrica in qualsiasi momento: prima del tra-

vaglio, durante il travaglio o nel periodo post-natale. Inoltre, la sepsi nella paziente ostetrica può originare da molte fonti e non è limitata alle infezioni che interessano il tratto genitale. Questa difficoltà a formulare una definizione è dimostrata dall'organizzazione dei casi descritti nei rapporti confidenziali delle morti materne del Regno Unito. I decessi dovuti allo Streptococco piogene di gruppo A beta-emolitico, così come altre infezioni legate alla gravidanza o al travaglio, sono classificati come morti dirette, mentre le morti causate da infezioni non correlate al tratto genitale come la meningite da pneumococco e da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) sono classificate come morti materne indirette. Il gruppo di Lavoro Tecnico dell'OMS ha introdotto il termine di infezione puerperale come un termine più generale rispetto alla sepsi puerperale che comprende non solo le infezioni correlate alla sepsi dell'apparato genitale ma anche le infezioni extra-genitali e quelle incidentali (Tabella 2).

### IL SISTEMA IMMUNITARIO IN GRAVIDANZA

La gravidanza è tradizionalmente considerata come una condizione di compromissione dello stato immunitario per la necessità di non determinare un rigetto immunologico, e determinando quindi nella madre un rischio aumentato di malattie infettive. Tuttavia, vi è ora una grande quantità di dati che suggeriscono che invece di uno stato di immunodepressione, la gravidanza presenta una condizione immunitaria modificata, per cui vi possono essere risposte diverse a diverse infezioni, risposte che sono anche determinate dal periodo della gravidanza. Dal punto di vista logico ed evolutivo

Tabella 2. Definizione di infezione puerperale secondo l'OMS.

- Infezione dell'apparato genito-urinario associata al travaglio, parto o puerperio.
- Infezione dell'utero e alle strutture associate (endometriti).
- Infezioni delle vie urinarie.
- Infezioni associate specificatamente alla nascita ma non all'apparato genito-urinario (ad esempio ascesso mammario).
- Infezioni incidentali (ad esempio malaria, infezioni dell'apparato respiratorio).

Il successo di una gravidanza è la chiave per la conservazione della specie ed è stato suggerito da Wilson che la gravidanza è una "condizione immunitaria paradossale in cui il tessuto estraneo non è solo tollerato ma anche naturalizzato". Una risposta immunitaria competente è indispensabile per proteggere la madre direttamente e il feto indirettamente. La risposta immunitaria dipende sia dall'immunità cellulo-mediata (soprattutto i linfociti T) sia dalla produzione di anticorpi da parte dei linfociti B e dalle plasmacellule. Durante la gravidanza il progesterone e gli estrogeni riducono la proliferazione delle cellule T e di conseguenza c'è una riduzione dell'immunità cellulo-mediata, che altrimenti potrebbe rivelarsi dannosa per il feto. Il sistema immunitario materno è pertanto sbilanciato verso l'immunità umorale. In associazione a questo c'è lo sviluppo attivo di un'immunità del feto che può peraltro modificare la risposta materna all'infezione.

Sono state descritte tre distinte fasi immunologiche in gravidanza, approssimativamente corrispondenti con il primo, secondo e terzo trimestre di gravidanza associati a un forte aumento del livello di citochine. L'effetto combinato di queste interazioni serve a spiegare perché le donne gravide manifestano una risposta diversa all'infezione, dipendente non solo dal germe infettante ma anche dallo stadio della gravidanza; ad esempio, le donne che vivono in aree malariche endemiche sono più suscettibili all'infezione malarica nella prima metà della gravidanza e questa sensibilità si riduce con il progredire della gravidanza.

## FATTORI DI RISCHIO E CAUSA DI SEPSI IN OSTETRICIA

La sepsi si può manifestare in qualsiasi momento della gravidanza e il puerperio e può svilupparsi in conseguenza di una batteriemia (sebbene la batteriemia non conduca sempre alla sepsi) o come conseguenza di un'infezione locale. I fattori di rischio per sepsi materna possono essere divisi in fattori intrinseci alle pazienti e fattori ostetrici.

Inoltre le donne che vivono in condizioni socio-economiche disagiate presentano un maggiore rischio d'infezione, sebbene il meccanismo non sia chiaro.

Nonostante nessuna delle donne morte del Regno Unito riportate nel rapporto confidenziale sulle morti materne tra il 2006-2008 fosse obesa, l'obesità resta un importante fattore di rischio per la sepsi in ostetricia. Nel rapporto confidenziale del 2005-2008 la maggior parte delle donne morte per sepsi erano obese.

Nelle pazienti con drepanocitosi, la splenectomia funzionale determina una maggiore suscettibilità alle infezioni batteriche; nel rapporto confidenziale del 2006-2008 sono state riportate 3 donne morte affette da drepanocitosi.

L'analisi dell'outcome materno su quasi 18.000 parti di madri affette da drepanocitosi, ha evidenziato una frequenza di sepsi significativamente più alta nel gruppo di donne con anemia falciforme rispetto alle donne senza anemia falciforme. Questo rischio può essere ulteriormente aggravato dalla presenza di anemia. In passato il portatore sano del gene dell'anemia falciforme è stato considerato come uno stato di portatore benigno, ma ora c'è la dimostrazione che può essere visto come una malattia a fenotipo intermedio.

Uno studio degli esiti materni tra i portatori di emoglobinopatie ha rilevato un aumento del rischio di batteriuria nelle donne portatrici sane della falcemia.

Le cause di sepsi in ostetricia possono essere divise in ostetriche e in altre cause (Tabella 4).

Nei primi mesi di gravidanza le cause più comuni di sepsi sono l'aborto settico o l'interruzione della gravidanza. L'endometrite dopo taglio cesareo era una delle cause principali d'infezione post-parto con l'incidenza di sepsi dopo parto operativo che una volta raggiungeva il 36%. Le donne sottoposte a taglio cesareo presentano ancora un maggior rischio d'infezione e morbilità infettiva da 5 a 20 volte maggiore rispetto al parto vaginale. Uno studio danese su oltre 32.000 donne ha confrontato il rischio d'infezioni post-parto entro 30 giorni dal parto, dopo parto vaginale, o taglio cesareo d'emergenza o d'elezione. I rischi di infezione post-parto per tutte le donne che avevano partorito con il parto cesareo era del 7,6%, contro 1,6% per le donne che avevano avuto un parto vaginale (rapporto 4.75).

È stata eseguita la profilassi antibiotica di routine per il taglio cesareo durante il periodo di studio e anche con questa precauzione, l'incidenza dell'infezione era cinque volte maggiore nelle donne che avevano partorito con parto cesareo rispetto al parto vaginale. Gli autori hanno anche rilevato un rischio più elevato quasi del 50% d'infezione della ferita post-parto dopo il taglio cesareo di emergenza rispetto al taglio cesareo d'elezione.

Smaill e Gyte hanno rivalutato 86 studi condotti su oltre 13.000 donne. Hanno trovato che la profilassi antibiotica in donne sottoposte a taglio cesareo sostanzialmente riduce l'incidenza di morbilità febbrile, infezione della ferita, endometriti e gravi complicanze materne infettive. Per un certo tempo l'uso obbligatorio di profilassi antibiotica nel taglio cesareo è stato raccomandato. Tuttavia, il momento della profilassi antibiotica è stato recentemente oggetto di alcune discussioni. Soprattutto a causa delle preoccupazioni circa l'infezione neonatale, la pratica prevalente nel Regno Unito è stata quella di utilizzare una ristretta gamma di antibiotici dopo clampaggio del cordone, rispetto alla pratica della somministrazione di antibiotici a largo spettro prima dell'incisione che è di norma utilizzata in chirurgia non ostetrica. Una recente metanalisi suggerisce che quest'ultimo approccio può essere più efficace nel ridurre l'incidenza d'infezione dopo parto cesareo senza un effetto dannoso sul neonato.

L'associazione Americana degli Ostetrici e Ginecologi raccomanda questa strategia e l'aggiornamento delle Linee Guida per l'eccellenza clinica nel parto cesareo del Regno Unito ha fatto le stesse raccomandazioni. Non è chiaro quale sia l'antibiotico più appropriato e ottimale per la profilassi. Una rivalutazione della Cochrane non ha rilevato alcuna differenza sull'outcome nell'uso di una cefalosporina o della penicillina rispetto all'incidenza di sepsi materna, endometrite, febbre, infezione della parete e infezione urinaria, ed effetti secondari.

Si è visto che dopo parto vaginale le cause più frequenti d'infezione sono la mastite e l'infezione delle vie urinarie.

La mastite coinvolge più del 20% delle donne nel post-parto ma è una rara causa di sepsi. Come conseguenza delle modificazioni anatomiche e fisiologiche della gravidanza sulle vie urinarie vi è un'umentata sensibilità alle infezioni delle vie urinarie e alla sepsi urinaria. Si ha una dilatazione delle pelvi e dell'uretere in conseguenza dell'ostruzione meccanica da parte dell'utero gravido. Il progesterone induce un rilassamento dei muscoli lisci determinando una riduzione della peristalsi degli ureteri, aumento della capacità vescicale e stasi urinaria. La batteriuria sintomatica ha un'incidenza in gravidanza tra il 4 e il 6% ma si pensa che se non è trattata, nel 20-40% dei casi può andare incontro a pielonefrite. Dopo il parto, la prevalenza dell'infezione urinaria è rilevante, intorno al 2-4%. La presenza di un catetere urinario in occasione di un parto cesareo e di analgesia spinale aumenta il rischio.

## MICROBIOLOGIA

L'apparato urogenitale è colonizzato da una grande varietà di batteri; tuttavia non tutti sono in grado di determinare infezione o sepsi.

Le donne gravide che sviluppano una sepsi molto probabilmente sono infettate da più germi.

L'analisi delle cause microbiologiche di morte per sepsi (dirette o/e indirette) in un periodo maggiore di 20 anni sono elencate nella tabella 5. Storicamente, sebbene le caratteristiche sierologiche siano state determinate la prima volta nel 1913 da Rebecca Lancefield, sembra che lo streptococco di gruppo A sia stato l'agente causa di sepsi in ostetricia nella prima metà del XX° secolo. Sono stati descritti focolai soprattutto in presenza di febbre da scarlattina. Nell'ultima parte del XX° secolo fattori con le tecniche antisettiche, l'uso di antibiotici e un aumento dell'immunità naturale ha portato ad una riduzione della virulenza di questi germi.

I microrganismi gram- come l'escherichia coli sono la causa più comuni d'infezione. Tuttavia negli ultimi 20 anni i microrganismi gram+ e soprattutto le infezioni da streptococco di tipo A sono le infezioni dominanti.

Tabella 3. Fattori di rischio per la sepsi in ostetricia.

### Fattori ostetrici

- Amniocentesi, o altre procedure intrauterine invasive
- Sutura cervicale
- Rottura di membrane prolungata
- Travaglio prolungato con esplorazioni vaginali > 5
- Trauma vaginale
- Parto cesareo
- Ritenzione di prodotti del concepimento dopo aborto spontaneo o parto

### Fattori della paziente

- Obesità
- Alterata tolleranza al glucosio/diabete

Questo concorda con il tipo d'infezione nella popolazione generale del mondo sviluppato dove si è registrato un drammatico aumento del numero d'infezioni da streptococchi del gruppo A. Nell'ultimo rapporto confidenziale sulle morti materne del Regno Unito le infezioni da streptococco di gruppo A rappresentano 13 delle 29 morti. In questa relazione, la maggior parte dei decessi è stata riscontrata tra dicembre e aprile, e in molte di quelle che sono morte c'era una storia di una recente infezione del tratto respiratorio superiore e/o di contatto con bambini piccoli. Infezioni da streptococco di gruppo A delle alte vie respiratorie sono più comuni durante l'inverno e all'inizio della primavera. Nel gruppo A invece lo streptococco come causa d'infezioni cutanee si osserva più frequentemente durante l'estate, quando la pelle è esposta e abrasioni e punture d'insetti.

Nei paesi in via di sviluppo sono disponibili meno dati sulle cause microbiologiche specifiche della sepsi ostetrica. Le evidenze disponibili suggeriscono un andamento delle cause batteriche simile a quello dei paesi sviluppati. Tuttavia negli ultimi tempi, la diffusione pandemica dell'HIV/AIDS ha indubbiamente rappresentato il più importante fattore di morbilità e mortalità associato alla sepsi nei paesi in via di sviluppo. Uno studio dell'OMS nei paesi in via di sviluppo. Uno studio dell'OMS con l'obiettivo di ridurre la mortalità materna ha rilevato che nel 2008 ci sono state 342.900 morti materne per tutte le cause, con una riduzione del 34% dal 1980. È stato valutato che l'HIV ha interessato 61.400 di queste morti. L'impatto di questa malattia è stato maggiore nell'Africa sub-sahariana, dove la stima dell'OMS per il 2008 rileva che senza le morti associate all'HIV/AIDS nell'Africa sub-sahariana si sarebbero avute 580 morti materne per 100.000 nati vivi al posto dei 640 attuali.

Le donne gravide con infezione HIV/AIDS sono più suscettibili alla sepsi e alle complicanze postparto. Molte infezioni opportuniste che si accompagnano all'HIV/AIDS possono complicare la gravidanza ed essere causa di mortalità materna. La polmonite da pneumocisti Jirovecii (in precedenza carinii) presenta un decorso più aggressivo in gravidanza, con un aumento della morbilità e della mortalità. Il rapporto Confidenziale del Sudafrica

sulle morti materne, evidenzia che le polmoniti batteriche, le sepsi batteriche, le polmoniti atipiche, le meningiti da criptococco, e la tubercolosi sono le più comuni comorbilità associate all'HIV/AIDS, e possono essere le principali cause di morti in quei paesi.

Nel mondo l'infezione più importante che contribuisce alla mortalità materna nelle donne affette da HIV è la tubercolosi. Essa è causa di circa 700.000 morti ogni anno nelle donne in età riproduttiva. Ed è di gran lunga l'infezione opportunistica più comune associata all'HIV nei paesi in via di sviluppo. In un riesame della mortalità materna in un periodo di cinque anni in un centro di Johannesburg è stato rilevato che la mortalità materna nelle donne infette dell'HIV è stata 6,2 volte maggiore rispetto alle donne HIV negative e che il 31% delle morti associate all'HIV erano dovute alla tubercolosi.

L'assistenza postnatale in Africa è carente, e la sepsi puerperale è la causa più importante di mortalità materna.

È stato ipotizzato che l'impatto della sepsi puerperale si può ridurre in modo importante se, dopo il parto, le donne restano in ospedale per almeno 24 ore, e/o se sono stati messi in atto com-

portamento di assistenza postnatale. L'esperienza clinica suggerisce che le donne affette d'infezione HIV possono star bene nel momento della dimissione per essere di nuovo ricoverate con sepsi in atto 7-10 giorni dopo il parto.

## PRESENTAZIONE CLINICA E DIAGNOSI

La sepsi è una diagnosi clinica e le ricerche microbiologiche potrebbero essere negative. L'inizio della sepsi può essere insidiosa e aspecifica soprattutto per le modificazioni fisiologiche della gravidanza, travaglio e puerperio.

La diagnosi può peraltro essere difficile soprattutto nei primi momenti. Al contrario il decorso della malattia può essere fulminante, travolgente e rapidamente fatale.

Il clinico si deve basare su indicatori clinici sospetti più che su criteri obiettivi. Le donne a rischio d'infezione come quelle colonizzate dallo streptococco di gruppo B devono essere identificate prima possibile durante la gravidanza. Inizialmente l'infezione si può manifestare con sintomi e segni localizzati; le modalità di presentazione variano in relazione alla fonte d'infezione (Tabella 5) e un'accurata anamnesi clinica può essere d'aiuto a individuare la fonte. L'infezione materna può interessare rapidamente il feto; la circolazione utero-placentare non è provvista di autoregolazione, per cui la perfusione e l'ossigenazione fetale dipendono dall'ossigenazione materna e dalla stabilità cardiovascolare. Pertanto la donna in stato settico può presentare una frequenza cardiaca fetale alterata con la morte fetale intrauterina. Dopo un parto cesareo, le donne sperimenteranno invariabilmente un certo grado di dolore o perdite vaginali rilevanti. La presenza di dolore addominale o perineale costante, scarsamente responsivo agli analgesici e sproporzionato rispetto a quanto si sarebbe previsto, rappresenta motivo di attenzione, soprattutto se associato a diarrea, e una sepsi deve quindi essere sempre presa in considerazione nella diagnosi differenziale. Quando una mastite non risponde al trattamento conservativo entro 24 ore e la donna

presenta malessere generale, il seno deve essere considerato come possibile causa di sepsi. La comparsa della sepsi è caratterizzata da una circolazione iperdinamica, riduzione delle resistenze vascolari sistemiche secondaria alla vasodilatazione arteriosa e aumento della frequenza respiratoria in associazione con lo sviluppo di un metabolismo aerobico e acidosi lattica. Pertanto quando compare la sepsi non solo la diagnosi può essere più difficile per le modificazioni fisiologiche della gravidanza, ma in aggiunta l'effetto combinato della sovrapposizione di un processo patologico ad uno stato di aumentata domanda metabolica può determinare uno stato di malattia particolarmente grave.

La febbre è frequente nella sepsi ma può essere presente una normotermia. L'ipotermia è un rilievo molto importante. La febbre oscillante suggerisce un persistere della fonte d'infezione o un trattamento inadeguato. Sebbene un aumento della conta dei globuli bianchi si accompagni alla sepsi, anche la gravidanza porta un aumento della conta dei globuli bianchi, soprattutto durante il travaglio. Dopo il parto di solito il numero dei globuli bianchi si riduce a livello del valore pre-gravidanza entro una settimana; una conta dei globuli bianchi che si riduce ai valori normali o al contrario si riduce rapidamente o diventa  $< 4 \times 10^9/l$  può essere indice di sepsi grave. Uno dei segni clinici più sensibili e precoci della sepsi è la tachicardia che aumenta in conseguenza della febbre, dell'acidosi lattica o per l'effetto mediato dalle citochine sul centro respiratorio. La sovrapposizione delle modificazioni della gravidanza e delle caratteristiche cliniche della sepsi possono rendere particolarmente difficile la diagnosi per cui la disponibilità di marker biologici affidabili può essere particolarmente utile in questo contesto.

Nell'ambito delle Terapie Intensive c'è sempre stato molto interesse nell'uso di marker biologici che potessero aiutare a porre diagnosi di sepsi. La maggior parte di questa discussione si è focalizzata sulla procalcitonina, un peptide precursore dell'ormone calcitonina prodotto dalle cellule parafolicolari della tiroide e dalle cellule neuroendocrine del polmone e dell'intestino. I livelli di procalcitonina aumentano in modo specifico in presenza d'infezione batterica ma non per sepsi virale e micotica. Pertanto la determinazione di laboratorio dei livelli di procalcitonina può potenzialmente supportare la diagnosi. Tuttavia una recente metanalisi ha rilevato risultati contrastanti circa la capacità della procalcitonina di rappresentare un valido marker biologico della sepsi. Una recente review afferma che il giudizio clinico deve rappresentare lo strumento principale della decisione clinica. Un ruolo più incoraggiante nella determinazione della procalcitonina è di fare da guida per la durata della terapia antibiotica

## IL TRATTAMENTO E LA SURVIVING SEPSIS

Il trattamento di una gravida settica è lo stesso di quello di qualsiasi paziente settico: rianimazio-

ne, identificazione e trattamento della fonte d'infezione, trattamento delle complicanze come l'ipotensione e l'ipossia tissutale, e applicazione di strategia di protezione d'organo. La gestione della sepsi che si manifesta prima del parto è complicata dalla presenza del feto. In queste condizioni la rianimazione materna è la strada per assicurare il benessere del feto e il tentativo di un parto precoce nella donna con compromissione cardiovascolare per la sepsi può aumentare la mortalità materna e fetale. La sola eccezione è rappresentata dalle condizioni in cui si sospetta che la fonte d'infezione sia nell'utero.

Il riconoscimento precoce di una paziente ostetrica con sepsi è il modo migliore per assicurare una prognosi ottimale.

Come notato in precedenza, le modificazioni fisiologiche della gravidanza possono rendere difficili una diagnosi precoce e allo stesso tempo peggiorare l'andamento della sepsi in una paziente ostetrica. L'uso precoce di un punteggio di preallarme è stato raccomandato nel rapporto confidenziale sulle morti materne del Regno Unito del 2003-2005. Tuttavia manca una chiara evidenza del vantaggio dell'uso di una scala a punti di allerta precoce. L'importanza di sviluppare scale a punti di allerta precoce con parametri adeguatamente sensibili per l'uso in pazienti ostetriche è stata rilevata da un recente studio retrospettivo.

Il Royal College degli Ostetrici e Ginecologi (RCOG) del Regno Unito raccomanda di trattare la sepsi secondo le linee guida della campagna Surviving Sepsis. Questa campagna, una collaborazione tra la Società Europea di Terapia Intensiva, la Società Americana di Terapia Intensiva e il Forum Internazionale sulla Sepsis, è stata lanciata come un'importante iniziativa sanitaria internazionale nel 2002. Essa mirava a migliorare la prognosi della sepsi con un approccio di trattamenti aggregati nella gestione del paziente (non nelle gravide) critico affetto da sepsi. Un trattamento clinico aggregato è costituito da un insieme d'interventi, di solito non più di cinque che raggruppati e attuati insieme portano a migliori risultati che se eseguiti singolarmente. Gli elementi di un aggregato sono idealmente basati su l'alta qualità o su livello di evidenza 1 sulla base di review sistematiche di studi clinici ben disegnati, randomizzati e controllati. La compliance si misura con un approccio "tutto o nulla". Le linee guida della Campagna Surviving Sepsis descrivono due pacchetti di assistenza clinica: il pacchetto delle manovre di rianimazione (da mettere in atto prima possibile) e il pacchetto della gestione. Il Royal College degli Ostetrici e Ginecologi (RCOG) del Regno Unito ne sostiene l'uso in ostetricia. I seguenti pacchetti di assistenza devono essere applicati immediatamente, se possibile, o entro 6 ore in quanto si è visto che migliorano in modo significativo i tassi di sopravvivenza.

1. Misurare il livello del lattato nel siero.
2. Eseguire un'emocoltura o una coltura dei tamponi prima della somministrazione dell'antibiotico.
3. Somministrare antibiotici ad ampio spettro entro la prima ora dal riconoscimento di una sepsi

Tabella 5. Sintomi e segni della sepsi.

Sintomi	
Generali	Specifici
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Febbre</li> <li>• sintomi simil-influenzali</li> <li>• mal di gola</li> <li>• diarrea</li> <li>• vomito</li> <li>• difficoltà respiratoria</li> <li>• infezione della parte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• contrazioni premature</li> <li>• dolore addominale</li> <li>• crisi emolitica</li> <li>• atonia uterina con emorragia postparto</li> <li>• mastite</li> <li>• perdite vaginali abbondanti e/o maleodoranti</li> </ul>
Segni	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Febbre o ipotermia <math>&lt; 36^\circ\text{C}</math></li> <li>• Interruzione precoce della gravidanza/battito cardiaco fetale alterato/morte in utero</li> <li>• Tachicardia <math>&gt; 100</math> battiti/minuto</li> <li>• Tachipnea <math>&gt; 20</math> atti respiratori/minuto</li> <li>• Aumento della conta dei globuli bianchi/neutrofilia o riduzione dei globuli bianchi/neutropenia</li> <li>• Aumento della proteina C reattiva</li> <li>• Acidosi lattica</li> <li>• Segni di scompenso d'organo: ipossiemia, ipotensione, estremità fredde, ridotta perfusione capillare, oliguria</li> </ul>	

grave o di uno shock settico in accordo con le linee guida locali.

4. In caso d'ipotensione e/o con valori di lattati  $> 4$  mmol/L:

(a) somministrare una dose iniziale minima di 20 ml/Kg di cristalloidi o colloidali;

(b) una volta realizzato un adeguato volume di sostituzione, per mantenere una pressione media  $> 65$  mmHg si può usare un vasopressore (ad esempio noradrenalina o epinefrina) e/o un inotropo (ad esempio dobutamina).

Gli ulteriori trattamenti comprendono:

(a) In caso d'ipotensione nonostante la rianimazione con liquidi (shock settico) e/o valori di lattati  $> 4$  mmol/L:

- ottenere una PVC di almeno 8 mmHg (o maggiore di 12 mmHg se la paziente è in ventilazione meccanica) con la somministrazione ulteriore di liquidi;
- prendere in considerazione l'uso di corticosteroidi.

(b) Mantenere una saturazione di ossigeno con la maschera facciale se l'Hb è  $< 7$  g/dl prendere in considerazione una trasfusione.

La terapia antibiotica per via endovenosa e ad alti dosaggi deve essere iniziata prima possibile e preferibilmente entro 1 ora (tabella 6).

Esiste una chiara evidenza che il ritardo nell'inizio della terapia antibiotica aumenta la mortalità e questo è stato indicato nei rapporti confidenziali del Regno Unito come un comportamento di assistenza non ottimale. Le cause di ritardo comprendono errori di somministrazione, errori di prescrizione, e pazienti trasferiti tra i reparti. Uno sforzo intenso deve essere fatto per evitare questi ritardi. Prima di iniziare la terapia antibiotica dovrebbero essere eseguiti tamponi e esami culturali senza che questo ritardi l'inizio della terapia.

Quando applicabile questi devono comprendere tamponi placentali e del neonato, la coltura del latte materno in caso di mastite.

Devono essere usati inizialmente antibiotici ad ampio spettro utilizzando due o più farmaci. Si deve con urgenza richiedere una consulenza microbiologica senza per questo ritardare l'inizio della terapia.

Le modificazioni fisiologiche della gravidanza, compreso l'aumento del volume di distribuzione, che possono anche essere aumentate durante la sepsi, possono avere un effetto sul profilo farmacodinamico e farmacocinetico del farmaco. Alcune donne possono avere insufficienza renale o epatica e potrebbe essere necessario monitorare i livelli sierici di farmaco per assicurare un dosaggio corretto. Tuttavia, la dose di bolo appropriata quando s'inizia la terapia antibiotica è indipendente dalla funzionalità renale del paziente e la dose di carico iniziale è di particolare importanza per assicurare adeguate concentrazioni plasmatiche del farmaco. Una rivalutazione della terapia antibiotica

dovrebbe avvenire in base alle condizioni cliniche della paziente. La terapia deve avere una durata di 7-10 giorni ed è indispensabile che il trattamento non sia interrotto troppo presto. La terapia antibiotica deve essere modificata per adattarla alle necessità della popolazione locale e a particolari situazioni cliniche della paziente. Inoltre all'inizio della terapia antibiotica è indispensabile che tutti i focolai settici siano individuati e se possibile rimossi. Questo può comportare un intervento chirurgico urgente ed è necessario disporre prima possibile di immagini diagnostiche e della consulenza chirurgica.

Occorre richiedere con urgenza una consulenza microbiologica ma questa non dovrebbe ritardare l'inizio della terapia antibiotica. I cambiamenti fisiologici della gravidanza, compreso l'aumento del volume di distribuzione, che possono anche essere aumentato nella sepsi, possono avere un effetto sul profilo farmacodinamico e farmacocinetico del farmaco. Alcune donne possono avere insufficienza renale o epatica e potrebbe essere necessario monitorare i livelli sierici di farmaco per assicurare un corretto dosaggio. Tuttavia, la dose di carico appropriata quando s'inizia la terapia antibiotica è indipendente dalla funzionalità renale del paziente e la dose di carico iniziale è di particolare importanza per assicurare adeguate concentrazioni plasmatiche del farmaco.

Infine tutti gli elementi di un'aggregazione clinica di assistenza devono essere eseguiti in un determinato periodo di tempo ("l'ora d'oro"). La conformità è misurata in un approccio "tutto o niente".

Una precoce rianimazione emodinamica è lo scopo principale della terapia. L'obiettivo è di ristabilire una adeguata disponibilità di ossigeno ai tessuti periferici.

È ben documentato che nei pazienti chirurgici ad alto rischio affetti da sepsi, l'ottimizzazione emodinamica precoce, rispetto a quella dopo la comparsa d'insufficienza d'organo riduce la mortalità del 23%. Nei pazienti settici con lattato sierico  $> 4$  mmol/l occorre iniziare subito la somministrazione di liquidi al fine di raggiungere i seguenti endo-int clinici: pressione venosa centrale di 8-12 mmHg, pressione arteriosa di 65 mmHg, e una diuresi di 0,5 ml/kg/h; se misurabile; l'obiettivo è ottenere una saturazione di ossigeno venoso centrale  $> 70\%$ .

Non esistono evidenze per preferire un tipo di liquidi per via endovenosa rispetto a un altro. L'uso dei vasopressori può anche essere messo in atto anche prima del carico ottimale di liquidi endovena. Si può ricorrere alla trasfusione di globuli rossi se la disponibilità di ossigeno ai tessuti è insufficiente.

La gestione dei liquidi è difficile durante la sepsi e lo può essere particolarmente nelle pazienti ostetriche gravi: il sovraccarico di liquidi determi-

Tabella 4. Cause di sepsi in ostetricia.

### Cause ostetriche

#### – Originate dalle vie genitali

- Corioamnionite
- Endometrite
- Aborto settico
- Infezione della parete dopo parto cesareo/episiotomia/emorragia vaginale

#### – Non originate dalle vie genitali

- Infezioni delle basse vie urinarie
- Pielonefriti
- Infezioni mammarie: ascesso/mastite
- Tromboflebite settica delle pelvi

### Cause non ostetriche

- HIV
- Polmoniti
- Tubercolosi
- Malaria

Tabella 6. Terapia antibiotica endovenosa nella sepsi in ostetricia.

**Se non è noto il germe e la paziente non è in condizioni critiche:**

- amoxicillina-acido clavulanico 1,2 g ogni 8 ore o cefuroxime 1,5 ogni 8 ore o cefotaxime 1-2 g ogni 6 ore più metronidazolo 500 mg ogni 8 ore;
- in caso di allergia alla penicillina e alle cefalosporine, usare claritromicina 500 mg ogni 12 ore o clindamicina da 600 mg a 1,2 ogni 8 ore o ogni 6 h più gentamicina 3-5 mg/Kg al giorno in dosi frazionate ogni 8 h.

**Nella sepsi grave o nello shock settico:**

- tazobactam-piperacillina 4,5 g ogni 8 h o ciprofloxacina 600 mg ogni 12 h più gentamicina 3-5 mg/Kg al giorno in dose frazionata ogni 8 ore;
- un carbapenemico come meropenem da 500 mg a 1 g ogni 8 h +/- gentamicina;
- metronidazolo 500 mg ogni 8 h può essere preso in considerazione per la copertura contro gli anaerobi;
- se si sospetta un'infezione da streptococco di gruppo A somministrare clindamicina da 600 mg a 1,2 g tre o quattro volte al giorno;
- Se c'è rischio di una sepsi da stafilococco meticillino-resistente aggiungere teicoplanina 10 mg/Kg ogni 12 h per tre dosi, quindi 10 mg/Kg ogni 24 h o linezolid 600 mg ogni 12 h.

na l'edema polmonare che ha contribuito alla morte di molte donne nei Rapporti Confidenziali del Regno Unito. Vi sono diverse ragioni per cui le pazienti ostetriche possono essere sensibili al sovraccarico di liquidi: i cambiamenti fisiologici della gravidanza sono tali che a termine la partoriente è già in uno stato di sovraccarico relativo di volume; possono essere presenti patologie concomitanti come la pre-eclampsia o la somministrazione di farmaci che aumentano il tono uterino e determinano ritenzione di liquidi (ad esempio l'ossitocina) o edema polmonare (ad esempio carboprost). Recentemente è stato approvato dall'Istituto Nazionale per la Salute e l'Eccellenza Clinica, l'uso dell'ecodoppler trans-esofageo come guida alla terapia endovenosa dei liquidi. Sebbene non sia stato valutato in ostetricia, il Doppler trans-esofageo è stato usato con successo in situazioni d'emergenza ostetrica e sembra giusto e corretto che questa tecnica mini-invasiva dovrebbe essere sempre più usata nelle pazienti ostetriche.

La somministrazione di ossigeno è utile anche se non è presente insufficienza respiratoria. L'intubazione tracheale e la ventilazione si devono utilizzare se il livello di coscienza è ridotto o se vi è ipossiemia o insufficienza respiratoria progressiva.

La fascite necrosante è un'emergenza chirurgica. È stata descritta in associazione con il parto cesareo e si può manifestare in un'infezione perineale dopo parto vaginale. È caratterizzata da una diffusa necrosi dei tessuti sottocutanei e della fascia e frequentemente si associa con infezioni da streptococco di gruppo A sebbene spesso sia presente una flora batterica mista compresi gli anaerobi. Nella prima fase può essere difficile distinguere tra cellulite e fascite necrosante. Le caratteristiche distinte comprendono la presenza di perdite abbondanti e maleodoranti, modificazioni del colore della pelle, dolore molto intenso ed evidenza radiologica e clinica di gas nei tessuti molli.

**RUOLO DELL'ANESTESISTA**

L'anestesista può avere un ruolo guida nella gestione della partoriente affetta da sepsi grave. Nel Regno Unito la gestione clinica della fase acuta della paziente ostetrica settica è nella maggior parte dei casi condotta dal gruppo degli anestesisti ostetrici. L'ora d'oro iniziale della gestione multidisciplinare del trattamento urgente è indispensabile che sia fatto sulla guida di un protocollo che preveda l'insieme degli interventi terapeutici scritto specificatamente per le partorienti. Se non c'è una rapida risposta della paziente e le condizioni cliniche peggiorano, un medico esperto deve provvedere al trasferimento in Terapia Intensiva.

Il trasferimento di una donna gravida settica richiede condizioni di stabilizzazione delle

funzioni vitali soddisfacenti, rigoroso monitoraggio durante il trasporto, e stretta comunicazione con l'unità di accoglimento. La mancanza di comunicazione pronta e precisa tra i medici coinvolti nell'emergenza ostetrica è un problema sempre presente, e l'anestesista si trova nella condizione migliore per comunicare tra i vari servizi coinvolti. La decisione relativa al momento del parto ricade sotto la responsabilità dell'ostetrico, anche se l'anestesista ostetrico può essere in grado di consigliare il momento più adatto in relazione alla rianimazione della madre. L'anestesista peraltro deve prendere la decisione se eseguire per l'intervento un blocco centrale o un'anestesia generale. Si ritiene che i blocchi centrali siano contrindicati nei pazienti con sepsi grave. Le perplessità maggiori riguardano il possibile rischio di ascesso epidurale o di meningite. La misura di questo rischio è difficile (i globuli bianchi aumentano

in gravidanza e soprattutto durante il travaglio) ed esiste una scarsa correlazione tra la conta dei globuli bianchi e la presenza di batteriemia in gravidanza. L'ascesso epidurale associato al blocco centrale si può avere come conseguenza dell'introduzione diretta di microrganismi con l'ago per un'infezione nella regione della puntura, per fluidi contaminati o per il catetere epidurale che agisce da corpo estraneo e sede dell'infezione in caso di batteriemia. Sono anche stati descritti casi di ascesso spontanei non associati al blocco centrale, mentre malattie come il diabete possono aumentare il rischio; l'ascesso epidurale si è avuto nel postparto di donne senza fattori di rischio e in assenza di un blocco centrale. L'incidenza in tutte le pazienti ricoverate si ritiene pari a circa 0,2-1,2/10.000. Nel Terzo Audit Nazionale del Royal College degli anestesisti inglesi è stata rilevata un'incidenza di 1/47.000 casi, sebbene la maggior parte delle descrizioni si sia avuta nel postoperatorio; è stato descritto solo un caso nelle pazienti ostetriche. Scott e Hibbard in uno studio retrospettivo hanno trovato solo un caso di ascesso su 505.000 donne con analgesia epidurale per parto vaginale o cesareo.

È stata calcolata un'incidenza del 3% nei pazienti con un catetere epidurale posizionato per analgesia nel dolore cronico. Analogamente in letteratura sono stati descritti diversi casi di meningite dopo anestesia spinale e epidurale e dopo "blood patch", ma è difficile trarre delle conclusioni dopo casi isolati.

Questi "case report" hanno come caratteristica comune la difficoltà nella procedura, tentativi ripetuti e mantenimento del catetere per periodi prolungati.

Nel 2004 l'ASRA ha messo a punto una serie di linee guida pratiche. Tutti i pazienti con infezione locale o sistemica sottoposti a blocco centrale devono essere considerati a rischio d'infezione del sistema nervoso centrale. L'attuale evidenza suggerisce che i pazienti con infezione sistemica possono essere sottoposti con sicurezza al blocco centrale verificando che il paziente è in terapia antibiotica e ha evidenziato una risposta alla terapia.

Per ciò che riguarda l'inserimento del catetere epidurale, l'evidenza è limitata a studi piccolissimi in donne con corionamnionite che suggeriscono che può essere sicuro in condizioni analoghe.

Altre due problemi riguardanti il blocco centrale e la sepsi da prendere in considerazione sono che un paziente settico ipoteso può non tollerare il blocco simpatico e inoltre si può essere sviluppata una coagulopatia.

Per ultimo la decisione di eseguire una spinale o un'epidurale in queste condizioni deve essere presa caso per caso, valutando il rapporto rischi/benefici nella singola paziente. Peraltro può essere indicata l'anestesia generale e il tal caso può essere posizionato un monitoraggio invasivo e un supporto inotropo se necessario. La decisione di svegliare la paziente dipende dalla stabilità dei parametri vitali. Può essere più sicuro trasferire la paziente intubata e ventilata in sedazione profonda direttamente in Terapia Intensiva. Con una certa frequenza può essere necessaria l'acquisizione d'immagini come supporto per identificare la sede dell'infezione e questo si può avere solo in una paziente stabilizzata. È consigliabile una rimozione precoce della fonte d'infezione tutte le volte che è possibile; è opportuno disporre di sangue e di prodotti del sangue compatibili in occasione dell'intervento.

**IL FUTURO**

La sepsi è nel mondo la causa più frequente di morbidità e mortalità ed è stato fatto un grandissimo lavoro per migliorare la prognosi di questa malattia.

La gestione della sepsi in ostetricia probabilmente può avvantaggiarsi di questo lavoro.

Il Sistema di Sorveglianza del Regno Unito che sta eseguendo uno studio caso-controllo di due anni sulla popolazione ostetrica per valutare l'incidenza, i fattori di rischio associati alla gestione e alla prognosi delle sepsi gravi materne potrà fornire preziose informazioni.

Quesiti di verifica dell'apprendimento		Risposta corretta
1. La frequenza della morte materna per sepsi negli ultimi 25 anni	a) è diminuita b) è aumentata c) è rimasta invariata	b
2. La principale causa di morte materna in Africa è	a) la sepsi b) la gestosi c) l'emorragia	c
3. In gravidanza l'effetto del progesterone sull'immunità cellulo-mediata	a) non si modifica b) aumenta c) si riduce	c
4. L'incidenza d'infezioni materne dopo parto cesareo rispetto al parto vaginale è	a) aumentata ma di poco b) circa il doppio c) aumentata da 5 a 10 volte	c
5. L'incidenza delle infezioni nel TC urgente rispetto al TC d'elezione è	a) simile b) maggiore c) di poco inferiore	b
6. La determinazione della procalcitonina serve	a) a fare diagnosi certa di sepsi b) come guida della durata della terapia antibiotica c) per fare diagnosi di sepsi virale	b
7. Cosa s'intende per "SURVIVING SEPSIS"	a) una modalità di gestione specifica delle sepsi ostetriche b) una scala di rischio di mortalità delle sepsi ostetriche c) una modalità di trattamento delle sepsi	c
8. Nella sepsi ostetrica i blocchi centrali sono	a) indicati come prima scelta per il minor carico farmacologico b) indicati solo nel paziente emodinamicamente stabile c) controindicati	c
9. Dopo l'introduzione del lavaggio delle mani con disinfettante, la riduzione delle infezioni puerperali passò dal 18% al	a) 7,2% b) 1,27% c) 3,4%	b
10. La profilassi antibiotica nel parto cesareo	a) non va eseguita per la presenza del feto b) va eseguita prima dell'incisione chirurgica c) va eseguita dopo il ciampaggio del cordone ombelicale	b

## Le Raccomandazioni per il dolore in emergenza

Arrivano anche in italiano le indicazioni utili a uniformare i percorsi terapeutici

Raccomandazioni che hanno lo scopo di dare una traccia per uniformare i percorsi terapeutici in tutte le strutture di emergenza sanitaria in Italia. Il Documento sul trattamento del dolore in emergenza è stato elaborato dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) insieme alla Società Italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (SIMEU), e ad altre cinque Società scientifiche: Italian Resuscitation Council (IRC), Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (SIARED), Società Italiana Sistema 118 (SIS 118), Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD), Società

Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT).

Le Raccomandazioni sono uno strumento di lavoro condiviso con altre figure professionali, che supporteranno gli operatori della Medicina d'Emergenza Urgenza che operano tutti i giorni nei Pronto Soccorso italiani.

“Il 70% degli accessi in Pronto Soccorso - si legge nel comunicato stampa - presenta dolore acuto che deve essere curato al più presto con farmaci da banco (il paracetamolo nel dolore lieve e moderato e farmaci oppioidi nel dolore severo) ma anche con tecniche non farmacologiche come il ghiaccio, tutori, protossido d'azoto, tecniche psicologiche cognitive comportamentali e/o tecniche locoregionali di infiltrazione con anestetici locali o blocchi locoregionali ecoguidati. L'utilizzo dei nuovi protocolli contribuirà anche a ridurre le attuali disparità tra sesso e razza”.

Con le nuove Raccomandazioni - che precisano come l'intero percorso del paziente in Pronto Soccorso debba essere focalizzato anche sul dolore: dalla valutazione in triage, alla somministrazione dell'analgescico più indicato, al monitoraggio successivo - si completano dunque i percorsi ospedale-territorio senza do-

lore auspicati dalla legge 38 del 2010 sul dolore e sulle cure palliative.

Le Raccomandazioni forniscono indicazioni di massima, basate sulle evidenze scientifiche, in merito al trattamento del dolore nei diversi casi di emergenza, differenziando le competenze degli Anestesisti Rianimatori (in particolare nei campi della sedazione e dei blocchi nervosi periferici) da quelle dei Medici non specialisti nella nostra disciplina, per i quali devono prevedersi, specialmente, “adeguata formazione e monitoraggio periodico delle competenze”.

**Il documento integrale su:**  
<http://siared.aaroiemac.it/>



## L'ENPAM: “Nuovo Statuto, Risparmi e Semplificazione”

Accolti alcuni emendamenti proposti da Ordini e Sindacati, tra cui anche l'AAROI-EMAC

Taglio dei costi, Consiglio di Amministrazione più snello, contribuenti che eleggono i rappresentanti che siederanno nel Consiglio Nazionale dell'Ente di Previdenza. Queste sono solo alcune delle novità previste dal nuovo Statuto della Fondazione ENPAM approvato alla fine di giugno, dopo un iter di consultazione che ha coinvolto tra gli altri gli Ordini e i Sindacati. L'entrata in vigore è prevista dopo il via libera dei Ministeri vigilanti.

“L'ultima versione del testo - si legge in una nota della Fondazione - ha accolto gli emendamenti di 21 Ordini (alcuni dei quali tuttavia hanno preferito non partecipare alla votazione), dell'Osservatorio FNOMCeO sulla professione medica-odontoiatrica femminile, delle Consulte Enpam della medicina generale, degli specialisti ambulatoriali, degli specialisti esterni e di vari sindacati” tra cui anche AAROI-EMAC (il testo integrale con le proposte di modifica della bozza dello Statuto ENPAM elaborate dal Presidente Alessandro Vergallo, sono riportate su “Il Nuovo Anestesista Rianimatore” n.3 Maggio/Giugno).

Tra le proposte di modifica AAROI-EMAC accolte da ENPAM, ci sono la chiusura a professionisti diversi da Medici ed Odontoiatri per salvaguardare la rappresentatività; le modalità di sostitu-

zione del Presidente in caso di impedimento provvisorio; l'incompatibilità tra la carica in Consiglio di Amministrazione e quella di ogni altro organo collegiale della Fondazione; le modalità di archiviazione delle sedute che dovranno essere registrate su files e conservate dal Direttore Generale. Parzialmente accolte le osservazioni sulla parità di genere (è stata approvata una rappresentatività minima di genere, pari al 20%), e sull'abrogazione del gettone di presenza (che è stato solamente ridotto e non eliminato). Di seguito la sintesi delle novità, diffusa dalla Fondazione.

“Il testo riduce il numero dei componenti del Cda da 27 a un massimo di 17. Del Consiglio nazionale (il parlamentino della Fondazione) non faranno più parte solamente i Presidenti degli Ordini provinciali dei Medici e dei Dentisti ma anche rappresentanti eletti direttamente dai contribuenti. Prevista inoltre un'autonomia rappresentanza della professione odontoiatrica.

L'ENPAM ha votato una riduzione dei propri compensi e di quelli degli amministratori: gli organi collegiali dell'Enpam si sono tagliati del 20% l'importo delle diarie e dei gettoni di presenza e hanno fissato un tetto ai rimborsi spese. Le somme risparmiate verranno infatti utilizzate per forme di sostegno al credito per i giovani Medici e Odontoiatri.

Il nuovo Statuto fissa l'obiettivo dell'equilibrio di genere e, per cominciare, impone che almeno il 20 per cento dei candidati appartenga al sesso meno rappresentato. Nel Consiglio nazionale, inoltre, ci saranno osservatori dei giovani e dei pensionati.

Il nuovo assetto istituzionale, che prevede anche l'abolizione del Comitato esecutivo, comporterà una significativa riduzione delle spese per gli organi collegiali.

Il nuovo testo statutario si occupa anche della gestione economica, esplicitando il principio della prudenza e stabilendo che gli investimenti siano fatti secondo modelli procedurali. Lo Statuto, inoltre, elenca in maniera più dettagliata le forme di investimento ammesse e riduce la discrezionalità del Consiglio di amministrazione.

Novità riguardano anche i requisiti di moralità e l'accesso alle informazioni: saranno ineleggibili non più solo i condannati in via definitiva ma anche chi patteggia per reati economici, contro la fede pubblica o contro la pubblica amministrazione.

Prevista infine l'adozione di un Codice della trasparenza. Il nuovo Statuto, approvato con 86 voti a favore e 2 astenuti, è frutto di tre anni di lavoro della Commissione paritetica ENPAM-FNOMCeO, del Consiglio di amministrazione dell'ENPAM, delle Consulte, del Consiglio nazionale della Fondazione e del confronto con le Organizzazioni Sindacali di categoria.

In occasione dell'approvazione del nuovo statuto, l'ENPAM ha anche approvato a maggioranza (88 voti a favore, 8 contrari e 3 astenuti) il bilancio consuntivo 2013. Con un patrimonio che sfiora i 15 miliardi e un avanzo di 1,1 miliardi, la cassa dei Medici e degli Odontoiatri si conferma come il più grande ente previdenziale privato italiano. Nel dettaglio il patrimonio netto è salito a 14,97 miliardi, in crescita dell'8,35 per cento rispetto all'anno precedente. L'avanzo di 1,153 miliardi invece è dato dal risultato della gestione previdenziale e patrimoniale, al netto delle spese e delle imposte. Nel 2013 il numero di iscritti attivi è salito a 354.993 e quello dei pensionati a 95.426 unità. Il bilancio ha messo in luce conti previdenziali migliori rispetto alle ipotesi che erano state alla base dell'ultima riforma delle pensioni. Inoltre il patrimonio della Fondazione è pari a dodici volte l'importo delle pensioni pagate nell'anno, quando l'obiettivo minimo fissato dalla legge è di cinque volte. Il bilancio 2013 registra anche l'azzeramento del Fondo oscillazione valori mobiliari, a significare che non c'è più rischio di perdite durevoli su investimenti del passato”.



## Pericolo inquinamento ambientale da gas alogenati

**La Commissione Clinical Risk Management segnala potenziali situazioni di rischio lavorativo**

Sono trascorsi quasi vent'anni dall'introduzione del D.Lgs. n. 626/1994, del sistema normativo comunitario, sulla valutazione dei rischi come metodo e procedura per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nei luoghi di lavoro.

Tuttavia, un così ampio arco di tempo non è stato sufficiente a sgombrare il campo da equivoci ed errori che si perpetuano ancora, minacciando, in molti casi, di compromettere il risultato di salute e sicurezza cui è finalizzata la normativa europea avviata con la direttiva 89/391/CE, anche per effetto di una malintesa "spending review", che talora vede primeggiare, nelle forniture sanitarie, quasi esclusivamente il prezzo al posto della qualità e della sicurezza dei prodotti.

Tutto ciò appare ingiustificabile, soprattutto qualora e laddove venga a mancare una preventiva azione valutativa nel merito dell'acquisizione di tali prodotti, per quanto riguarda sia i rischi sia le misure da adottare.

Prova di questa situazione è quanto recentemente accaduto in diverse Regioni ed ASL per quanto riguarda la fornitura del medicinale generico "Sevoflurano".

La Commissione Clinical Risk Management dell'AAROI-EMAC, facendosi portavoce dei numerosi interpellati pervenuti, deve segnalare che, nonostante ormai da decenni l'inquinamento da gas alogenati in sala operatoria possa essere efficacemente contrastato, in caso di anestesia generale inalatoria, anche attraverso l'adozione di sistemi che consentano il carico e lo scarico dei vapori allo stato liquido "a circuito chiuso", la fornitura del generico medicinale "Sevoflurano", in alcune realtà lavorative, potrebbe rideterminare pericolose situazioni a rischio di inquinamento ambientale da vapori di gas alogenato.

La perniciosità degli effetti della dispersione ambientale di gas alogenati è tristemente nota per l'insorgenza di patologie gravi sul personale presente in Sala Operatoria, con il rischio biologico aggravato dal contatto con liquidi volatili pericolosi.

Come è noto, anche in quest'ottica, e per una adeguata tutela dei lavoratori coinvolti, vengono svolti periodici controlli nelle sale operatorie, al fine di individuare eventuali dispersioni ambientali di gas e di vapori anestetici, ancor più rile-

vanti se si verifica il superamento dei limiti imposti dalle vigenti normative.

È pertanto dovere e diritto di tutti gli Anestesisti Rianimatori rilevare, correggere ed annullare tempestivamente anche le più piccole perdite che possano determinare contaminazioni ambientali, così come la scrivente Commissione è tenuta a segnalare i rischi per la salute di tutti gli Operatori, oltre che per quella dei Dirigenti Medici Anestesisti Rianimatori che l'AAROI-EMAC rappresenta.

Tanto premesso, e venendo al caso concreto, questa Commissione ha rilevato che, con l'utilizzo di prodotti contenenti Sevoflurano forniti da alcune Ditte, ci si trova in presenza di flaconi contenitori ed accessori che non consentono il carico/scarico a "circuito chiuso" dell'alogenato allo stato liquido nel e dal vaporizzatore del ventilatore automatico.

Infatti, per l'utilizzo di tali prodotti, si deve procedere alle seguenti operazioni:

- per iniziare il carico, è necessario rimuovere il tappo del contenitore, esponendo così il vapore allo stato liquido all'aria ambiente prima di poter applicare al flacone un adattatore che consenta di ricaricare il vaporizzatore;
- una volta terminato il carico, è necessario rimuovere l'adattatore, esponendo così nuovamente il vapore allo stato liquido all'aria ambiente prima del riposizionamento del tappo sul flacone;
- per lo scarico, è necessario rimuovere il tappo del flacone e fare defluire il Sevoflurano dal vaporizzatore al flacone, esponendo ancora una volta il vapore allo stato liquido all'aria ambiente prima del riposizionamento del tappo sul flacone.

È poi compito di questa Commissione, nel merito dell'utilizzo di tali prodotti, segnalare altresì le possibili eventualità di fatti accidentali prevedibili, in cui rischio dev'essere adeguatamente contemplato e prevenuto, e cioè:

- il rovesciamento accidentale del flacone ancora privo di adattatore innestato, con rischio di conseguente inevitabile dispersione del vapore allo stato liquido nell'ambiente;
- la caduta accidentale del flacone con l'adattatore innestato, con rischio di rottura del fla-

cone e/o dell'adattatore, e conseguente inevitabile dispersione del vapore allo stato liquido nell'ambiente.

Tali eventualità comporterebbero una rapida ed inevitabile volatilizzazione di quantità elevate di gas alogenato nell'ambiente, con ulteriore rischio di determinare un inquinamento ambientale di grado elevato.

Si fa presente inoltre che il Ministero della Salute, in data 21/11/2013, a chiarimento sulla valutazione dei profili di rischio nell'utilizzo degli anestetici alogenati scriveva che "occorre che siano puntualmente rispettate le disposizioni presenti nel titolo IX del D.Lgs. 81/08, stante la classificazione di tali gas anestetici tra le sostanze chimiche pericolose", e che "pertanto il datore di lavoro è tenuto ad effettuare una valutazione preliminare di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori (e dei pazienti), derivanti dalla utilizzazione di tali sostanze chimiche pericolose e conseguentemente ad adottare le necessarie misure di prevenzione per eliminare o ridurre al minimo il livello di rischio ... (omissis) ... In conclusione il datore di lavoro che intenda utilizzare anestetici alogenati che presentano differenti caratteristiche tecniche e rischi differenziati di dispersione dell'ambiente del gas anestetico, è tenuto ad una attenta valutazione preliminare dei rischi e alla relativa adozione di adeguate misure per minimizzare i rischi, a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e dei pazienti".

Pertanto, occorre valutare con molta attenzione l'utilizzo di prodotti che potrebbero comportare i suddetti rischi per la salute di tutti gli Operatori.

Quanto meno, si rappresenta la necessità di astenersi dall'utilizzare prodotti contenenti Sevoflurano, che non siano stati sottoposti ad approfonditi controlli, in riferimento al rischio di inquinamento ambientale che con il loro uso può determinarsi, allorché i vapori di gas alogenato allo stato liquido vengano liberamente a contatto con l'aria ambiente durante le operazioni di carico e scarico, nonché nella deprecata eventualità di versamento accidentale del liquido dai flaconi, conseguente a rovesciamento o caduta degli stessi.

Come è noto, sul tema della sicurezza, esistono norme e regolamenti chiarissimi ed ine-

ludibili (tra cui: L.81/2008, artt 15 e 225; Circ. Ministero Sanità n. 5 del 14/03/89; Linee Guida ISPESL).

Si ribadisce pertanto che la tutela della sicurezza e della salute sul lavoro costituisce un'esigenza primaria ed essenziale, al cospetto della quale ogni altra è irrilevante.

Infatti, nelle Linee Guida ISPESL e nella L.81/2008, art. 224, comma 1, lettere a) e b) sono chiaramente indicate le disposizioni che garantiscono la sicurezza nella manipolazione dei gas alogenati allo stato liquido, grazie, in particolare, a sistemi di connessione che ne impediscono ab origine la volatilità e la diffusione nell'ambiente di lavoro.

Alla luce di tali considerazioni, alcune Regioni ed alcune ASL hanno ritenuto in corso di gara di aggiudicazione del Sevoflurano, di prendere atto di quanto sopra menzionato, e quindi di procedere all'aggiudicazione della gara stessa alla luce non più del solo prezzo, ma anche delle caratteristiche di sicurezza dei prodotti, quali il sistema di travaso del vapore allo stato liquido dal flacone contenitore al vaporizzatore, e l'infrangibilità del materiale con cui è realizzato il flacone.

Occorre sottolineare, inoltre, il principio più volte espresso dalla giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione Penale (p. es. Cass. Pen. Sez. IV, 10 giugno 2010), proprio in tema di rischio da "agenti chimici" che recita: "l'obbligo del datore di lavoro di prevenzione contro gli agenti chimici scatta pur quando le concentrazioni atmosferiche non superino predeterminati parametri quantitativi, ma risultino comunque tecnologicamente passibili di ulteriori abbattimenti".

Pertanto i valori limiti vanno intesi come semplici soglie di allarme.

Quindi occorre adottare il principio cautelativo il cui acronimo è noto nella pratica con la sigla "ALARA" (As Low As Reasonably Achievable), che impone di mantenere l'esposizione professionale ai prodotti chimici pericolosi "entro i livelli più bassi possibili", curando altresì di "contenere i valori di concentrazione ambientale entro i livelli più bassi possibili".

Il Presidente della Commissione Clinical Risk Management AAROI-EMAC  
 Prof. Quirino Piacevoli

### AAROI-EMAC Molise

## Integrazioni Programmi Operativi: i Sindacati Medici si oppongono

**Ferma presa di posizione: "Il Decreto è per molti aspetti devastante per la Sanità pubblica"**

Netta presa di posizione dell'Intersindacale Medica in Molise. Le OO.SS si oppongono al Decreto firmato dal Presidente della Regione e Commissario ad Acta per l'attuazione dei Piani di Rientro dal disavanzo del Settore Sanitario, Paolo Frattura, che riguarda le "Integrazioni ai Programmi Operativi 2013-2015".

Con un comunicato prima e una conferenza stampa dopo pochi giorni, ANAAO-ASSOMED - CIMO - AAROI-EMAC - CISL MEDICI - ANPO - FVM hanno manifestato la loro totale contrarietà a quanto stabilito nel Decreto.

"Le Organizzazioni Sindacali dell'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, pur consapevoli della necessità di un riordino della Sanità molisana che dia priorità alla lotta ad inefficienze e sprechi, dichiarano la loro ferma contrarietà rispetto ai contenuti del Decreto.

Esso, infatti, è per molti aspetti devastante per la Sanità pubblica, principalmente a causa di un inaccettabile sbilanciamento dell'attribuzione dei posti letto, sia per acuti che per post acuti, nettamente a favore delle strutture private accreditate che non sono state minimamente sfiorate dai tagli.

Con la completa attuazione del provvedimento del Commissario ad Acta, e la conseguente soppressione indiscriminata di tante Unità Operative negli ospedali pubblici, si trasferiscono, di fatto, molte attività alla esclusiva o quasi esclusiva competenza delle strutture private.

La conseguenza che emerge a causa della pesantissima riduzione dei posti letto e dei servizi è l'impossibilità, presso quanto resta dell'ospedalità pubblica, in specie ad Isernia e Termoli, di garantire un'assistenza di qualità oggi sempre più



dipendente dall'attività integrata di più specialità medico-chirurgiche.

Né è un esempio il conferimento della competenza sulle patologie oncologiche unicamente agli ospedali "Cardarelli" e "Cattolica" che costringerà migliaia di sfortunati e incolpevoli cittadini molisani che vivono nelle zone colpite da questa impietosa ed ingiusta scure, a dolorosi "viaggi della speranza" intraregionali anche per una terapia che in molti casi è somministrabile in Day Hospital.

Le scriventi OO.SS. ritengono che la "tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", così come previsto dall'art 32 della Costituzione, debba essere garantita da un Sistema in cui il privato non tenda a sostituirsi al pubblico, ma sia complementare ad esso.

Le sottoscritte Organizzazioni della Dirigenza Medica e Veterinaria non intendono sottrarsi ad un processo volto a razionalizzare il Sistema Sanitario Regionale del Molise, che senz'altro può e deve recuperare in efficienza e ricordano come sono stati in prima linea quando si è trattato d'identificare ed eliminare gli sprechi, ma respingono fermamente, principalmente per le ragioni innanzi esposte, il Piano del Commissario ad Acta e chiedono l'immediata attivazione di un tavolo di confronto al livello politico-istituzionale, in mancanza del quale preannunciano iniziative di protesta".

Il NO al Piano Operativo del Commissario Paolo Frattura è stato ribadito in una conferenza stampa in cui i Sindacati hanno sottolineato di essere stati estromessi totalmente dalla discussione sul riordino della Sanità, nonosiano gli "addetti ai lavori". Sono stati poi sottolineati gli effetti dannosi della "sperequazione" sul privato anche per la rete dell'emergenza-urgenza. "I privati - ha affermato David Di Lello, Presidente AAROI-EMAC Molise, nel corso della conferenza stampa - allo stato non sono del tutto integrati nella rete, ad oggi sono le strutture pubbliche le prime ad intervenire in casi urgenti. Si rischia di creare un ulteriore ingolfamento rispetto a quello già presente nei Pronto soccorso della nostra regione".

# L'INPS chiarisce tempi e modi della liquidazione

## Le modalità cambiano a seconda di quando si maturano i diritti per il pensionamento

L'INPS, con la circolare n.73 del 5 maggio, chiarisce le nuove regole in materia di pagamento rateale e di termini di erogazione dei Tfs e dei Tfr, introdotte dall'art.1, commi 484 e 485, della Legge 27 dicembre 2013, n.147 (Legge di Stabilità 2014).

La legge ha esteso la modalità di pagamento rateale dei Tfs e dei Tfr dei dipendenti pubblici nonché degli altri dipendenti iscritti alle gestioni delle indennità di fine lavoro dell'Istituto (ex ENPAS ed ex INADEL) anche alle prestazioni di importo lordo complessivo superiore a 50.000 euro ed ha innalzato a 12 mesi il termine di pagamento anche delle prestazioni erogate con riferimento a cessazioni dal servizio intervenute per raggiungimento del limite di età o di servizio.

In particolare, il comma 484 dell'articolo 1, ha stabilito che, in relazione alle cessazioni dal servizio che intervengono dal 1° gennaio 2014 e con riferimento ai dipendenti che maturano i requisiti per il pensionamento a partire dalla stessa data, i trattamenti di fine servizio e fine rapporto, comunque denominati, vengano corrisposti: in unica soluzione se di importo pari o inferiore a 50.000 euro; in due o tre rate annuali, se di ammontare superiore a 50.000 euro a seconda che l'importo complessivo superi i 50.000 euro ma sia inferiore a 100.000 (in tal caso le rate sono due: 50.000 la prima e la parte eccedente la seconda) ovvero sia pari o superiore a 100.000 euro (e in tal caso le rate sono tre: 50.000 la prima; 50.000 la seconda e la parte eccedente i 100.000 la terza).

Inoltre è stato elevato a 12 mesi il termine di pagamento dei Tfs e dei Tfr per i dipendenti che cessano dal rapporto di lavoro per il raggiungimento dei limiti di età o di servizio previsti dall'ordinamento dell'ente di appartenenza. Anche tale incremento ha effetto per le cessazioni che intervengono dal 1° gennaio 2014 e con riferimento al personale che matura il diritto a pensione a decorrere dalla stessa data.

Per i dipendenti che cessano dal servizio avendo conseguito i requisiti pensionistici entro il 31 dicembre 2013, si applica, invece, la disciplina previgente che dispone che le indennità di fine servizio e di fine rapporto vengano corrisposte:

- in un unico importo annuale se l'ammontare complessivo della prestazione, al lordo delle relative trattenute fiscali, è pari o inferiore a 90.000 euro;
- in due importi annuali se l'ammontare complessivo della prestazione, al lordo delle relative trattenute fiscali, è superiore a 90.000 euro ma inferiore a 150.000 euro; in tal caso il primo im-

portato annuale è pari a 90.000 euro ed il secondo importo annuale è pari all'ammontare residuo;

breve in relazione al quale la prestazione deve essere liquidata entro 105 giorni dalla cessazione;

- la prestazione non può essere liquidata e messa in pagamento prima di dodici mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro quando questa è avvenuta per: raggiungimento dei limiti di età; cessazioni dal servizio conseguenti all'estinzione del rapporto di lavoro a tempo determinato per raggiungimento del termine finale fissato nel relativo contratto di lavoro; cessazione dal servizio a seguito di risoluzione unilaterale del rapporto

di lavoro ai sensi dell'art.72, comma 11, del Decreto Legge 112/2008.

Ricordiamo, inoltre che la prestazione non può essere liquidata e messa in pagamento prima di 24 mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro, quando questa sia avvenuta per cause diverse da quelle sopra richiamate, anche nell'ipotesi in cui non sia stato maturato il diritto a pensione. Tra queste cause vengono indicate, in particolare, le dimissioni volontarie, con o senza diritto a pensione anticipata e il recesso da parte del datore di lavoro (licenziamento, destituzione dall'impiego etc.).

Non sono interessate (deroghe) dai termini sopra indicati le tipologie di dipendenti lavoratori che hanno maturato i requisiti contributivi ed anagrafici per il pensionamento, sia di anzianità che di vecchiaia (raggiunti limiti di età o di servizio) prima del 13 agosto 2011.

Per il personale interessato da tali deroghe, pertanto, i termini rimangono di 105 giorni per le cessazioni dal servizio per inabilità, decesso, limiti di età o di servizio previsti dagli ordinamenti di appartenenza (comprese le cessazioni per limiti di età o raggiungimento della massima anzianità contributiva a fini pensionistici, a condizione che i relativi requisiti siano stati maturati entro il 12 agosto 2011), e per le cessazioni dal servizio conseguenti all'estinzione del rapporto di lavoro a tempo determinato per raggiungimento del termine finale fissato nel relativo contratto di lavoro e di 6 mesi per tutte le altre casistiche.

Non sono interessati dal termine a regime di 12 mesi, i lavoratori che hanno maturato i requisiti contributivi ed anagrafici per il pensionamento, sia di anzianità che di vecchiaia (raggiunti limiti di età o di servizio) dopo il 12 agosto 2011 ed entro il 31 dicembre 2013 e che cessano per raggiunti limiti di età.

Infine, viene sottolineato sempre dalla circolare 73, che il solo possesso dei 57 anni di età e dei 35 di contribuzione, necessari per le donne per l'esercizio dell'opzione per ottenere il trattamento pensionistico calcolato secondo il sistema contributivo, non può essere considerato come un autonomo requisito per il diritto alla pensione e, pertanto, non è idoneo a determinare l'applicazione delle deroghe previste dalle norme.

Claudio Testuzza

Esperto in tematiche previdenziali



• in tre importi annuali se l'ammontare complessivo della prestazione, al lordo delle relative trattenute fiscali, è uguale o superiore a 150.000 euro; in tal caso il primo importo annuale è pari a 90.000 euro, il secondo importo annuale è pari a 60.000 euro e il terzo importo annuale è pari all'ammontare residuo.

Le disposizioni legislative (L.238/2011 e L.147/2013) hanno anche introdotto modifiche

Le disposizioni legislative (L.238/2011 e L.147/2013) hanno anche introdotto modifiche

## Diagnosi sbagliata e rifiuto delle cure

### La Corte di Cassazione condanna medico per omicidio colposo

Il medico che sbaglia diagnosi non può difendersi dall'accusa di omicidio colposo sostenendo che il suo assistito ha volontariamente rifiutato le cure. Con la sentenza n.17081/2014, la quarta sezione penale della Corte di Cassazione ha dichiarato infondato il ricorso di un medico condannato dalla Corte d'Appello di Firenze per omicidio colposo. «Il dissenso alle cure mediche - ha specificato la Cassazione -, per essere valido ed esonerare così il medico dal potere-dovere di intervenire, deve essere espresso, inequivocabile e attuale» e deve presupporre la consapevolezza, da parte del paziente, della malattia da cui è afflitto.

In primo grado, con rito abbreviato, il Gip del tribunale di Firenze aveva ritenuto il medico responsabile del decesso di una sua paziente a causa di un linfoma di Hodgkin giunto a uno stadio avanzatissimo senza che fosse mai stato diagnosticato. Il medico, ignorando persino i segni fisici esteriori della malattia evidenti nelle ripetute visite effettuate, aveva insistito nell'attribuire a fattori psicologici i sintomi e i disturbi lamentati dalla donna, impedendo

alla paziente di curarsi e di guarire. I giudici di secondo grado si sono limitati a confermare la condanna, riducendo però la pena da un anno a otto mesi di reclusione.

A sua discolpa il sanitario aveva affermato che la donna, nelle ultime settimane di vita, avrebbe volontariamente evitato ogni terapia (durante il processo d'appello è stato poi chiarito che la paziente aveva rifiutato di assumere antidepressivi non pensando però che le proprie condizioni di salute avessero una base organica e confidando nella sostanziale correttezza della diagnosi formulata dal medico, al punto da non ritenere necessario rivolgersi ad altri specialisti).

Proprio sulla base del rifiuto delle cure, il medico si è rivolto alla Cassazione che però è stata nettissima nel rigettare questa tesi: «di un rifiuto - precisa la Cassazione - si potrebbe parlare se da parte del medico vi fosse stata una corretta ipotesi diagnostica e ciò nonostante la persona offesa avesse continuato a sottrarsi alla prescrizione di accertamenti e a non assumere le terapie prescritte». E ancora: «in tema di colpa medica il rifiuto di cure mediche consiste nel consapevole e volontario comportamento del paziente, il quale manifesti in forma espressa, senza possibilità di fraintendimenti, la deliberata e informata scelta di sottrarsi al trattamento medico. Consapevolezza che può ritenersi sussistente solo ove le sue condizioni di salute gli siano state rappresentate per quel che effettivamente sono, quanto meno sotto il profilo della loro gravità».

Nella fattispecie senza dubbio il medico ha formulato una diagnosi errata e la paziente si è fidata, rifiutando soltanto l'assunzione di antidepressivi «che in nulla - si legge nella sentenza della Cassazione - avrebbero modificato il decorso della grave patologia che la affliggeva». Mai la donna è stata portata a conoscenza dell'effettiva natura e gravità della patologia. E quindi non c'è alcuno spazio per l'ipotizzato rifiuto di cure, che tra l'altro non si può assimilare a «un comportamento meramente passivo, che può trovare anche nelle scadute condizioni di salute la propria causa». (Fonte: *IlSole24Ore*)



## Responsabilità

### Il Primario deve sempre vigilare

Affidare una paziente alla cura di un altro medico non esclude né la responsabilità per imperizia del medico né quella per negligenza del Primario che ha mancato di vigilare sulla salute della paziente supervisionando l'operato di medici del suo reparto attraverso un rapporto critico-dialettico.

Lo ha stabilito la Corte di Cassazione, con la sentenza 4985/2014 depositata il 31 gennaio 2014, chiamata a pronunciarsi sul decesso per coma diabetico di una donna di 24 anni al terzo mese di gravidanza. La donna fu dapprima ricoverata nella clinica privata dove prestava servizio il suo ginecologo, ma, si evidenzia nella sentenza, «sebbene le condizioni della donna peggiorassero, i diversi medici che si alternarono tennero un atteggiamento noncurante». Oltre alla responsabilità per imperizia, legata alla mancata diagnosi, i giudici hanno infatti evidenziato la colpa per «negligenza» e «disinteresse» dei medici. In particolare quella del Primario, per non avere vigilato sullo stato di salute della paziente mentre era assistita dagli altri medici del reparto. Aspetto, quest'ultimo, che gli avvocati difensori avevano invece invocato quale attenuante sulla base del principio di affidamento. Un richiamo «inconfidente» la Corte di Cassazione. Perché «il Primario era tenuto a ruolo di supervisione nei confronti degli altri terapeuti presenti nel reparto, anche quando i pazienti erano ad essi affidati». (Fonte: *Quotidiano Sanità*)



## Gli Anestesisti Rianimatori Italiani non sono Eutanasisti

Le puntualizzazioni sulle dichiarazioni choc rilasciate alla stampa da un Collega in pensione



L'AAROI-EMAC (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza ed Area Critica), in rappresentanza di tutti gli iscritti all'Associazione, che quotidianamente prestano la loro opera professionale specialistica nelle sale operatorie e nelle terapie intensive degli ospedali, nonché in tutte le altre attività di assistenza a tutti i pazienti che per patologia acuta o cronica necessitano del loro operato, prende le distanze da ogni interpretazione strumentale di una recente intervista ad un Collega.

“La dolce morte è una pratica consolidata negli ospedali italiani, ma per ragioni di conformismo e di riservatezza non se ne parla” avrebbe “confessato” un anestesista in pensione ultraottogenario, intervistato da un giornalista di un quotidiano sardo, provocando, sulla scia di parole gettate a riecheggiare in modo confuso (eutanasia, dolce morte, anestesia letale), successivi interventi ancor più fuorvianti, che vorrebbero equiparare il significato a quello della “desistenza terapeutica”.

Le questioni etiche legate ai delicati temi della “fine vita” sono troppo complesse per essere affrontate in questo modo.

Il progresso scientifico e tecnologico è oggi molto più rapido di quello sociale e giuridico, ma proprio per questo motivo non può continuare ad essere terreno di scontro di differenti, e spesso individuali, posizioni culturali o religiose, né tanto meno di interventi contraddittori della magistratura, com'è avvenuto in diverse occasioni, per esempio, di recente, nel “caso Stamina”.

Ai politici, ai giuristi, e agli esperti di bioetica, se ne sono in grado, spetti e basti l'òner di affiancare ai mezzi di cui dispone la scienza medica strumenti legislativi ed ordinamentali diversi, e/o migliori, di quelli attuali.

Agli anestesisti rianimatori italiani, il cui operato deve attenersi alle norme di legge vigenti e, secondo scienza e coscienza, al codice deontologico, nel rispetto dei pazienti e dei loro familiari, non può pertanto, per altrettanto rispetto che è loro dovuto, essere attribuita l'etichetta di “eutanasisti”.

Alessandro Vergallo  
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC

### A tutti gli Iscritti

Compilate il Questionario!

L'AAROI-EMAC chiede a tutti gli Iscritti di dedicare 10 minuti di tempo per compilare il Questionario sul Benessere Organizzativo disponibile online sul sito dell'Associazione all'indirizzo:

[www.aaroiemac.it/site/i-questionari/benessere-organizzativo.html](http://www.aaroiemac.it/site/i-questionari/benessere-organizzativo.html).

I dati risultanti aiuteranno l'Associazione a migliorare la VOSTRA vita lavorativa.

Il Questionario\* è online fino e non oltre il 31 Ottobre 2014.

I dati inseriti saranno trattati nel pieno rispetto della normativa sulla privacy, saranno elaborati esclusivamente in forma aggregata per soli fini statistici, e non saranno in alcun modo riconducibili alla singola persona

\* 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 degli iscritti all'AAROI-EMAC

I QUESTIONARI AAROI-EMAC

AAROI-EMAC  
 Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani  
 Emergenza Area Critica



### Linee Guida per zone di guerra, calamità ed emergenze

Un nuovo gruppo di studio SIAARTI per applicarle all'Anestesia e Rianimazione

Linee Guida applicabili all'Anestesia e Rianimazione in “teatro operativo” (zone di guerra) e utilizzabili anche durante i soccorsi in occasione di calamità naturali e maxiemergenze. Per realizzarle, è nato, all'interno della Società Italiana di Anestesia Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) un nuovo Gruppo di Studio formato da Anestesisti Rianimatori di ospedali e strutture sanitarie civili ma che, essendo appartenenti al Corpo Militare della C.R.I. o alla “Riserva selezionata” delle Forze Armate, partecipano a missioni nazionali ed internazionali.

L'AAROI-EMAC auspica che questa iniziativa possa coinvolgere presto nel Gruppo di Studio gli Anestesisti Rianimatori Militari di carriera.

Spiega Paolo Marin, Maggiore medico del Corpo Militare della Croce Rossa Italiana, Coordinatore degli Anestesisti Rianimatori del Corpo Militare della CRI, nonché Anestesista Rianimatore all'Ospedale Santa Maria della Misericordia

di Albenga (Savona), che le difficoltà più grandi dell'intervenire in zone difficili, sono legate alle condizioni ostili nelle quali ci si trova a lavorare perché rispetto al lavoro in sala operatoria le risorse sono limitate nella quantità e nella qualità. “Con gli elettromedicali, esistenti oggi in commercio - afferma però il dottor Marin -, si è raggiunto un livello di efficienza paragonabile a quello degli ospedali operanti in ambito civile”. Ma questo discorso vale solo quando si prendono “in considerazione gli ospedali da campo sberlizzati, cioè costituiti da unità modulari simili a container collegati tra di loro a formare un vero e proprio ospedale. I progressi in questo campo sono enormi - ribadisce Paolo Marin - basti solo pensare a elettromedicali che in uno spazio di pochi decimetri cubi riescono a performare l'attività di una Intensive care unit (ICU) combinando un concentratore di ossigeno, un ventilatore da anestesia e da

rianimazione, un sistema di aspirazione ed un monitor multiparametrico. Negli ultimi decenni di storia della medicina (soprattutto in ambito anestesiológico-rianimatorio) farmaci, elettromedicali e linee guida usate in ambito militare sono poi state applicate allo scenario civile”.

Quello che dovunque un medico si trovi non può però mancare, è, conclude Marin, “una buona preparazione ottenuta tramite esercitazioni che simulano esattamente quello che accade in teatro operativo, una continua ed aggiornata informazione sulle novità internazionali relative ai prodotti ‘salvavita’ utilizzabili in ambito militare, un Kit di primo soccorso (nel gergo internazionale IFAK - individual first aid kit) che contiene, seguendo le linee guida internazionali, gli strumenti per permettere un'adeguata rianimazione del ferito”.

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

#### Travagli tra vagli

Travagli tra vagli vuol dire che si passerà al vaglio, cioè al setaccio, la parola travaglio, con i suoi vari significati e le sue sollecitazioni.

Per gli Anestesisti la parola travaglio fa subito pensare ad una ricoverata che sta per partorire.

Con dolore? O con la partoanalgesia? Beh, dipende da diverse cose: dall'Ospedale in cui è andata, dal giorno della settimana, dall'ora in cui è arrivata ad una certa dilatazione, dal numero delle piastrine, dalle urgenze contemporanee.

Travaglio fa anche pensare ad un possibile taglio cesareo.

Con la spinale? Speriamo che la schiena non sia brutta. O in anestesia generale? È un'intubazione difficile? Ho tutto pronto sul carrello? Ho passato in rassegna le linee guida?

Tanti e tanti anni fa, generazioni e generazioni di Anestesisti fa, le partorienti potevano morire con una certa frequenza allorché, al momento dell'intubazione, compariva la terribile immagine del rigurgito che - come uno tsunami - inondava, una dopo l'altra, faringe, laringe, trachea, bronchi, bronchioli, fino agli acini e agli alveoli polmonari. Polmonite “ab ingestis”. Un nome latino per non spaventare troppo chi lo pronunciava. O forse perché era “ingestibile”? Mendelson, per noi, non era il grande musicista (Jakob Ludwig Felix, 1809-1847), ma piuttosto il nome di una sindrome ostetrica mortifera.

Ma passiamo alle dirette interessate. Per la futura madre la

parola travaglio prende la forma di una sala accogliente, la “sala travaglio” (anticamera della faticosa sala parto) dove verrà condotta quando cominciano le contrazioni, quelle giuste, quelle utili e da tolografare (dal greco *tòkos*, parto) con la “macchina tolografica”. Già, tolografie ed ecografie (da mostrare a parenti ed amici) hanno sostituito le vecchie fotografie in bianco e nero dei nostri nonni: il pupo nudo a pancino in giù, che sorride con i radi boccoli pettinati a banana.

Ma la parola travaglio come nasce? Beh, tanto per cambiare, nasce (non in sala parto) dal latino. *Tripalium*: strumento di tortura, formato da tre (*tres*) pali (*palus, pali*). Il Nuovo Zingarelli ne dà tre definizioni.

1. Lavoro duro, faticoso, penoso (e la partorienti lo fa, mettendocela tutta).

2. Angoscia, dolore, pena (e noi dovremmo annullarglieli).

3. Sofferenza fisica, male: travaglio di parto, complesso dei fenomeni che accompagnano l'espulsione del feto dall'utero e che provocano nella donna sensazioni dolorose (è il parto naturale).

Un quarto significato di travaglio è “attrezzatura costituita da materiali diversi per tenere fermi gli animali durante gli interventi terapeutici, la monta o la ferratura”. Non vi sembra un qualcosa che usarono i nostri progenitori, quando non c'erano ancora gli anestetici? È anche un qualcosa che viene talvolta usa-

to, in sala parto o sala operatoria, come contenzione psicologica. Per far stare ferma la signora sul lettino, la si blandisce con espressioni del tipo “Ancora un minuto” “Resista” “Sentirà un po' di male” “Ma non faccia così”. E si continua a dare i punti.

Se invece andate ad aprire dizionari di lingue straniere a noi vicine potreste forse scoprire che esiste un curioso scambio di termini. In francese travail vuol dire lavoro. In inglese labour vuol dire travaglio. Tra parentesi, travaglio (o doglie del parto) in latino si dice *labor, laboris*.

Travaglio, travail, lavoro, labour, laboriosità. Il nostro tempo post-moderno è stato definito dal cardinal Scola un tempo di travaglio, piuttosto che un tempo di crisi. Dal continuare a parlare di crisi nasce solo il lamento che rende statici. Il travaglio, invece, è una laboriosità che anticipa la vita, anticipa la gioia della vita.

Tornando al nostro caro Zingarelli, poco più su potete leggere il vocabolo “travagliare”. Nel significato di “recare molestia, sofferenza” viene citato Leopardi: *Oimè, se questo è amor, com'ei travaglia!* È un verso della poesia intitolata “Il primo amore”. Travaglio è anche poesia!

E qui come si fa a non pensare al leopardiano “Sabato del villaggio”? Sabato che “di sette è il più gradito giorno ... diman tristezza e noia recheran l'ore, ed al travaglio usato ciascuno in suo pensier farà ritorno”.

# QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

## DOTAZIONE STANZE-SPOGLIATOI

**Quesito:** Esiste un documento riguardante la dotazione di stanze-spogliatoi-studi per i medici ospedalieri?



**Risposta:** Il d.lgs 81/2008 s.m.i. (il c.d. "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro") detta le disposizioni in materia di locali ed ambienti adibiti a spogliatoio ed a luogo di riposo. Ne pubblichiamo un estratto rinviando, per una completa informazione, alla lettura integrale dello stesso. Per gli studi per i medici ospedalieri non è prevista una specifica normativa. Sarà pertanto opportuno verificare, regione per regione, se contemplata nei requisiti

minimi strutturali per l'accreditamento delle strutture sanitarie, o se prevederle in sede di contrattazione integrativa aziendale.

### Allegato IV

#### 1.11 Locali di riposo

1.11.1.1. Quando la sicurezza e la salute dei lavoratori, segnatamente a causa del tipo di attività, lo richiedono, i lavoratori devono poter disporre di un locale di riposo facilmente accessibile.

1.11.1.3. I locali di riposo devono avere dimensioni sufficienti ed essere dotati di un numero di tavoli e sedili con schienale in funzione del numero dei lavoratori.

1.12. Spogliatoi e armadi per il vestiario

1.12.1. Locali appositamente destinati a spogliatoi devono essere messi a disposizione dei lavoratori quando questi devono indossare indumenti di lavoro specifici (...).

1.12.2. Gli spogliatoi devono essere distinti fra i due sessi e convenientemente arredati.

1.12.3. I locali destinati a spogliatoio devono avere una capacità sufficiente, essere possibilmente vicini ai locali di lavoro aerati, illuminati, ben difesi dalle intemperie, riscaldati durante la stagione fredda e muniti di sedili.

1.12.4. Gli spogliatoi devono essere dotati di attrezzature che consentono a ciascun lavoratore di chiudere a chiave i propri indumenti durante il tempo di lavoro.

A.C.

## PERIODO DI PROVA E FERIE

**Quesito:** Periodo di prova: le ferie godute durante i sei mesi vanno recuperate?

**Risposta:** Il CCNL del 08/06/2000, che norma, all'articolo 14, il periodo di prova, non fa alcun esplicito riferimento alle ferie. Tuttavia, mentre il comma 3 del suddetto articolo recita: "Il periodo di prova è sospeso in caso di assenza per malattia e negli altri casi espressamente previsti dalla legge o dai regolamenti vigenti ai sensi dell'art. 72 del d.lgs n. 29 del 1993" (testo inalterato rispetto al comma 3 del precedente articolo del CCNL di riferimento, quello del 05/12/1996), il predetto art. 14 del CCNL

del 08/06/2000 introduce, al comma 2, il principio secondo cui "Ai fini del compimento del suddetto periodo di prova si tiene conto del solo servizio effettivo prestato", il che, secondo alcune interpretazioni restrittive, includerebbe le ferie tra le cause di sospensione del periodo di prova, la cui durata ne sarebbe prolungata di conseguenza.

Del resto, quali siano tali "altri casi", non viene dettagliato né da specifiche norme di legge, né dal citato d.lgs n. 29 del 1993 (che non fa riferimento a specifici regolamenti applicabili alla Dirigenza Medica, rinviando a sua volta la materia, in generale, alla contrattazione collettiva, la quale come suddetto non menziona esplicitamente le ferie tra le cause di sospensione del periodo di prova),

La normativa in materia, pertanto, non è esaustiva, ma, a parte le diverse possibili interpretazioni contrattuali, occorre tener presente che alcune sentenze (tra cui, piuttosto recente, la n. 4573 del 22 marzo 2012 della Cassazione - Sezione Lavoro) hanno di fatto determinato, come interpretazione generale, che il decorso di un periodo di prova, mentre non è sospeso da ipotesi di mancata prestazione lavorativa inerenti al normale svolgimento del rapporto, quali i riposi settimanali e le festività, deve invece ritenersi sospeso - considerata la "funzione del periodo di prova concordato tra le parti, che è quello di consentire alle parti stesse di verificare la convenienza della collaborazione reciproca" - in relazione ai giorni in cui la prestazione non si è verificata per eventi quali la malattia, l'infortunio, la gravidanza e il puerperio, i permessi, lo sciopero, la sospensione dell'attività del datore di lavoro, e il godimento delle ferie annuali, che, in base alla sentenza in questione, "interrompono la decorrenza del periodo di prova, che si prolunga per i giorni (...) fruiti dal lavoratore (a meno, naturalmente, che la loro fruizione non fosse stata prevista preventivamente all'interno del patto)".

A.C.

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

## PROGRAMMAZIONE DEI TURNI

**Quesito:** C'è una legge che regola la programmazione dei turni? È normale che i turni settimanali escano soltanto il venerdì o addirittura il sabato precedenti?

### Risposta:

Non esiste una legge, ma una sentenza, la n. 12962 del 21 maggio 2008 della Sezione Lavoro della Cassazione che dovrebbe convincere il Dirigente sovraordinato a pianificare la turnazione con congruo anticipo, in maniera da non condizionare la qualità di vita dei propri collaboratori e che potrebbe avere ricadute negative sulla performance della propria Unità Operativa.

D.M.

## TURNI DI 12 ORE E PAUSA

**Quesito:** In un turno di 12 ore diurne, di cui le prime 6 di attività aggiuntiva, ci deve essere almeno mezz'ora di "pausa pranzo"? E se le sei ore aggiuntive venissero messe in successione alle sei ore "normali"? È legale togliere 30 minuti di "pausa pranzo" quando invece si esegue un turno di 12 ore diurno senza attività aggiuntiva?

**Risposta:** La risposta alle prime due domande è no. Il turno aggiuntivo è effettuato in libera professione, al di fuori del normale orario di servizio; è una scelta del Dirigente che venga eseguito senza soluzione di continuità rispetto ai compiti istituzionali. È normale che un turno di dodici ore venga interrotto da un congruo periodo di tempo, sufficiente a recuperare le energie psicofisiche ed a consumare il pasto (almeno dieci minuti secondo il D.lgs 66/2003). Quello che non è normale è che non se ne voglia beneficiare, e che questo possa ricadere in termini di responsabilità sul Dirigente che non ne ha goduto, soprattutto se i trenta minuti vengono comunque defalcati dall'orario di servizio. Allo stesso modo ritengo non solo non sia normale, ma addirittura inaccettabile, dedicare un turno di dodici ore continuativamente ad attività di sala operatoria, quando le raccomandazioni delle Società Scientifiche di riferimento della nostra disciplina specialistica (a suo tempo condivise anche dall'AAROI dell'epoca) e soprattutto il buon senso dovrebbero impedirlo.



È fondamentale quindi che in sede di contrattazione integrativa aziendale siano pianificate inequivocabilmente le regole che devono normare questo particolare aspetto dell'orario di lavoro, garantendo il rispetto delle pause e la diversificazione delle attività quando previsti turni che eccedano le sei ore.

D.M.

## VALUTAZIONE DEL DIRIGENTE MEDICO

**Quesito:** È confermato che le attività aggiuntive, non essendo obbligatorie, non costituiscono elemento per la valutazione del dirigente medico?

**Risposta:** Le attività aggiuntive non devono costituire elemento di valutazione.

La valutazione del dirigente medico è un processo integrato ed articolato in due steps.

Gli attori sono sempre, il dirigente valutato ed i valutatori di I e II istanza.

La valutazione è annuale (di pertinenza del Dirigente sovraordinato e dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance o OIV), e triennale ovvero a scadenza di contratto (Dirigente sovraordinato e Collegio tecnico).

Nel primo caso gli obiettivi, al raggiungimento dei quali verrà corrisposto lo stipendio di risultato, devono essere concordati e sottoscritti tra valutato e valutatore di I istanza (nella maggior parte dei casi il Direttore di S.C.).

In caso di Struttura (semplice o complessa), gli obiettivi sono tanto di tipo gestionale (budget), quanto di tipo professionale. Per gli altri incarichi, cioè lettera "c" e "d" art. 27 CCNL 2000, gli obiettivi sono solo di natura professionale, e gli indicatori sono generalmente semplici (rispetto dell'orario di lavoro, customer satisfaction, rispetto del codice comportamentale, capacità di interagire con l'innovazione tecnologica, compilazione delle S.D.O., etc.).

Che le prestazioni aggiuntive non possano essere elemento di valutazione del Dirigente, lo si desume dall'art. 55 del CCNL 2000 il quale esordisce così:

1. L'esercizio dell'attività libero professionale avviene al di fuori dell'impegno di servizio...

È evidente dunque come l'ALPI non possa essere considerata indicatore di obiettivo da raggiungere.

Inoltre, lo stesso articolo continua, al comma 2, così:

2. Si considerano prestazioni erogate nel regime di cui alla

lettera d) del comma 1 anche le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge...

Come si potrebbe dunque, anche nel caso non si considerasse inappropriato come indicatore, stabilire un cut off al raggiungimento del quale corrispondere lo stipendio di risultato, per prestazioni che devono essere comunque considerate "eccezionali e temporanee"?

Ed anche per quanto riguarda la valutazione professionale effettuata dal Collegio Tecnico al terzo anno o a scadenza di contratto, l'art. 28 del CCNL 2002/2005 al quale si rimanda, elenca in dieci punti gli elementi per la valutazione del dirigente, ma in nessuno di essi si intravede tra le righe o si fa esplicito riferimento (né potrebbe essere altrimenti) alle prestazioni aggiuntive.

In recenti sentenze invece i Giudici tendono a considerare l'eccezione oraria (e non le prestazioni aggiuntive), uno strumento da utilizzare per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali, motivo per il quale è fortemente indicato non concordare obiettivi quantitativi (che dipendono dalle Unità Chirurgiche più che da noi), e recuperare sempre eventuali eccedenze orarie, nei termini contrattualmente previsti.

D.M.

## DISDETTA TURNO AGGIUNTIVO

**Quesito:** È lecito e/o corretto da parte del direttore di UOC comunicare, due giorni prima, disdetta verbale di un turno aggiuntivo di sala operatoria pianificato nel turno ufficiale del mese in corso?

**Risposta:** Le prestazioni aggiuntive sono espressione di un contratto di tipo libero professionale che intercorre tra l'Azienda ed i propri Dirigenti, normato da un atto deliberativo che sempre accettiamo passivamente, demandando al Direttore di S.C. la parte relativa alla contrattazione.

Le scarse competenze di quest'ultimo, o, a volte altro, espongono a buchi come questo.

Sarebbe stato sufficiente ammonire nell'atto deliberativo le UU.OO. richiedenti che, in caso di disdetta non comunicata con sufficiente anticipo, l'importo della prestazione sarebbe stato stornato dal budget della stessa a beneficio del Dirigente.

Quarantotto ore mi sembrano, comunque, un periodo di tempo sufficientemente ragionevole.

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

## A TUTTI GLI ISCRITTI ALL'AAROIEMAC

Abbiamo il piacere di ospitare in questa pagina un quadro sinottico delle attività formative ECM dell'AAROIEMAC e della SIARE.D, suddivise per tipologia, già organizzate e/o in via di organizzazione, che saranno a vostra disposizione nei restanti mesi del 2014, a partire da Settembre, al rientro dalle vostre meritate ferie.

In aggiunta ai classici Corsi Itineranti SIARE.D, che si svolgeranno come di consueto di sabato, sono in via di attivazione i nuovi Corsi Teorico-Pratici SIARE.D, che si svolgeranno anch'essi di sabato; questi ultimi, essendo strutturati con una nuova impostazione, basata su una parte teorica e su una parte pratica, consentiranno, a consuntivo del gradimento riscontrato dai partecipanti, di calibrare al meglio la futura strutturazione degli eventi formativi 2015.

A questi eventi si aggiungerà un nuovo Corso sulla Gestione del Rischio Clinico, previsto in due edizioni che si svolgeranno anch'esse di sabato.

Oltre a questi eventi, saranno organizzati a breve altri eventi formativi "residenziali", di cui sarà data notizia non appena sarà disponibile la loro strutturazione.

Con grande piacere, inoltre, vi diamo notizia del prossimo avvio di un percorso formativo FAD dal titolo "L'aggiornamento in FAD per l'Anestesista Rianimatore - 2014/2015". Tale percorso sarà fruibile dal 01 Ottobre 2014 al 30 Settembre 2015, consentendo, dato l'avvio negli ultimi mesi del corrente anno, di poterlo completare nel prossimo, al fine di iniziare a conseguire in anticipo i relativi crediti formativi.

Infine, vi preannunciamo che l'AAROIEMAC, in collaborazione con la SIARE.D, sta avviando uno studio delle sue convenzioni assicurative, sia nella prospettiva di analizzare metodicamente l'applicazione delle loro condizioni di polizza, sia al fine di ottimizzare al massimo grado possibile il prosieguo del sistema di protezione che l'Associazione mette a disposizione dei propri Iscritti.

A fondo pagina l'informativa su quest'importante iniziativa.

Cordiali saluti!

Adriana Paolicchi  
 Presidente SIARE.D

Alessandro Vergallo  
 Presidente Nazionale AAROIEMAC

## CORSI ECM ITINERANTI SIARE.D 2014

Dopo la pausa estiva, proseguiranno i CORSI ECM ITINERANTI SIARE.D, accreditati da Intesa Provider ECM, riservati agli Iscritti all'AAROIEMAC in regola con il pagamento della quota associativa.

Tutte le informazioni pertinenti a ciascun evento (sede, orario di svolgimento, modalità di iscrizione, etc.) sono disponibili alla seguente pagina del sito web SIARE.D

<http://siared.aaroiemac.it/eventi-scientifici/corsi-e-convegni.html>  
 (Homepage SIARE.D>Menu principale>Eventi Scientifici>Corsi e Convegni)

### CALENDARIO DEI CORSI ITINERANTI SIARE.D 2014 ANCORA DA SVOLGERSI

Data e Luogo	Titolo Corso
13 Settembre 2014 TORINO	CATERERISMO VENOSO CENTRALE: IL POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO, LA GESTIONE E LE COMPLICANZE *** 7 crediti ECM ***
15 Novembre 2014 FIRENZE	GESTIONE PERIOPERATORIA DELL'ANESTESIA TORACICA: VALUTAZIONE, OLV, BRONCOSCOPIA, ANALGESIA *** 10 crediti ECM ***
15 Novembre 2014 BARI	CATERERISMO VENOSO CENTRALE: IL POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO, LA GESTIONE E LE COMPLICANZE *** 7 crediti ECM ***
22 Novembre 2014 VICENZA	GESTIONE PERIOPERATORIA DELL'ANESTESIA TORACICA: VALUTAZIONE, OLV, BRONCOSCOPIA, ANALGESIA *** 10 crediti ECM ***
13 Dicembre 2014 VICENZA	PROBLEMATICHE IPERTENSIVE, TROMBOEMBOLICHE ED EMORRAGICHE IN ANESTESIA *** 6 crediti ECM ***
Data da definirsi BOLOGNA	CATERERISMO VENOSO CENTRALE: IL POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO, LA GESTIONE E LE COMPLICANZE *** 7 crediti ECM ***

## CORSI ECM TEORICO-PRATICI SIARE.D 2014

Nei mesi di Settembre, Ottobre, Novembre, e Dicembre 2014 si svolgeranno i seguenti CORSI TEORICO-PRATICI SIARE.D, accreditati da Intesa Provider ECM, che prevedono 10 crediti ECM e max 50 partecipanti per ciascun evento, riservati agli Iscritti all'AAROIEMAC in regola con il pagamento della quota associativa.

Ogni evento sarà articolato in 4h di parte teorica e 4h parte pratica (orario: 08:30-12:30/13:00-17:00).

Tutte le informazioni pertinenti a ciascun evento (sede, modalità di iscrizione, etc.) saranno pubblicate a breve sui siti web AAROIEMAC e SIARE.D e attraverso gli altri consueti canali informativi delle due Associazioni.

### CALENDARIO DEI CORSI TEORICO-PRATICI SIARE.D 2014 IN PROGRAMMA

CORSO 1 Sicurezza in anestesia loco regionale: dalla scelta dei farmaci alle tecniche	CORSO 2 Medicina iperbarica: indicazioni e gestione
Docenti M. Fondi, M. Martini, E. Melai, M. Parrinello	Docenti C. Iesu M. Brauzzi S. Mancosu
Luoghi e Date: Milano, Sabato 27 Settembre 2014 Firenze, Sabato 18 Ottobre 2014 Potenza, Sabato 15 Novembre 2014 Catania, Sabato 29 Novembre 2014 Vicenza, Sabato 6 Dicembre 2014	Luoghi e Date: Cagliari, Sabato 29 Novembre 2014
Referente: Lorenzo Firmi	Referente: Cesare Iesu
CORSO 3 Problematiche anestesologiche nel bambino	CORSO 4 Ecografia in area critica: dalla teoria alla pratica
Docenti A. Lai, L. Bussolin, A. Simonini, C. Zanaboni	Docenti C. Spena, A. Accattatis, M. Valerio, E. G. Porcile
Luoghi e Date: Cagliari, Sabato 27 Settembre 2014 Palermo, Sabato 11 Ottobre 2014 S. Benedetto del Tronto, Sabato 18 Ottobre 2014 Lamezia Terme, Sabato 15 Novembre 2014 Bologna, Sabato 29 Novembre 2014	Luoghi e Date: Napoli, Sabato 27 Settembre 2014 Genova, Sabato 25 Ottobre 2014 Terni, Sabato 15 Novembre 2014 Bari, Sabato 6 Dicembre 2014
Referente: Fernanda Diana	Referente: Claudio Spena

## CORSO ECM SU GESTIONE RISCHIO CLINICO

A Settembre si svolgerà il seguente CORSO ECM SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, accreditato da Intesa Provider ECM, organizzato in 2 edizioni, una a Milano e l'altra a Trento, che prevedono 4 crediti ECM e max 50 partecipanti ciascuna, per un impegno orario dalle 8:30 alle 14:15. Il Corso è riservato agli Iscritti all'AAROIEMAC in regola con il pagamento della quota associativa.

Tutte le informazioni pertinenti a ciascun evento (sede, modalità di iscrizione, etc.) saranno pubblicate a breve sul sito web AAROIEMAC e attraverso gli altri consueti canali informativi dell'Associazione.

### CALENDARIO DEGLI EVENTI FORMATIVI SULLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN PROGRAMMA

Titolo Corso	Luoghi e Date
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO PERIOPERATORIO: VERSO NUOVI STANDARD DI RIFERIMENTO	Milano, Sabato 20 Settembre 2014 & Trento, Sabato 27 Settembre 2014

## FAD ECM AAROIEMAC 2014-2015

Grazie alla collaborazione con Medigroup (che già nel 2013 ha consentito a 2.500 Iscritti all'AAROIEMAC di conseguire 18 crediti ECM con il Corso FAD dal titolo "L'ipotermia terapeutica nella pratica clinica"), sono in corso di attivazione altrettante 2.500 utenze, per la fruizione di un secondo percorso formativo a distanza (FAD), da ben 25 crediti ECM, dal titolo "L'aggiornamento in FAD per l'Anestesista Rianimatore - 2014/2015", riservato agli Iscritti all'AAROIEMAC in regola con il pagamento della quota associativa.

L'accesso alla piattaforma FAD che ospiterà il percorso formativo sarà operativo dal 01 Ottobre 2014 al 30 Settembre 2015.

Il programma scientifico (da completarsi integralmente per l'acquisizione dei crediti formativi) sarà il seguente:

- Le complicanze polmonari postoperatorie
- La gestione dell'arresto cardiaco traumatico
- Il dolore pediatrico acuto
- La disfunzione mitocondriale e la funzione renale nel paziente settico
- La moderna analgesia in chirurgia toracica
- Ci sono dei bio-markers per l'ARDS?
- Le attuali tecniche anestesologiche per la craniotomia
- Il post-condizionamento e la riperfusione coronarica
- La sepsi nella paziente peripartum
- La termoterapia nel trauma cranico

Tutte le informazioni pertinenti alla FAD ECM AAROIEMAC 2014-2015 (modalità di iscrizione, etc.) saranno pubblicate a breve sul sito web e attraverso gli altri consueti canali informativi dell'Associazione.

## INFORMATIVA CONVENZIONI ASSICURATIVE AAROIEMAC

SI INFORMANO TUTTI GLI ISCRITTI ALL'AAROIEMAC CHE I DATI RELATIVI AGLI AMBITI DELLE CONVENZIONI ASSICURATIVE STIPULATE DALL'AAROIEMAC SARANNO TRATTATI DAGLI ORGANI ISTITUZIONALI DELL'ASSOCIAZIONE, NONCHÉ DA SOGGETTI TERZI IN QUALITÀ DI SUOI INCARICATI, NEL RISPETTO DELLA TUTELA DELLA PRIVACY, AI SENSI DEL D.LGS. N° 196/2003 E S.M.I., COME PREVISTO DALL'INFORMATIVA INTEGRATA ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'AAROIEMAC, FACENTE PARTE DEL VIGENTE REGOLAMENTO ESECUTIVO DEL VIGENTE STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE. L'AAROIEMAC O SUOI INCARICATI POTRANNO PERTANTO CONTATTARE GLI ISCRITTI PER RICHIEDERE INFORMAZIONI FINALIZZATE AL COSTANTE MONITORAGGIO E MIGLIORAMENTO DELLE SUDDETTE CONVENZIONI. I DATI RELATIVI AI SINISTRI SARANNO TRATTATI IN FORMA AGGREGATA PER ESCLUSIVI SCOPI SCIENTIFICI E STATISTICI.