

il nuovo Anestesista Rianimatore

GENNAIO - FEBBRAIO
2015
1
Anno XXXVI

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



Sbloccate le indennità di esclusività

La Legge di Stabilità scongela alcune voci stipendiali, ma non tutto è chiaro

La Legge di Stabilità 2015 ha scongelato alcune voci stipendiali. Nonostante sia tutto nero su bianco in una Legge dello Stato già ampiamente pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale e quindi pienamente in vigore, numerosi sono i dubbi su come e da quando il riconoscimento delle indennità andrà concretamente in busta paga. Soprattutto bisognerà vedere come le singole Regioni si comporteranno rispetto agli arretrati, che dovrebbero essere corrisposti a fronte

di un blocco pluriennale. È una partita tutta da giocare che potrebbe incontrare ostacoli, ma che sarà necessario portare avanti affinché tutti i Medici ottengano quanto prima il giusto riconoscimento.

L'AAROIEMAC si è immediatamente attivata per fare in modo che ciò avvenga. A pagina 3 di questo numero una prima sintetica analisi della situazione, utile per comprenderne alcuni risvolti e i possibili sviluppi.

Centro SimuLearn

Online il calendario del Secondo Trimestre 2015 dei Corsi di Simulazione Avanzata del Centro SimuLearn di Bologna.

Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il "Modulo di iscrizione" disponibile sul sito www.aaroiemac.it, dove sono pubblicate tutte le informazioni di riferimento.

...segue alle pagine 2 e 3

UU.OO. A&R Raccolta Dati in corso

I CENSIMENTI AAROIEMAC

AAROIEMAC



Abbiamo prorogato il termine per partecipare al Censimento AAROIEMAC finalizzato alla raccolta dei dati relativi agli Ospedali ed alle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione presenti sul territorio nazionale. Il Questionario online è quindi ancora compilabile sul sito AAROIEMAC.

La possibilità di avere un quadro aggiornato consentirà all'Associazione di confrontarsi con i diversi soggetti ed interlocutori istituzionali. Una partecipazione quanto più ampia possibile è quindi di fondamentale importanza!

a pagina 3

Rapporti

Corte dei Conti, SDO, OCSE

Tre Rapporti diffusi nel giro di pochi giorni, per fotografare la situazione della Sanità italiana. Ne emerge un quadro fatto di luci e ombre, che da una parte descrive una buona situazione su qualità del servizio, spesa contenuta e personale adeguato (Indagine Ocse), dall'altra punta il dito sull'assenza degli investimenti in tecnologie e infrastrutture che "potrebbe condurre da un deficit contabile a un deficit assistenziale" ("Relazione sulla gestione finanziaria" della Corte dei Conti).

Viene inoltre rivelato, questa volta nel Rapporto SDO, che il trend dei ricoveri e delle giornate di degenza è in discesa, a dimostrazione di una generale diminuzione del volume di attività erogata.

Tagli, Riforma PA, Precari

Sono tanti i provvedimenti che toccano la Sanità



Dall'incertezza sui tagli previsti ai bilanci delle Regioni, che potrebbero coinvolgere - ancora una volta - la Sanità, alla Riforma della Pubblica Amministrazione, tema caldo che interessa tutti i lavoratori del Pubblico Impiego.

Sono diversi i provvedimenti ancora in fase di approvazione e suscettibili di modifiche nei prossimi giorni. È invece arrivato in porto il DPCM Precari, che ha ottenuto il via libera della Conferenza Stato-Regioni e definisce, tra l'altro, le "procedure di reclutamento speciale transitorie 2015-2018".

a pagina 4

Previdenza

Contributi figurativi e Quesiti previdenziali

Nello spazio dedicato alla Previdenza, viene proposta una guida per approfondire il tema dei contributi figurativi: che cosa sono, quando vengono riconosciuti e in quali casi è necessario fare domanda per richiederli.

Sempre in tema di Previdenza, prende il via da questo numero una rubrica realizzata in collaborazione con l'ACIPAMO, Associazione Italiana di Previdenza e Assistenza Medica e Odontoiatrica, per rispondere ai vostri Quesiti su temi previdenziali.



a pagina 13

11° Congresso SIARED

"Save the date" con Titoli Sessioni

Dall'11 al 13 Maggio si svolgerà a Riva del Garda (TN) l'11° Congresso SIARED, dal titolo "Percorsi di cura tra innovazione, tradizione e consuetudini. Diagnosi e trattamento del paziente dall'emergenza all'alta specialità".

In ultima pagina il flyer. Il Congresso è articolato in 12 corsi e 4 workshop, che prevedono tutti il riconoscimento di crediti ECM.



a pagina 16



a pagina 6

Si ripeterà un anno di annunci ad effetto?

Un 2014 trascorso tra un "cinguetto" e l'altro, con continue promesse e dietrofront

I pubblici dipendenti, "grasso che cola", secondo un'auto-riservata ed offensiva definizione da cortile, hanno continuato ad essere additati e puniti in blocco come colpevoli di ogni pessima amministrazione delle risorse disponibili, la cui responsabilità è invece tutta politica, fondata su nomine regionali e aziendali dei vertici gestionali, che seguono logiche troppo ben conosciute per essere celate sotto le "colpe" dei lavoratori, maldestramente strumentalizzate in tal modo come una foglia di fico.

Il rischio dell'applicazione del Jobs Act alla Pubblica Amministrazione è stato per ora accantonato, ma non è certo stato abbandonato, come dimostrano gli scambi di battute, probabilmente preordinate da una furbesca regia, tra i livelli istituzionali coinvolti a vario titolo sulla questione. Un rischio segnalato dall'AAROI-EMAC in tempi non sospetti, sin da quando è iniziato, nei mesi estivi, l'attacco governativo contro l'articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori.

D'altra parte, nel 2014, è stata ben chiara la volontà di ridurre le tutele del lavoro dipendente, soprattutto attraverso il tentativo di indebolire le Organizzazioni Sindacali, oltre che con il susseguirsi di attacchi, ne-

anche tanto velati, ai rappresentanti dei lavoratori, ai quali è stata attribuita la responsabilità di una crisi economica che ha ben altre origini, attraverso la drastica riduzione del 50% dei permessi e dei distacchi a loro spettanti per effetto di un Contratto Collettivo Nazionale Quadro annullato per decreto. L'ennesimo sprezzo governativo del basilare principio democratico "pacta servanda sunt".

Un'altra "purga" sarà invece somministrata, direttamente e senza riguardi di sorta, ai pubblici dipendenti, con i "procedimenti disciplinari più facili", di cui all'articolo "Riforma PA = Licenziamenti?", a 4 di questo numero, ma, si badi bene, con benedette "rassicurazioni", andando ben oltre quell'economicismo in nome del quale sono già state impietosamente sacrificate efficienza, efficacia, appropriatezza, sicurezza, nel mentre hanno imperversato "cinguetti" favoleggianti di una "ripartenza" del Paese della quale, francamente, non si intravede alcuna evidenza.

Già nello scorso anno, del resto, secondo le vane promesse reiterate ad ogni livello politico, avrebbe dovuto avverarsi la fine dell'annoso blocco dei contratti e del turnover nel Pubblico Impiego, e invece...

Lo "scongelo" di alcune voci stipendiali previste dalla recente manovra, ultima arrivata (comma 256 della Legge

190/2014) è senz'altro una buona notizia, ma resta da appurare come verranno recuperate le risorse necessarie, oltre che come si comporteranno le singole Regioni e, a cascata, le Aziende Sanitarie nell'applicazione di una norma, come al solito, scritta in modo pasticciato...

A tal riguardo, a pagina 3, è pubblicato un approfondimento curato dall'AAROI-EMAC.

Molti altri nodi, inoltre, rimangono da sciogliere, a partire da non pochi contenuti del Patto per la Salute per la gestione e lo sviluppo del personale sanitario, firmato sì nel 2014, senza che però ne sia stata rispettata la tabella di marcia.

Infatti, a pochi giorni dalla fine dell'anno, dulcis in fundo, è stata approvata la Legge di Stabilità (con diverse norme relative alla Sanità e all'attuazione del Patto per la Salute), che



Matteo Renzi @matteorenzi · 15 ott

No articolo 18, no contributi per chi assume a tempo indeterminato, no irap su costo del lavoro. Tolti gli ostacoli per assumere #italiariparte

gazione ostinata di un certo mondo accademico al ruolo formativo da sempre svolto dai medici ospedalieri.

Nulla di fatto, per continuare ancora sul DDL delega ex art. 22, su una regolamentazione nazionale chiara e rispettosa delle regole in merito alla cosiddetta "implementazione delle competenze" delle professioni sanitarie non mediche, che mira invece ad una sottrazione di ruoli alla professione medica attraverso un'incessante demanzazione alle singole Regioni, alle singole Aziende, e addirittura alle singole Università, delle definizioni di queste competenze.

Ultimo parto distocico, sulla questione, propinato ai Medici come un regalo di Natale, inserito a sorpresa in una legge che nulla ha a che fare con l'argomento, ma evidentemente ed innegabilmente ridotto a tema economicistico, il comma 566 della "Legge di Stabilità", dedicato alla "definizione dei ruoli, delle competenze, delle relazioni professionali e delle responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione". Un tema caldo (vedasi anche l'articolo a pag. 5 di questo numero) su cui l'AAROI-EMAC è intervenuta più volte, per prima e sin dal principio, con una posizione chiara e netta, che non è mai stata un attacco alla professione infermieristica, ma una legittima tutela del ruolo del medico nel SSN. Una tutela che - last but not least - ha finalmente registrato una presa di posizione anche da parte della FNOMCeO.

Nulla di fatto, per proseguire ancora, sui nuovi LEA, la cui bozza è stata presentata con un mese di ritardo e sdoganata con toni trionfalistici, ma senza la minima concreta previsione dei criteri organizzativi e strutturali indispensabili

per poterli garantire. Da tempo sosteniamo, con sempre maggior convinzione, che ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) devono obbligatoriamente corrispondere quelli che noi definiamo LEO (Livelli Essenziali di Organizzazione), in assenza dei quali è assurdo, prima ancora che velleitario e populistico, pretendere l'attuazione. Si pensi, per esempio eclatante, alla "PartoAnalgesia ovunque e comunque", propagandata come una grande conquista di civiltà, mentre invece, presentata come viene fatto, "iso-



Marianna Media @mariannamedia · 7 ago

#DecretoPA è legge. Equità compensi pubblici, Anticorruzione, Semplificazioni ed efficienza con mobilità. Riforma continua con DDL in Senato

vede chiaramente un taglio di 4 miliardi di euro ai bilanci regionali. Se non fosse una domanda retorica, verrebbe da chiedere: come potranno le Regioni far quadrare i conti se non tagliando di loro iniziativa le risorse sanitarie regionali, che rappresentano la loro principale (e in larga misura incompressibile) voce di costo? Uno dei tanti interrogativi - posti anche dalle Regioni - a cui, di fatto, sono state date solo risposte evasive e comprensibilmente imbarazzate.

Nulla di fatto, per continuare nel merito del Patto per la Salute, sul DDL delega ex art. 22, ancora in alto mare a causa della confusione ingenerata da diverse e contrastanti ipotesi di ruoli "gestionali" e "professionali" della Dirigenza Medica, oltre che da sconcertanti proposte di inquadramento lavorativo dei Medici in Formazione Specialistica come "medici di serie B" (è stata addirittura gettata sul tavolo la loro parificazione contrattuale ai capo-sala del comparto). Il tutto sullo sfondo dell'ennesimo balletto sulla durata dei Corsi di specializzazione, tra paradigmi europei e declinazioni da terzo mondo, tra programmazione inesistente dei fabbisogni di medici specialisti e ne-



Beatrice Lorenzin @bealorenzin · 12 apr

No tagli lineari a #sanità, non agiscono su struttura e programmazione. Qualità, assistenza e risparmio possono andare insieme #chetempochefa

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) ed inviarla come specificato:

in allegato email a: iscrizioni@aaroiemac.it
in alternativa via fax al n°: 06 92912888

L'AAROI-EMAC su INTERNET: www.aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

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

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

Chiuso in Redazione il
16 Febbraio 2015
Tiratura: 10.600 copie
Spedito il
18 Febbraio 2015

risorse”, si profila - occorre dirlo chiaramente - come l'ennesimo rischio, forse inconsapevole ma non per questo giustificabile, di approssimazione, e in ultima analisi di inciviltà.

Le risorse sono già "IPO", non "ISO", per garantire servizi essenziali come p. es. le guardie e le pronte disponibilità dedicate alle urgenze e alle emergenze chirurgiche, ma della predisposizione di un piano assunzioni dei Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione necessari a garantire i LEA non si parla nemmeno. E nemmeno si parla di riaggiornare il computo dei carichi di lavoro delle diverse branche specialistiche mediche, in un quadro di riorganizzazione ospedaliera che ha già visto una larga territorializzazione di prestazioni, oltre che un'ancor più evidente riduzione dei posti-letto, un tempo soprattutto di competenza internistica. Ma, evidentemente, per i nostri decisori politici e per i nostri amministratori, un singolo Anestesista Rianimatore può essere ubiquo e multi-task, mentre altri colleghi specialisti in certe altre discipline, per poter svolgere le loro mansioni, devono obbligatoriamente lavorare in team numerosi. Noblesse oblige...

Ancora in balia delle variabili interpretazioni dei Tribunali resta la definizione della Responsabilità Professionale; alle Proposte di Legge ferme al palo da tempo, nel corso del 2014 se ne sono aggiunte altre, anch'esse fermatesi allo stadio di disegni abbozzati. In sostanza, non sembra sia prossima la soluzione di un problema che, come detto in più occasioni, danneggia i Medici almeno tanto quanto i Cittadini, con una grande dispersione di risorse economiche, oltre che con una pericolosa deriva, che rischia di divenire insanabile, della crisi del rapporto fiduciario tra Medico e Paziente.

Su tutte le questioni suddette, la nostra Associazione non è rimasta a guardare, né sarà inerte nei prossimi mesi. Oltre all'azione sindacale che quotidianamente svolgiamo, sia a livello locale che nazionale, nel 2014, così come segnalato nel numero precedente de "Il Nuovo Anestesista Rianimatore", abbiamo deciso di entrare a far parte di APM e di COSMED, con il preciso obiettivo di essere presenti in maniera attiva a tutti i tavoli di confronto e a tutti i livelli. La salvaguardia del ruolo, della professionalità e della condizione lavorativa degli Anestesisti Rianimatori è il primo e fondamentale obiettivo dell'AAROI-EMAC che, proprio per conoscere la reale situazione in cui lavorano i Colleghi ha promosso due importanti iniziative. A Maggio scorso, nell'ambito del 10° Congresso SIARED, è stato lanciato il primo Questionario AAROI-EMAC dedicato al Benessere Organizzativo, mentre nel mese di Novembre scorso ha preso il via il Censimento delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione. Le indagini ci permetteranno di predisporre azioni specifiche per intervenire, per quanto possibile, sul miglioramento delle nostre condizioni di lavoro.

L'auspicio è che il nostro impegno e quello di tutti i Rappresentanti AAROI-EMAC, ad ogni livello nazionale, regionale, ed aziendale, diventi sempre più capillare e incisivo. Per ottenere un simile risultato occorre la collaborazione di tutti gli Iscritti.

Alessandro Vergallo

Presidente Nazionale AAROI-EMAC

Indennità sbloccate: quando in busta? La Legge di Stabilità scongela alcune voci stipendiali

La Legge 190/2014 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2015) ha "scongelato", ma solo per i dipendenti "contrattualizzati", di cui alla Legge 19 febbraio 1981, n. 27, il tetto posto dal Decreto-Legge 31 maggio 2010, n. 78, e s.m.i., al trattamento economico complessivo dei Medici, derivante dal blocco del riconoscimento economico delle progressioni di carriera comunque denominate. Una bella notizia, quindi, se non fosse che di chiaro c'è poco, anzi, niente, riguardo all'ammontare, alla disponibilità, e quindi alle reali possibilità di utilizzo, dei fondi per il trattamento accessorio, che occorrono per tale riconoscimento. Altrettanto nebulosa è la valenza retroattiva della norma. La situazione è sicuramente complessa, dato che nel quadriennio del blocco, a causa di interpretazioni difformi della normativa, il riconoscimento dell'indennità di esclusività (spesso disgiuntamente dalla retribuzione di posizione!) al superamento, con verifica positiva, dei 5 anni di esperienza professionale (con maggior frequenza) e dei 15 anni (in misura decisamente inferiore), è avvenuto in maniera del tutto disomogenea e a macchia di leopardo, in alcune Regioni e non in altre, e spesso solo in alcune Aziende all'interno della stessa Regione. Anche i ricorsi già avviati in sede giudiziaria hanno avuto esiti contrastanti (più sconfitte che vittorie), mentre numerosi altri (compresi quelli patrocinati dall'AAROI-EMAC) stanno per iniziare il loro iter. Allo stato attuale, comunque, risultati più organici si sono ottenuti laddove le OO.SS., a livello regionale, hanno ottenuto protocolli di intesa finalizzati anche a recuperare i fondi necessari per la retribuzione delle voci stipendiali accessorie e per il riconoscimento degli arretrati.

Operativamente, a livello aziendale, si dovrà richiedere nel più breve tempo possibile la corretta rideterminazione dei fondi contrattuali, per poter procedere all'utilizzo di tutte quelle risorse che, in questi anni, sono rimaste bloccate. Prevedendo che con ogni probabilità, il confronto con le Aziende, con le Regioni, e con i Ministeri competenti, sarà ostico, e che non sarà facile ottenere la disponibilità all'incremento dei fondi in questione, l'AAROI-EMAC sta preparando un "Vademecum" ad uso dei suoi Rappresentanti Aziendali, per facilitarli nei confronti con le Aziende.

L'AAROI-EMAC, comunque, ha già inviato, in data 16 Febbraio u. s., via posta elettronica certificata, ai Legali Rappresentanti di tutti gli Enti del SSN presso i quali lavorano Medici per i quali la Legge 190/2014 sia applicabile, una diffida nella quale viene precisato che, oltre agli eventuali altri incrementi retributivi che dipendono dalle singole Contrattazioni Integrative Aziendali, la cessazione del blocco delle retribuzioni in oggetto riguarda in ogni caso:

> l'indennità di esclusività, il cui incremento spetta al raggiungimento dei 5 e 15 anni di anzianità di servizio (in applicazione dell'art. 5 del CCNL Area IV 1998-2001 - II biennio economico - del 08 Giugno 2000 e s.m.i.), previo superamento della valutazione positiva, da parte del Collegio Tecnico, delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti (in applicazione dell'art. 28, comma 2, del CCNL Area IV 2002-2005 - I biennio economico - del 03 Novembre 2005 e s.m.i.);

> la retribuzione di posizione, il cui incremento spetta al raggiungimento dei 5 anni di anzianità, sempre previo superamento della valutazione positiva, da parte del Collegio Tecnico, delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti (sempre in applicazione dell'art. 28 comma 2, del CCNL Area IV 2002-2005 - I biennio economico - del 03 Novembre 2005 e s.m.i.).

Con la diffida, gli Enti in indirizzo sono stati invitati, qualora non avessero già nel frattempo provveduto, entro e non oltre quindici giorni dal ricevimento:

> a corrispondere, a coloro i quali risultino aver già maturato i relativi requisiti nel corso del quadriennio 2011-2014 ... gli incrementi retributivi ... con gli arretrati computati a far data almeno dal momento in cui il blocco delle retribuzioni dei Dirigenti Pubblici Dipendenti "contrattualizzati" è cessato per effetto della Legge 190/2014, vale a dire a partire almeno dal 01 Gennaio 2015, fatto salvo che, ad avviso della scrivente Associazione, il diritto a tali arretrati si estende anche, retroattivamente, al periodo di blocco determinato dal D.L. 78/2010;

> a disporre, in applicazione degli artt. 25 e segg. del CCNL Area IV 2002-2005 - I biennio economico - del 03 Novembre 2005, la valutazione, da parte del Collegio Tecnico, di coloro che nel corso del quadriennio 2011-2014 hanno già superato le soglie di anzianità dei 5 o dei 15 anni di servizio, ma per i quali, ancora ad oggi, per mancata applicazione di quanto contrattualmente previsto, tale valutazione non sia ancora avvenuta, corrispondendo loro di conseguenza, in caso di valutazione positiva, gli incrementi retributivi ... con gli arretrati computati come sopra;

> a disporre, sempre in applicazione degli artt. 25 e segg. del CCNL Area IV 2002-2005 - I biennio economico - del 03 Novembre 2005, che la valutazione, da parte del Collegio Tecnico, di coloro che superino, successivamente al 01 Gennaio 2015, le soglie di anzianità dei 5 o dei 15 anni di servizio, avvenga entro il termine trimestrale contrattualmente previsto, provvedendo di conseguenza, in caso di valutazione positiva, a corrispondere loro gli incrementi retributivi ... con gli arretrati computati a far data dal superamento delle predette soglie.

   CENTRO DI SIMULAZIONE AVANZATA PER LA FORMAZIONE DEL MEDICO E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE	<p>Da lunedì 26 Gennaio 2015, dopo una pausa resasi necessaria per l'aggiornamento di attrezzature e materiali, completamente rinnovati, sono ripresi i Corsi di Simulazione Avanzata del Centro SimuLearn di Bologna, con manichini e software di ultima generazione! I Corsi, strettamente riservati ai soli Iscritti dell'AAROI-EMAC, sono strutturate in due giornate consecutive (1° giorno pomeriggio + 2° giorno mattino e pomeriggio). Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il "Modulo di iscrizione" disponibile sul sito www.aaroiemac.it, dove sono pubblicate tutte le informazioni di riferimento. Per ulteriori raggugli, è possibile rivolgersi al seguente recapito telefonico: 051.18899425.</p>
--	---

CALENDARIO CORSI SECONDO TRIMESTRE 2015

Gestione delle Aritmie Cardiache durante l'intervento chirurgico con Sistemi di Simulazione		
Lunedì 13 Aprile / Martedì 14 Aprile	Lunedì 25 Maggio / Martedì 26 Maggio	Mercoledì 3 Giugno / Giovedì 4 Giugno
Gestione delle Problematiche Anestesiologiche in Pediatria con Sistemi di Simulazione		
Martedì 4 Maggio / Martedì 5 Maggio		
Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione		
Lunedì 27 Aprile / Martedì 28 Aprile		
Ecografia In Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione		
	Lunedì 18 Maggio / Martedì 19 Maggio	
Simulazione Medica Avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia		
Lunedì 20 Aprile / Martedì 21 Aprile		Lunedì 15 Giugno / Martedì 16 Giugno

Niente tagli... forse... dipende dalle Regioni

La Legge di Stabilità non taglia la Sanità ma "chiede" un contributo di 4 miliardi dai bilanci regionali

La Legge di Stabilità (formalmente) non ha tagliato la Sanità. Al contrario, ha aumentato di 2 miliardi di euro i Fondi previsti per il Servizio Sanitario Nazionale. In realtà la situazione appare ben più complessa, dal momento che, contestualmente, lo stesso provvedimento ha inferto alle Regioni un taglio di 4 miliardi di euro ai bilanci regionali, che dovranno fare i conti anche con altri 1,65 miliardi di euro di tagli ereditati dal passato e da attuare quest'anno, oltre con altri 600 milioni di euro di vecchia Irap. È fin troppo noto che la Sanità rappresenta la principale voce dei bilanci regionali. Verrebbe quindi da pensare che qualche taglio che interessi la Sanità – perlomeno indirettamente – sia inevitabile. Nel frattempo le Regioni stanno pensando a come uscire dall'impasse

e, dopo l'ultimo incontro del 22 gennaio, dovrebbero essere vicine ad un accordo, sebbene non sembra che tutti i Governatori siano convinti.

I tagli alle Regioni, previsti dalla Legge di Stabilità dovrebbero gravare sul Patto verticale incentivato, il Fas e la sanità "per una cifra pari a 2,2 miliardi" - ha spiegato la Presidente del Friuli Venezia Giulia, Debora Serracchiani, al termine della Conferenza delle Regioni -, rinunciando all'aumento previsto per il Fondo sanitario nazionale 2015, non sono

Le Regioni: "rinunciamo all'aumento previsto per il Fondo Sanitario Nazionale 2015, non sono propriamente tagli"

propriamente tagli". Toni diversi da parte del Presidente della Toscana, Enrico Rossi: "bisogna lavorare per contenere i danni". "La Toscana non agirà sulla leva fiscale e comunque la sanità non sarà l'unico bersaglio dei tagli".

Molto più dure le parole del Presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, che in sede di Conferenza delle Regioni sulle previsioni della Legge di Stabilità, ha fatto formalizzare dal suo Assessore alla Sanità, Luca Coletto, il parere contrario del Veneto:

"La politica e i giochetti romani passeranno; le esigenze di cure dei Veneti restano. Diciamo no ai tagli alla sanità, che ci sono e sono pesantissimi".

Sull'intenzione delle Regioni a rinunciare ai 2 miliardi di aumento del Fondo per far fronte ai tagli imposti dalla Stabilità, non sembra d'accordo nemmeno il Ministro Lorenzin che in un'intervista alla Stampa ha dichiarato di essere "sempre stata contraria". "Con il Patto per la Salute ho detto e confermo che possiamo risparmiare fino a 10 miliardi ma in 5-6 anni. Se dicono che possono fare a meno di 2 miliardi quest'anno avranno fatto i loro conti. Certo - ha avvertito Lorenzin - è che non potrebbero rinunciare anche all'aumento del 2016, pena il collasso del sistema".



Via libera al DPCM Precari

Intesa raggiunta in Conferenza Stato Regioni

Procedure concorsuali riservate al personale precario degli enti del Servizio Sanitario Nazionale per coprire sino al 50% dei posti disponibili e proroga dei contratti a tempo determinato.

Sono alcuni dei punti del DPCM predisposto dal Ministero della Salute per la stabilizzazione dei precari su cui la Conferenza Stato Regioni ha espresso l'Intesa pochi giorni fa.

Era questo, il passaggio mancante, dopo l'iter compiuto tra i Ministeri dell'Economia e quello della Semplificazione, per l'avvio di procedure concorsuali a cui potranno accedere i precari del SSN che abbiano prestato un servizio effettivo non inferiore ai tre anni nell'ambito del quinquennio precedente.

"L'intesa - ha commentato il Ministro Lorenzin dopo il via libera delle Conferenza Stato Regioni - è un primo passo fondamentale per dare risposte a lavoratori che hanno dato tanto al Servizio Sanitario Nazionale in termini di competenza e impegno e che da anni attendono di essere stabilizzati. Siamo consapevoli che molto resta da fare, ma dobbiamo considerarlo l'inizio di un percorso sul quale continuare a lavorare per cogliere l'obiettivo di azzerare le sacche di precariato presenti nelle Aziende ospedaliere italiane".

Rispetto al precedente testo diffuso dal Ministro, il 22 Dicembre scorso, in quello approvato dalla Conferenza Stato Regioni, sono state fatte piccole modifiche di dettaglio nel contenuto delle norme ed è stata spostata al 2018 il termine per fare i concorsi.

In particolare il Decreto definisce le procedure di reclutamento speciale transitorie (2015-

2018), destinate al personale in possesso di contratto di lavoro a tempo determinato in misura non superiore al 50 per cento delle risorse finanziarie disponibili per assunzioni a tempo indeterminato; indica le procedure di reclutamento speciale per LSU e LPU; proroga i contratti di lavoro a tempo determinato; stabilisce la possibilità di partecipare alle procedure in questione per il personale dedicato alla ricerca in sanità e per il personale medico in servizio presso il pronto soccorso delle aziende sanitarie locali, con almeno 5 anni di prestazione continuativa, ancorché non in possesso della specializzazione.

"Sappiamo - ha sottolineato il Sottosegretario alla Salute Vito de Filippo - che questo provvedimento non include l'intero universo della stabilizzazione nel settore della sanità, e penso ad esempio al tema degli atipici impiegati in particolare per far fronte alle esigenze di servizio nel campo dell'emergenza-urgenza, ma è importante aver iniziato a dare uno sbocco al problema ed è chiarito che bisogna continuare a lavorare".

Il via libera al Decreto Precari è senza dubbio un passo importante, anche in considerazione del lungo periodo di attesa trascorso prima che tale provvedimento arrivasse alla meta. Sta di fatto che non è possibile, in alcun modo, considerarlo come risolutivo né per quel che riguarda la "piaga" del precariato in sanità, né per gli organici che, come è ben noto, sono ridotti al minimo. Entrambe le questioni vanno affrontate quanto prima con una programmazione chiara che abbia come primo punto lo sblocco del turn over e della contrattazione.

Riforma PA = Licenziamenti?

Ancora incertezze per il Pubblico Impiego

Procedimenti disciplinari più facili nei confronti dei lavoratori pubblici, ma allo stesso tempo rassicurazioni del Ministro della Funzione Pubblica, Marianna Madia, sul reintegro in caso di licenziamento illegittimo. Elementi emersi nel corso della presentazione di 15 emendamenti da parte del relatore della Legge Delega per la Pubblica Amministrazione, Giorgio Pagliari.

"I procedimenti disciplinari devono avere una normativa che ne consenta un concreto e rapido esercizio", ha affermato il Ministro. Che però, in tema di licenziamenti illegittimi ha anche aggiunto: "secondo me bisogna prevedere sempre il reintegro, anche perché c'è un rischio di spoil-system, di tipo politico, che in un'azienda non c'è". Questo per il Ministro è "l'unico punto vero di differenza con il privato. È assolutamente evidente che il Jobs Act non si applica al pubblico impiego, è un provvedimento per il settore privato".

In pratica gli emendamenti proposti andrebbero a modificare l'articolo 13 puntando a semplificare le norme sulla valutazione, riconoscendo merito e premialità, sviluppando sistemi distinti di misurazione del raggiungimento dei risultati della struttura e dei singoli, utilizzando standard di riferimento e confronti. Viene inoltre prevista "l'introduzione di norme in materia di responsabilità disciplinare dei dipendenti finalizzate ad accelerare, rendere concreto e certo nei tempi di espletamento e di conclusione l'esercizio dell'azione disciplinare".



"L'introduzione di norme in materia di responsabilità disciplinare dei dipendenti finalizzate ad accelerare, rendere concreto e certo nei tempi di espletamento e di conclusione l'esercizio dell'azione disciplinare".

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

Imperversa il discorso sulle ambulanze INDIA e la loro sostenibilità. A supporto di questo nuovo modo di organizzare la rete di soccorso sul territorio viene chiamato in causa il modello UK. E ti pareva che alla parola INDIA non spuntavano gli Inglesi e i loro derivati...

Presentato a Roma un nuovo rivoluzionario gioco di ruolo: World of Work-Craft, survival horror ad ambientazione urbana dove il protagonista deve sopravvivere nella giungla del mondo del lavoro avanzando di livello per ottenere nuovi diritti e potenziamenti, fino al premio finale: la pensione (anche se non è stata confermata). Subito dopo il lancio, è stato corretto un bug, da nome in codice 'Eighteenth Article'. Gli sviluppatori mettono in guardia gli utenti verso alcuni facinorosi Hacker, collettivi riuniti sotto strane e fantasiose sigle ed acronimi, che cercano di rovinare l'esperienza di gioco...

Carbonarosi Ver. 1 - Oggi ho mangiato un piatto enorme di rigatoni alla carbonara, con il guanciale. Subito dopo mi sono addormentato per ore. Sarà stato il guanciale o è stata una semplice carbonarosi?

Carbonarosi Ver. 2 - Case report: paziente giunge in stato soporoso non risvegliabile. In anamnesi, lauto pasto a base di noto piatto laziale con pasta condita con guanciale e uovo sbattuto. Eliminato il guanciale come prima ipotesi diagnostica, il rianimatore accerta che si tratta di carbonarosi...

Lo Stato entra nella produzione delle droghe leggere, invadendo il campo delle organizzazioni criminali. Che sia invece una joint venture?

T.P.

Nella Manovra 2015, la sorpresa del Comma 566

“Una copertura legislativa alle sperimentazioni regionali già avviate”



La Legge di Stabilità 2015, tra le diverse disposizioni, ha inserito un Comma, il 566, che ha riaperto il confronto tra Medici ed Infermieri sul tema delle competenze professionali.

In pratica viene stabilito per Legge che “Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti

complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall’attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”.

Le reazioni sono state le più diverse: dall’esultanza della Presidente IPASVI, Annalisa Silvestro, ai commenti dell’esperto in materie sanitarie, Ivan Cavicchi, che tale entusiasmo hanno frenato sostenendo che per arrivare ad attuazione le enunciazioni del Comma in questione dovranno passare attraverso accordi Stato-Regioni e tavoli di concertazione con le rappresentanze professionali e sindacali. Netta infine la presa di posizione della FNOMCeO e delle Organizzazioni Sindacali dei Medici.

L’AAROI-EMAC, che da anni, fin dalla prima bozza di Accordo in materia, ha una chiara e ormai nota posizione rispetto all’implementazione delle competenze infermieristiche, è intervenuta attraverso un comunicato congiunto di APM - Alleanza per la Professione Medica.

Di seguito il testo diffuso.

“Il comma 566 della Legge di Stabilità, approvata a dicembre scorso e pubblicata in GU prima della fine dell’anno, solleva questioni che per Alleanza per la Professione Medica non possono essere affrontate con poche righe, senza ulteriori approfondimenti sui ruoli di tutte le professioni sanitarie. Con il comma 566, si è voluto dare una copertura legislativa alle sperimentazioni regionali avviate in questi anni.

Per rispondere a spinte corporative non si è voluto attendere la delega, prevista dall’articolo 22 del Patto per la Salute, che deve ridefinire in modo organico la gestione delle professioni nel SSN.

La norma che viene fuori dal Comma 566, non è chiara se fa riferimento alla competenza del medico in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, trascurando il fatto che la prevenzione, la diagnosi, la cura e la terapia sono per loro natura attività non riconducibili ad un unico singolo atto.

APM nel suo manifesto ha già ribadito che è in capo al medico la responsabilità di tutte le decisioni relative alla salute del paziente, superando un’artificiosa separazione tra attività assistenziale ed attività diagnostica terapeutica.

APM nella quale è rappresentato tutto il mondo del lavoro medico condanna questa fuga unilaterale in avanti e chiede che si arrivi rapidamente alla definizione delle competenze delle singole professioni sanitarie, riaffermando concretamente il ruolo centrale del medico quale garante della salute dei cittadini”.

È in capo al medico la responsabilità di tutte le decisioni relative alla salute del paziente, superando un’artificiosa separazione tra attività assistenziale ed attività diagnostica terapeutica

La protesta COSMED

Davanti al Ministero dell’Economia contro i tagli

Sventolava anche la bandiera AAROI-EMAC nel sit-in organizzato dalla COSMED l’11 Dicembre scorso. Davanti al Ministero dell’Economia, a Roma, si sono riuniti i rappresentanti delle sigle aderenti alla Confederazione per dire “Basta ai tagli e alle discriminazioni per il Servizio Pubblico e i suoi dipendenti”. Di seguito le ragioni della manifestazione in un comunicato diffuso dalla COSMED nel giorno del sit-in.

Da troppi anni si taglia indiscriminatamente il servizio pubblico che eroga servizi fondamentali, garantiti dalla Costituzione. Da troppo tempo si perdono posti di lavoro, competenze e funzioni essenziali della pubblica amministrazione e il numero dei dipendenti pubblici è divenuto tra i più bassi e meno pagati d’Europa.

La COSMeD, che rappresenta la principale confederazione della dirigenza pubblica e raccoglie buona parte dei medici, dei dirigenti sanitari e amministrativi del SSN e della dirigenza della Pubblica Amministrazione (ministeri, enti previdenziali, autonomie regionali), non può che denunciare un modello di sviluppo che presuppone la progressiva eliminazione del servizio pubblico.

Si vuole scaricare sul personale, e sui dirigenti in particolare, le inefficienze, la mancanza di programmazione, le storture e le rubeie della politica, la assenza di una politica di investimenti e di formazione per la pubblica amministrazione.

L’inadempimento del legislatore consente il mantenimento di un precariato scandalosamente numeroso, come più volte

sanzionato dalla Corte Europea. Mentre la mancanza di posti nelle scuole di specializzazioni (nel solo servizio sanitario ne mancano 15.000) priva il Paese di quelle figure professionali qualificate necessarie per un Paese avanzato costringendole alla emigrazione.

Nessuna contropartita dunque dopo 6 anni di blocco contrattuale, dopo la perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro, dopo la riduzione delle retribuzioni. Nemmeno l’apertura di un tavolo contrattuale normativo, mentre si vociferava di estendere il blocco contrattuale fino al 2020. Nessun riassorbimento del precariato, nessun sblocco del turnover, nessun incentivo alla produttività.

Si manomettono le pensioni, si tengono sotto sequestro le liquidazioni dei pubblici dipendenti, diventati creditori dello Stato con pagamento differito e infruttifero fino a 4 anni. A fronte di sconti senza contropartita elargiti all’imprenditoria privata, il lavoro pubblico viene sistematicamente umiliato.



Aver contribuito al risanamento di un Paese, messo in ginocchio dall’evasione fiscale, non ha prodotto alcuna riconoscenza per i dipendenti pubblici, persistendo da parte dei governi un atteggiamento persecutorio frutto di un pregiudizio ideologico che ha prodotto le numerose leggi speciali di questi anni che hanno indicato nei dipendenti pubblici il capro espiatorio di tutti i mali del Paese.

Senza investimenti sul servizio e il lavoro pubblico non ci sarà né ripresa economica né rilancio dell’occupazione. Senza servizi pubblici la povertà è destinata ad aumentare. Se il Governo continuerà a non ascoltarci sarà peggio per tutti.

DDL Gestione e Sviluppo Risorse Umane: una nuova bozza

La proposta prevede la formazione parallela scuola - corsia a partire da metà percorso

Una nuova bozza, non ancora definitiva, per il DDL Delega ex articolo 22 del Patto per la Salute (Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale).

Il documento è stato presentato a metà Gennaio dai Ministri Giannini e Lorenzin al tavolo delle Regioni. Rispetto al precedente testo il doppio canale di accesso al SSN, previsto nella prima bozza, viene inserito solo a un certo punto del percorso, si parla dell’ultimo biennio, previo bando (e quindi ulteriore concorso) indetto dalle Regioni sulla base delle proprie esigenze assistenziali. Una volta selezionato, lo specializzando sarebbe inserito nel SSN con fondi a carico delle Regioni, attraverso un contratto di formazione-lavoro, che dovrebbe an-

che consentire l’acquisizione di un punteggio aggiuntivo.

In pratica la nuova bozza prevede la creazione, ferma restando la selezione nazionale degli specializzandi, di Reti Regionali di Formazione dei giovani medici, realizzate attraverso sia strutture universitarie che strutture ospedaliere, all’interno di specifiche convenzioni e con il presupposto di un meccanismo di accreditamento rigoroso. La singola Regione, sulla base dei propri fabbisogni assistenziali, concorderà con l’Università, attraverso una specifica convenzione, l’inserimento in sovrannumero di un certo numero di medici nelle Scuole, che alla fine si specializzeranno lavorando. Il precedente testo, prevedeva invece che al SSN si potesse accedere

direttamente anche dopo laurea e abilitazione in medicina e senza specializzazione ma con trattamento economico inferiore e privi di qualifica dirigenziale. Una soluzione che non era piaciuta alle Regioni e ancora meno alle Organizzazioni Sindacali Mediche intervenute con proposte alternative.

Nella la seconda parte del documento si sottolinea, come nella bozza precedente, la necessità di definire una metodologia condivisa tra il Ministero della Salute e le Regioni e P.A per individuare standard di personale, al fine di determinare il fabbisogno di professionisti dell’area sanitaria, tenendo conto:

1) di parametri qualitativi e di efficienza di utilizzo delle risorse umane;

2) degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;

3) delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo;

4) dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche;

5) della evoluzione tecnologica;

6) dello sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari.

Restano da discutere i criteri di applicabilità della riforma alla disciplina specialistica di Anestesia e Rianimazione, che presenta peculiarità tali da dover essere attentamente considerate.

Senza investimenti il SSN rischia deficit assistenziale

L'allarme è contenuto nella "Relazione sulla gestione finanziaria" della Corte dei Conti

È dei giorni scorsi la "Relazione sulla gestione finanziaria per l'esercizio 2013 degli enti territoriali" elaborata dalla Corte dei Conti. Dall'analisi emerge come siano le Regioni (che nel triennio 2010-2012 hanno tagliato del 16% la spesa primaria) e le amministrazioni del Sud ad aver subito le maggiori penalizzazioni conseguenti alle manovre di contenimento della spesa nel periodo compreso tra il 2008 e il 2013.

Tra i settori, la Sanità ha subito una contrazione della spesa in diversi ambiti. Due su tutti: la spesa per il personale è passata dal 34,97% del 2002 al 32,19% del 2013 e la spesa farmaceutica convenzionata dal 14,98% del 2002 al 7,86% del 2013). Nel 2013 il peso della spesa sanitaria su quella corrente complessiva è stato pari nel 2013 al 75,87%, contro il 76,50% del 2012. E nel complesso, si legge nella relazione, il SSN starebbe riassorbendo i disavanzi pregressi grazie agli efficaci meccanismi di monitoraggio.

La notizia, quindi, è che gli obiettivi di equilibrio finanziario sono stati ottenuti, grazie soprattutto a consistenti tagli ai trasferimenti correnti e alla riduzione delle risorse destinate ai servizi assistenziali. Ma, per contro, ora si rischia che - senza opportuni investimenti in tecnologie e infrastrutture - si passi da un deficit contabile a un deficit assistenziale. "Questi andamenti - si legge nella relazione della Corte dei Conti - indicano il costante e progressivo riassorbimento dei deficit contabili, conseguito con manovre che hanno operato mediante tagli di tipo lineare sulle principali voci di spesa (consumi intermedi, spesa farmaceutica, spese di personale, acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati accreditati). Per contro, ulteriori risparmi, ottenibili da incrementi di efficienza, se non reinvestiti prevalentemente nei settori dove più carente è l'offerta di servizi sanitari, come, ad esempio, nell'assistenza territoriale e domiciliare oppure nell'ammodernamento tecnologico e infrastrutturale, potrebbero rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei LEA, facendo emergere, nel medio periodo, deficit assistenziali, più marcati nelle Regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti tali carenze".

Di seguito il dettaglio di alcuni passaggi della relazione della Corte dei Conti.

Tagli alla sanità e spesa farmaceutica: la Corte dei Conti evidenzia da un lato il successo delle misure di contenimento della spesa farmaceutica territoriale ma allo stesso tempo la difficoltà a contenere quella ospedaliera. Per questo, nel 2013, anche se la spe-



sa diminuisce complessivamente del 3,6% rispetto all'anno precedente (-0,6 miliardi in valore assoluto), il dettaglio mostra che la spesa ospedaliera è aumentata del 7,6% mentre quella territoriale è calata del 7,2%.

Spesa farmaceutica ospedaliera: i dati parziali sul 2014 confermano il costante aumento della spesa farmaceutica ospedaliera (+2,64% nel triennio 2011/13, +24% nei primi sette mesi del corrente anno rispetto all'analogo periodo 2013) e questo potrebbe incidere negativamente sugli equilibri finanziari dei Servizi Sanitari Regionali.

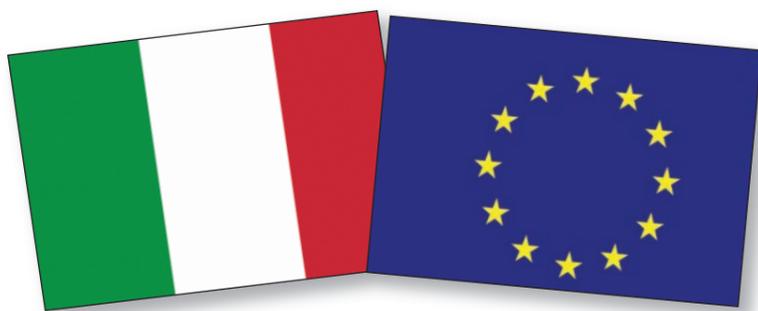
La situazione nelle Regioni: in alcune Regioni in piano di rientro la situazione è ancora critica ma, grazie agli efficaci meccanismi di monitoraggio, la sanità a livello nazionale sta riassorbendo i disavanzi pregressi. Nella relazione della Corte dei Conti si legge che "gli impegni per spesa corrente sanitaria dell'intero comparto Regioni/Province autonome ammontano, nel 2013, a 117,8 miliardi di euro. Il peso della spesa sanitaria su quella corrente complessiva è pari nel 2013 al 75,87%, contro il 76,50% del 2012. In termini di cassa, l'incidenza della spesa sanitaria corrente sulla spesa corrente complessiva è pari al 74,83%, in calo rispetto al 2012 (-2,37%). In riduzione anche la massa debitoria degli enti del SSN specie per la parte relativa ai debiti commerciali, con una diminuzione di oltre 9,5 miliardi nel triennio 2011-2013 (importo che non ricomprende quello delle Regioni Toscana e Calabria, di cui non sono disponibili i dati del 2013)". In generale comunque, il disavanzo complessivo nazionale scende dai 6 miliardi di euro circa del 2006 a 1,9 miliardi circa nel 2013.

Le Regioni in piano di rientro: nel 2013, rispetto al 2006, migliorano il risultato complessivo di circa 3,7 miliardi. In generale quindi, la situazione è in miglioramento.

Regioni senza piani di rientro: nel 2013 solo due Regioni sulle otto monitorate hanno presentato un disavanzo con necessità di copertura. Nel 2012, il risultato di gestione era stato negativo in ben 5 casi su 8. Promosse: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche che hanno ottenuto risultati positivi. Sotto osservazione: Basilicata (-3,4 mln, coperti con 6 mln di risorse aggiuntive) e Liguria (-91,3 mln coperti con 97 mln di risorse aggiuntive proprie).

Prevenzione: "il potenziamento dei programmi di medicina preventiva (uno degli obiettivi indicati per il Servizio sanitario nazionale dal Piano nazionale delle riforme presentato con il DEF 2014) - si legge nella relazione - è uno strumento capace, sul medio-lungo periodo, migliorando le condizioni generali di salute della popolazione, di generare minore spesa sanitaria e maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse".

Compartecipazione finanziaria: secondo la Corte dei Conti, un'ulteriore espansione delle misure di compartecipazione finanziaria "potrebbe comportare profili di problematicità: nel 2013 gli assistiti hanno versato al SSN, al netto degli altri ticket sulla diagnostica e le prestazioni specialistiche, 1.436 milioni, pari all'1,3% della spesa sanitaria corrente complessiva, con una media pro capite di circa 24 euro di cui 9 per ticket sulle ricette (nel periodo 2009/2013, a fronte di un incremento del numero di ricette del 6,3%, gli importi versati dai cittadini per ticket e compartecipazione al prezzo di riferimento sono aumentati del 66,6%).



La Sanità italiana vista dall'OCSE

Luci, ombre e suggerimenti per migliorare

Si chiama "Revisione Ocse sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia", l'indagine sulla Sanità italiana avviata da un progetto del 2012 finanziato dal Ministero della Salute ed elaborato dalla Divisione Salute dell'OCSE di Parigi, con la collaborazione di Agenas e della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

In sintesi il giudizio complessivo dell'OCSE sulla situazione italiana è positivo: una buona qualità del servizio, spesa contenuta e personale adeguato. Ma sono troppe le differenze tra le Regioni e i tagli e il rigore stanno mettendo tutto a rischio.

Tra gli aspetti positivi, nel Rapporto si legge come l'assistenza sia buona e venga erogata ad un prezzo di poco più di 3mila dollari pro capite (circa mille dollari in meno di Austria, Francia e Germania). I livelli di soddisfazione del paziente sono alti e il sistema delle cure primarie ha tradizionalmente fornito un'assistenza primaria di alta qualità, come dimostrato da indicatori di qualità come per esempio il ricovero ospedaliero evitabile.

Tra quelli negativi viene invece sottolineata la priorità data al risanamento delle finanze a scapito - a lungo andare - del servizio erogato e dei bisogni in materia di salute che evolvono rapidamente. A dimostrazione di questo, il rapporto sottolinea come gli indicatori relativi a demenza, numero di anni di vita in buona salute e li-

mitazioni nelle attività quotidiane dopo i 65 anni siano peggiori rispetto alle medie OCSE (l'Italia spende meno di un decimo di quanto spendono Olanda e Germania per la prevenzione e presenta la più bassa percentuale di operatori per l'assistenza a lungo termine) e il tasso di bambini in sovrappeso è tra i più alti dell'area OCSE.

Tra le criticità, il Rapporto inserisce anche le enormi differenze tra Regioni e Province: non solo nelle modalità e negli strumenti di gestione della performance del sistema sanitario ma anche nei modelli di accreditamento. Per questo il confronto con gli standard nazionali diventa difficile da fare. Secondo l'OCSE, le riforme costituzionali del 2001 hanno contribuito a creare 21 Sistemi Sanitari Regionali, con differenze notevoli sia per quanto riguarda l'assistenza che gli esiti. "È elevato il numero di pazienti che si spostano da regione a regione per ricevere assistenza sanitaria - si legge nel Rapporto -, con le realtà settentrionali che figurano come importatori netti".

Il Rapporto si chiude con i suggerimenti finalizzati al miglioramento del sistema.

Tra questi, al primo posto figura quello di far tornare prioritaria la qualità dei servizi piuttosto che il controllo di bilancio. Viene inoltre suggerito uno sviluppo della qualità in modo omogeneo in tutto il Paese per annullare - auspicabilmente - le differenze tra le Regioni.

Ricoveri e degenze sono in calo

Il Rapporto Sdo fotografa il primo semestre 2014

L'attività di ricovero nelle strutture sanitarie italiane nel primo semestre 2014 viene fotografata dal Rapporto Sdo a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria. Pubblicato sul sito del Ministero della Salute, il Rapporto vuole essere un'analisi preliminare dell'andamento dell'assistenza ospedaliera nella prima parte del 2014 (basata sui dati provvisori disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute alla data del 2 dicembre 2014).

Quello che emerge è il trend in discesa dei ricoveri e delle giornate di degenza a dimostrazione di una generale diminuzione del volume di attività erogata. Tra Gennaio e Giugno 2014 le dimissioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza negli ospedali italiani sono diminuite del 9% rispetto allo stesso periodo del 2013. A parità di periodo, le giornate di degenza sono scese del 6%. In calo anche l'attività in Day Hospital: il numero di dimissioni per acuti in regime diurno è sceso del 18,5% mentre le giornate sono calate del 23,5%.

In calo quindi il tasso di ospedalizzazione che si riduce da 107 a 98,5 dimissioni per mille

abitanti in regime ordinario e da 37 a 29,6 dimissioni in regime diurno per mille abitanti. Il tasso complessivo per acuti passa da 144 a 128 dimissioni per 1.000 abitanti.

Rimangono invece le differenze tra regione e regione e aumenta la mobilità interna. Le Regioni che hanno fatto registrare le più alte percentuali di mobilità passiva per le attività per acuti in regime ordinario sono il Molise (23,3%), la Basilicata (22,1), la Calabria (20,7%), l'Abruzzo (15,9%), la Valle d'Aosta (15,6%) e le Marche (14,2%). La Lombardia è la regione con il più basso dato relativo alla mobilità passiva (3,3%).

Perché si ricorre all'ospedale? Il Rapporto Sdo dice che a guidare la classifica delle cause di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario è il parto (naturale e cesareo) seguito dalle patologie cardiovascolari (insufficienza cardiaca e shock) e quelle respiratorie (edema polmonare e insufficienza respiratoria). A questi, seguono gli interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori.



le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Requiem per l'efedrina nel trattamento dell'ipotensione da anestesia spinale nel parto cesareo?

Acta Anaesthesiol Scand 2012; 56

L'anestesia spinale è la tecnica di scelta per il parto cesareo non solo per evitare il rischio di mancata intubazione tracheale ma anche per facilitare un contatto precoce tra la madre e il suo bambino e migliorare l'analgia postoperatoria.

La pratica anestesiológica deve soprattutto essere sicura e confortevole per la madre e il bambino, per cui occorre evitare alcuni effetti collaterali soprattutto la nausea e il vomito.

La controversia riguardante l'uso di un α -agonista puro come la fenilefrina rispetto all'efedrina con azione mista diretta/indiretta α e β -agonista si avvicina alla soluzione.

La scelta del vasopressore per il trattamento dell'ipotensione dopo anestesia spinale nelle partorienti sottoposte a parto cesareo è stata oggetto di discussione per molto tempo. Poiché si riteneva che la fenilefrina riducesse il flusso ematico dell'utero aumentando le resistenze vascolari periferiche con possibili effetti deleteri sul neonato, per molti anni è stato preferito l'uso dell'efedrina.

Negli ultimi anni sono state messe in atto tecniche a bassa invasività, che hanno permesso ai ricercatori nelle donne in gravidanza di conoscere nei dettagli il profilo emodinamico dei farmaci vasoattivi.

L'acidosi fetale, misurata con il pH e il deficit di basi dal cordone ombelicale è spesso considerata un indicatore indiretto della prognosi del neonato e su questo argomento ci sono state numerose recensioni. Un documento di consenso ha suggerito che solo le alterazioni dell'equilibrio acido-base molto gravi sono predittive di paralisi cerebrale dopo una complicanza acuta durante il parto.

Tuttavia una recente review sistematica ha concluso che c'è un aumento della mortalità quattro volte maggiore se il pH è inferiore a 7,2.

Alcuni studi sostengono che un certo grado di attivazione simpatica nel feto prima del parto possa avere un effetto positivo e che la ricerca di un valore di deficit di base pari a zero non è corretta. Uno studio recente evidenzia che l'efedrina, usata per il trattamento dell'ipotensione spinale, determina un'incidenza elevata di acidosi fetale vera rispetto alla fenilefrina. Si ritiene che l'effetto fetale dell'efedrina sia dovuto al fatto che l'efedrina attraversa la placenta e aumenta il deficit di base per un aumento dell'attività metabolica.

Sebbene il meccanismo dell'acidosi associata all'efedrina non si correla con un'ipossipemia vera, si può pensare che un'eccessiva stimolazione metabolica in un neonato in precedenza compromesso può determinare un'alterazione del rapporto disponibilità/richiesta di ossigeno.

Uno studio recente ha rilevato che l'uso dell'efedrina determina una maggiore concentrazione di lattati e di catecolamine plasmatiche e un valore di pH più basso nel sangue dell'arteria ombelicale rispetto alla fenilefrina.

In questo studio tuttavia sono state usate in infusione dosi elevate di efedrina (dose mediana di 60 mg prima del parto) che molti medici possono ritenere eccessiva. Questa metanalisi ha evidenziato che il rischio di acidosi fetale vera con l'uso dell'efedrina è 5,29 volte maggiore rispetto alla fenilefrina.

L'aumento del deficit di base si associa in

modo significativo all'uso dell'efedrina sebbene vi sia una grande eterogeneità tra gli studi. Questo suggerisce che i diversi dosaggi possono modificare la gravità degli effetti secondari metabolici associati all'uso dell'efedrina. Inoltre la metanalisi non distingue tra gli studi che hanno fatto uso dell'efedrina in bolo rispetto alla somministrazione in infusione. Quest'ultima modalità può associarsi a tachifilassi. Pertanto non vi è alcun dubbio che l'acidosi associata all'uso dell'efedrina prima del parto abbia un'importanza clinica quando si usano in infusione dosi basse rispetto a dosi elevate. Ci sono stati solo pochi studi sull'uso di vasoconstrictori durante il cesareo non d'elezione. Uno studio non ha rilevato differenze significative nel pH e nel deficit di basi quando è stato confrontato l'uso dei due vasoconstrictori, sebbene il lattato del cordone sia stato significativamente più alto dopo l'uso dell'efedrina.

Uno studio recente dà un'impostazione diversa al dibattito. Gli autori evidenziano che la tendenza all'acidosi nel neonato durante l'ane-

stesia spinale è legata all'aplotipo (gruppi di geni vicini sullo stesso cromosoma ereditati assieme, come un unico allele) dei recettori β_2 -adrenergici. La stessa condizione si realizza come risposta all'efedrina dove alcuni neonati, alla cui madre era stata somministrata l'efedrina per l'ipotensione da anestesia spinale, sviluppano acidosi sulla base del loro patrimonio genetico. Questo studio suggerisce che anche piccole dosi di efedrina causano acidosi neonatale clinicamente importante nei bambini geneticamente predisposti, anche se il pH medio dell'arteria ombelicale e il deficit di base nei diversi gruppi studiati può non essere clinicamente significativo. Questa importante scoperta deve indurre i medici a evitare di estrapolare i dati da una popolazione a un'altra, perché, come gli autori rilevano, ad esempio che il gruppo di donne cinesi studiate differisce in modo importante nel patrimonio genetico dei recet-

tori da quello delle donne nord-americane. Molti studi hanno dimostrato in modo chiaro che l'infusione di fenilefrina si associa a un minor deficit di basi rispetto all'efedrina. Questo probabilmente riflette la dipendenza del flusso dalla pressione nella circolazione utero-placentare vasodilatata e la nota insensibilità relativa delle arterie uterine in gravidanza agli α -mimetici. Pertanto dal punto di vista fetale non c'è dubbio che la fenilefrina si accompagna a un pH più alto e un minore deficit di basi per cui occorre limitare l'uso di alte dosi di efedrina soprattutto in condizioni in cui il feto è compromesso e per una possibile suscettibilità genetica all'acidosi di alcuni neonati. Le ragioni per evitare l'uso dell'efedrina durante il parto cesareo d'elezione sono soprattutto considerazioni sulla fisiologia materna. Studi recenti hanno valutato gli effetti dei vasopressori sull'emodinamica materna rilevando che la fenilefrina aumenta rapidamente le resistenze vascolari sistemiche materne ai valori basali prespinali e in tal modo ripristina la frequenza cardiaca, la

è la velocità di infusione della fenilefrina, maggiore è la dose totale richiesta per mantenere una pressione sanguigna particolare. Questo suggerisce una riduzione dose-correlata del ritorno venoso. Nel complesso, questi studi suggeriscono che in molti casi le velocità d'infusione di 25-50 $\mu\text{g}/\text{minuto}$ è appropriata, insieme con boli intermittenti se richiesti. In alternativa, può essere utilizzata la somministrazione in bolo semplice, in dosi che non causano bradicardia barorecettori-mediata e diminuzione della gittata cardiaca.

L'incidenza della rapida bradicardia come risposta all'anestesia spinale è probabilmente più bassa del 2%, perché la risposta dei barocettori è generalmente ben mantenuta durante l'anestesia spinale. L'equilibrio simpatico-vagale di solito è conservato meglio di quanto si potrebbe prevedere sulla base del blocco simpatico delle fibre cardio-acceleratorie. Ciò può essere dovuto a qualche inibizione riflessa del nervo vago all'aumentare dell'altezza blocco. L'immediata bradicardia può essere dovuta a riflessi come il Bezold-Jarisch; in questi casi gli anticolinergici come glicopirrolato e atropina sono i più efficaci. Si ritiene che la frequenza cardiaca sia un buon indicatore sostituto della gittata cardiaca dopo l'uso di vasopressori durante anestesia spinale per il taglio cesareo d'elezione. L'attuale meta-analisi mostra che le madri trattate con fenilefrina presentavano un rischio più alto di bradicardia. Questo probabilmente significa che la corrente prassi comporta una dose di fenilefrina superiore a quella necessaria. Pertanto, nella maggior parte dei casi d'elezione, utilizzando fenilefrina per ripristinare semplicemente la frequenza cardiaca di base, invece della pressione, è molto più efficace nel mantenere i parametri emodinamici basali prima dell'anestesia.

Va rilevato che la maggior parte degli studi comprendono solo donne sane sottoposte a taglio cesareo programmato. È forte la tentazione di estrapolare questi risultati per i parti cesarei di emergenza.

Cooper ha analizzato i parti cesarei di emergenza e non ha trovato una differenza significativa nei dati del pH fetale tra somministrazione di efedrina e fenilefrina. In questo studio il solo fattore associato con un basso pH dell'arteria ombelicale era una frequenza cardiaca fetale poco rassicurante.

Per concludere, l'uso dell'efedrina si accompagna a valori di pH e BE del neonato inferiori, evidenziando un rischio significativamente più alto di acidosi fetale rispetto alla fenilefrina.

Questi risultati forniscono prove convincenti sugli effetti favorevoli della fenilefrina nella gestione dell'ipotensione nei parti cesarei elettivi in anestesia spinale con basso pH dell'arteria ombelicale.

Nel complesso, vi sono ragioni buone per il feto e eccellenti dal punto di vista della fisiologia materna, per utilizzare agonisti alfa come farmaci vasopressori di prima linea per l'ipotensione spinale in ostetricia. Si spera che la "forza dell'evidenza" possa superare "l'onere della prova", e che i medici possano modificare i loro comportamenti in accordo con i risultati dei numerosi studi clinici ben eseguiti.



stesia spinale è legata all'aplotipo (gruppi di geni vicini sullo stesso cromosoma ereditati assieme, come un unico allele) dei recettori β_2 -adrenergici. La stessa condizione si realizza come risposta all'efedrina dove alcuni neonati, alla cui madre era stata somministrata l'efedrina per l'ipotensione da anestesia spinale, sviluppano acidosi sulla base del loro patrimonio genetico. Questo studio suggerisce che anche piccole dosi di efedrina causano acidosi neonatale clinicamente importante nei bambini geneticamente predisposti, anche se il pH medio dell'arteria ombelicale e il deficit di base nei diversi gruppi studiati può non essere clinicamente significativo. Questa importante scoperta deve indurre i medici a evitare di estrapolare i dati da una popolazione a un'altra, perché, come gli autori rilevano, ad esempio che il gruppo di donne cinesi studiate differisce in modo importante nel patrimonio genetico dei recet-

pressione del sangue e la portata cardiaca ai valori di base.

L'efedrina ha un effetto più ritardato sulla pressione e aumenta la frequenza e la portata cardiaca materna. Un aumento della portata cardiaca non è di solito necessario se si mette in atto un'efficace inclinazione laterale sinistra poiché c'è già un aumento compensatorio della portata cardiaca nella maggior parte dei casi come risposta a una riduzione delle resistenze vascolari sistemiche indotte dall'anestesia spinale. Il ritardo nella risposta pressoria peraltro contribuisce a un aumento dell'incidenza della nausea e del vomito se si usa l'efedrina.

Lavori recenti hanno evidenziato la possibilità che la fenilefrina possa ridurre la gittata cardiaca materna. Un'indagine, in particolare, ha mostrato una riduzione del 20% della gittata cardiaca materna quando la fenilefrina è stata infusa ad una velocità di 100 $\mu\text{g}/\text{min}$. Maggiore

I° ANESTESIA/ANALGESIA PER ROTAZIONE CEFALICA ESTERNA

Le linee guida delle società scientifiche raccomandano che le donne con presentazione podalica devono partorire con parto cesareo per una maggiore frequenza di rischi fetali rispetto al parto vaginale. Un'alternativa è tentare la rotazione cefalica esterna, che in caso di successo, permette il parto vaginale. Sono qui descritte le modalità della rotazione cefalica esterna (ECV) insieme alle modalità di controllo del dolore e i loro effetti sulla frequenza di successo sull'ECV.

Dati recenti

Alcuni articoli della letteratura indicano che l'ECV è proposta poco frequentemente alle partorienti. Il successo dell'ECV è maggiore nelle pluri-pare nell'impianto posteriore di placenta e nel feto piccolo. L'esecuzione dell'ECV nelle donne pretermine non aumenta il numero di parti vaginali. I blocchi centrali (spinale o epidurale) aumentano in modo importante il successo dell'ECV, come anche la moxibustione* e l'ipnosi. Le tecniche di blocco centrale con alte dosi (chirurgiche) di anestetico locale sono efficaci rispetto ai gruppi di controllo nei quali non è usata l'anestesia. Non sono ancora state confrontate direttamente tecniche di anestesia/analgesia con alte e basse dosi di anestetico locale.

Dai dati attualmente disponibili la frequenza della presentazione cefalica non è aumentata con l'uso di blocchi centrali, mentre sono aumentati i parti vaginali. L'ECV sembra essere un procedimento a basso rischio.

*La moxibustione è una pratica terapeutica tipica della medicina cinese e consiste nel riscaldamento di aree cutanee, sovrastanti punti ai percorsi energetici o meridiani bruciando sopra o in vicinanza della cute della polvere di artemisia (*artemisia vulgaris*) al fine di ottenere un riscaldamento della cute e, di riflesso, di organi interni.

Riassunto

La logica di un'esecuzione di routine dell'ECV e della tecnica ottimale del blocco centrale per il suo successo richiede ulteriori ricerche, come anche le problematiche sulla sicurezza dei blocchi centrali.

Introduzione

Il parto vaginale in una presentazione podalica del feto è una procedura non più utilizzata. Il feto con presentazione podalica normalmente si partorisce con il parto cesareo come raccomandano le linee guida.

Il successo della rotazione cefalica esterna (ECV) in utero rende possibile il parto vaginale. Se non è stato previsto un parto vaginale podalico nella presentazione podalica e in assenza di controindicazioni, si dovrebbe tentare l'ECV in tutte le presentazioni podaliche.

Dopo un parto cesareo per presentazione podalica il 91% delle donne partorisce con parti cesarei ripetuti. Le gravidanze successive dopo un parto cesareo presentano un rischio maggiore di placenta previa, accreta e di altre complicanze emorragiche.

Possibili effetti del successo di una rotazione cefalica esterna

Negli Stati Uniti c'è stato un aumento del 50% dei parti cesarei tra il 1998 e il 2008, con conseguente aumento del rischio materno. È interessante sapere se l'incremento del parto cesareo può essere limitato dal successo dell'ECV. La presentazione podalica riguarda il 3% delle gravidanze a termine e il 6-8% di tutti (emergenza e d'elezione) i parti cesarei, e il 98% di tutte le presentazioni podaliche partorisce con il parto cesareo. Lo studio "Presentazione Podalica", pubblicato nel 2000, prefigura una moratoria sul parto podalico vaginale. I dati di 2 studi indipendenti degli Stati Uniti, uno di un importante centro universitario nel Connecticut relativo agli anni 2003-2009 e un altro eseguito sul database "Kaiser Permanente Southern California" relativo al 1991-2008, evidenziano che la frequenza di parti cesarei per presentazione podalica è aumentata di appena l'1%, un incremento molto piccolo rispetto alle altre cause di aumento esplosivo dei parti cesarei.

Tuttavia, gli autori notano che la frequenza del parto cesareo per presentazione podalica è rimasta relativamente costante, un dato che attribuiscono alla mancanza di una politica orientata a favorire il parto vaginale nella presentazione podalica. Non è stata discussa l'ECV come possibilità per ridurre la frequenza del parto cesareo.

Nel Regno Unito in uno studio di oltre 600.000 parti il 19,3% di tutti i parti cesarei d'elezione è stato eseguito per presentazione podalica.

Pertanto, sebbene la presentazione podalica possa contribuire relativamente poco alla frequenza generale (d'emergenza e d'elezione) del parto cesareo, circa il 20% dei parti cesarei d'elezione è dovuto alla presentazione podalica, con ulteriori aumenti per i parti successivi. Lo studio recente di Gotvall e Gintsman ha dimostrato che dopo l'ECV la frequenza del parto vaginale è alta. Gotvall riporta i dati di una singola unità di ostetricia in cui la frequenza del successo dell'ECV è stata del 62,4% e tra questi successi, l'83,6% ha avuto un parto vaginale.

Quando si deve proporre una rotazione cefalica esterna?

Sulla base dei recenti studi internazionali multicentrici randomizzati, non è raccomandata un'ECV precoce. Le donne (n = 1543) con presentazione podalica tra 33 e 35 settimane di gestazione sono state randomizzate per essere sottoposte a ECV tra 34 e 35 settimane d'età gestazionale (gruppo precoce) oppure a termine (in corrispondenza o dopo 37 settimane di gestazione) (gruppo ritardato). Sebbene l'ECV abbia avuto più successo nel gruppo precoce (53,5%) rispetto al gruppo ritardato (43,6%), la frequenza media dei parti cesarei era simile.

La rotazione cefalica esterna deve essere proposta di routine?

L'ECV per presentazione podalica può non essere indicata per controindicazioni fetali e materne. Tuttavia indipendentemente dall'idoneità della paziente l'ECV può non essere proposta per mancata conoscenza dell'ostetrico, nonostante le raccomandazioni contrarie, indipendentemente dall'idoneità della paziente.

Un'indagine tra gli ostetrici anziani del Regno Unito e dell'Irlanda evidenzia che solo il 48% degli ostetrici propone l'ECV nella pratica clinica. Un articolo recente sulla gestione di 11.913 presentazioni podaliche (1993-2008) ha evidenziato una riduzione del parto podalico vaginale, senza fare commenti sulla pratica dell'ECV.

La mancata esecuzione dell'ECV è più preoccupante se si considera la pratica in Africa, dove si esegue il parto vaginale podalico. Mukaindo riferisce di un'indagine su 70 medici (91% di risposte) in gran parte dell'Africa sub-sahariana. La maggior parte (79%) non propone l'ECV e il 31% propone il parto podalico vaginale. Tra le motivazioni per non eseguire l'ECV i medici interpellati hanno avanzato problemi medico-legali e il divieto di insegnare la procedura.

Rosman ha riesaminato le controindicazioni all'ECV in 5 linee guida (3 internazionali e 2 olandesi). Il numero di controindicazioni all'ECV suggerite variava da 5 a 13. Inoltre ha eseguito una ricerca nella letteratura degli articoli che elencavano le controindicazioni all'ECV. Nelle linee guida erano descritte 18 possibili controindicazioni; solo l'oligoidramnio era citata in tutte e cinque le linee guida. Sessanta articoli riportavano 39 controindicazioni all'ECV, ma solo 6 presentavano un'evidenza concreta.

La rottura prematura delle membrane come controindicazione sembra fare riferimento alla descrizione di 2 casi.

Le altre 5 controindicazioni (parto cesareo, ritardi di crescita fetale, macrosomia, oligo-dramnio, e polidramnio) non sono supportate dall'evidenza scientifica nelle review e nelle metanalisi.

Say afferma che al 25% delle donne ammissibili è stato sconsigliato di eseguire l'ECV.

Burgos e De Hundt hanno messo a punto e validato una scala a punti per prevedere il successo dell'ECV.

Burgos ha previsto dei punti per la parità, la localizzazione della placenta, il tipo di presentazione di podice e le caratteristiche del liquido amniotico. Usando questi parametri una paziente primipara con presentazione di podice completa, placenta anteriore e liquido amniotico normale,

presenta una frequenza di successo prevedibile del 30,9%.

La scala di De Hundt utilizza gli stessi parametri con l'aggiunta di una stima del peso gestazionale. Così con un peso gestazionale maggiore di 2.500 grammi la stessa paziente presenta una percentuale di successo del 25%. La scala non è sufficientemente predittiva da escludere una paziente che presenta scarsa capacità di successo dell'ECV se sottoposta alla procedura.

Nessuno di questi studi ha indicato se un tocolitico e l'anestesia/analgesia può modificare il punteggio.

Buhimschi ritiene che un maggiore spessore del miometrio del fondo dell'utero si associ a una maggiore probabilità di successo dell'ECV; il meccanismo non è chiaro.

Le donne desiderano la rotazione cefalica esterna?

Wise ha intervistato delle donne con presentazione podalica e ha rilevato in un periodo di 4 anni in Nuova Zelanda che solo a 255 donne era stata proposta l'ECV (26% di tutte le presentazioni di podice). Le 196 donne intervistate (frequenza di risposta del 75%) erano soprattutto preoccupate dei rischi. In uno studio da Hong Kong Cho riferisce che la maggior parte delle donne, 590/735 (80,3%) sceglie il parto cesareo d'elezione nonostante l'82% dei parti vaginali dopo il successo dell'ECV.

Potrebbe essere semplice dire che le donne non vogliono correre i rischi dell'ECV. Tuttavia con un supporto alla decisione il reclutamento nella scelta dell'ECV può aumentare.

In uno studio austriaco eseguito in un unico centro, l'ECV è stata un successo in 144 dei 355 (40,6%) donne.

Alle 221 donne con presentazione podalica persistente è stato offerto un parto cesareo o vaginale (dopo una dettagliata spiegazione dei rischi); tra le 85 donne scelte per un parto vaginale in 46 si è espletato con successo.

Dolore durante la rotazione cefalica esterna

Lo scopo dell'analgesia è la riduzione del dolore, un deterrente dell'ECV. L'effetto dell'analgesia nell'aumentare la frequenza del successo dell'ECV sembra essere dovuto a una riduzione delle difese della parete addominale e del tono dei muscoli addominali. In aggiunta al blocco centrale l'effetto degli oppioidi per via sistemica, degli ipnotici, della moxibustione e dell'agopuntura è stato rivalutato negli ultimi anni. La recente review della Cochrane non prevede l'uso degli oppioidi per via generale per aumentare il successo dell'ECV, sebbene questi possano ridurre la sensazione dolorosa.

Anche l'agopuntura per ECV è stata recentemente rivalutata da Xu e Mackenzie. Le pubblicazioni della letteratura occidentale descrivono l'ECV con l'agopuntura usando un punto sul quinto dito del piede noto come BL 67 (vescica 67) stimolato con l'applicazione di un ago o con la moxibustione. La moxibustione richiede l'applicazione di calore con la combustione di erbe in prossimità del punto BL 67. Vas e Aranda affermano che l'agopuntura è stata più efficace dei soli cambiamenti posturali.

Gli aggiornamenti della Cochrane review sulla moxibustione riportano l'evidenza che la combinazione della moxibustione e dell'agopuntura aumenta la frequenza del parto vaginale dalla posizione cefalica.

I revisori peraltro affermano che una combinazione di moxibustione e delle tecniche posturali possono aumentare la frequenza del parto vaginale. Tuttavia gli autori rilevano che la forza dell'evidenza è scarsa e sono necessari ulteriori studi controllati e randomizzati.

I ricercatori hanno ipotizzato che l'ipnosi possa ridurre il tono dei muscoli addominali in aggiunta all'effetto analgesico, e aumentare i successi nei tentativi dell'ECV.

In uno studio di coorte retrospettivo, 78 donne

Aggiornamenti I° Anestesia/analgesia per II° Anestesia spinale ne

anesthesia-analgesia 2013: volume

sottoposte a ECV con l'ipnosi (novembre 2010 - settembre 2011) sono state confrontate con 122 donne non ipnotizzate della serie storica come controllo (gennaio 2009 - ottobre 2010). Il successo dell'ECV è stato significativamente maggiore quando è stata usata l'ipnosi (41,6 rispetto a 27,3%) ed è stato più alto nelle pluripare. La frequenza del successo è stata particolarmente bassa nelle donne senza ipnosi; la frequenza del successo nelle pluripare senza ipnosi è stata sola del 34,1%. Gli autori non hanno affrontato questo problema, ma i risultati potrebbero essere dovuti alla curva di apprendimento, poiché il gruppo senza ipnosi è stato eseguito 2 anni prima rispetto al gruppo con ipnosi.

Blocchi centrali

I blocchi centrali sono stati studiati come un aiuto per aumentare la frequenza di successo dell'ECV. Il numero di partecipanti arruolato nei singoli studi è relativamente basso, sebbene in totale negli studi randomizzati abbiano partecipato più di 800 donne. In questa presentazione per blocco centrale s'intende la somministrazione di farmaci per via spinale o epidurale.

Per anestesia s'intende la somministrazione di farmaci per via centrale per raggiungere un livello di blocco intenso dell'intera area addominale (come per l'anestesia chirurgica); per analgesia s'intende la somministrazione centrale di farmaci sufficiente a determinare un blocco meno intenso di parte o di tutto l'addome (simile al blocco per la partoanalgesia). Quattro review recenti hanno associato i dati di diversi studi che hanno utilizzato le tecniche di blocco centrale. Il blocco spinale e il blocco combinato spinale epidurale sono stati confrontati con la tecnica epidurale.

A prima vista la tecnica epidurale può apparire più efficace di quella spinale. Tuttavia, la differenza nell'efficacia sembra essere dovuta alla densità del blocco centrale più che alla via di somministrazione. Le dosi di anestetico per il blocco centrale sembrano essere significativamente più efficaci rispetto all'analgesia per il successo dell'ECV. Lo scopo ultimo dell'ECV è il successo del parto vaginale. Per ottenere questo il successo dell'ECV deve determinare una presentazione cefalica al travaglio. Il tipo di presentazione al travaglio è stata descritta da Dugoff, Mancuso e Schorr e riportata in sintesi nella Cochrane review in cui si rileva che la presentazione alla nascita non era diversa nei gruppi randomizzati del blocco centrale rispetto all'assenza di analgesia.

La Cochrane review riferisce che l'uso di un tocolitico in associazione con un'analgesia centrale è superiore all'uso di un tocolitico solo, ma i recensori hanno avanzato la preoccupazione che la presentazione cefalica al momento del travaglio non è stata diversa tra i gruppi. Inoltre la presentazione cefalica al momento del parto non garantisce il parto vaginale. Comunque i parti cesarei per presentazione podalica sarebbero dimezzati se l'ECV fosse utilizzata in tutte le pazienti. Infatti, confrontando i dati di studi osservazionali e studi controllati e randomizzati la frequenza del parto cesareo è più alta nelle popolazioni studiate che non ricevono un'anestesia o un'analgesia centrale rispetto a quelli con anestesia centrale. Questi sono numeri troppo piccoli per trarre delle conclusioni. Inoltre va notato che la frequenza del parto vaginale cambia probabilmente come riflesso delle variabilità tra le diverse istituzioni.

Complicanze della rotazione cefalica esterna con un'analgesia centrale

Una delle principali limitazioni degli studi controllati e randomizzati è data dalle piccole dimensioni del campione che limitano le informazioni sulle complicanze. Nella loro review sistematica Sultan e Carvalho comprendono studi controllati e randomizzati e studi osservazionali. Gli autori descrivono il numero delle complicanze su 874 donne, 456 delle quali avevano ricevuto un'analgesia centrale. Tuttavia il numero è troppo piccolo per valutare i vantaggi rispetto al rischio in quanto l'in-

ti in ostetricia rotazione cefalica esterna nella preeclampsia grave

117 numero 3 e volume 26 numero 3

cidenza di molte complicanze (puntura durale involontaria, rottura dell'utero) è inferiore all'1%. Un altro vantaggio degli studi non randomizzati è la descrizione della "vita reale". Molte istituzioni non sono in grado di offrire l'ECV con tecniche di blocchi centrali come prima scelta nel primo tentativo dell'ECV. Le donne arruolate negli studi controllati e randomizzati provengono da centri che di routine praticano l'ECV e probabilmente possiedono le risorse per affrontare in sicurezza le complicanze dell'ECV.

Nella vita reale ogni paziente che afferisce all'ECV è già stata scelta dal suo ginecologo. La sua disponibilità a partecipare a una sperimentazione clinica può essere per lei legata alla possibilità che possa ricevere l'analgisia. Pertanto, le pazienti che non erano d'accordo a partecipare lo potrebbero avere fatto per la paura delle complicanze o anche, in assenza di paura, per autoselezione dei casi difficili per l'inclusione negli studi controllati e randomizzati.

Gli studi non randomizzati comprendono varie metodologie; uno studio prospettico in cui a tutte le pazienti è stato offerto un blocco centrale come supplemento dell'ECV e confrontati con quelli in cui la paziente aveva rifiutato; studi prospettici in cui l'epidurale è stata offerta dopo un'ECV fallita; studi retrospettivi in cui l'analgisia è stata proposta dopo un iniziale tentativo di ECV fallita o sulla base di preferenze del medico, o sul controllo di dati storici di un periodo in cui non erano eseguite le epidurali rispetto i casi in cui era proposta l'epidurale. *Le informazioni raccolte da studi non randomizzati suggeriscono che l'ECV con analgesia centrale determina un maggiore successo rispetto all'ECV senza analgesia centrale. L'analgisia non è solo vantaggiosa per prevenire la difesa addominale.*

Suen riferisce di un nuovo studio in cui la pressione applicata è stata misurata con guanti che rilevano la pressione nelle donne che hanno ricevuto l'anestesia spinale. Il primo tentativo dell'ECV è stato senza anestesia spinale mentre il secondo tentativo con l'anestesia spinale.

La rotazione può essere dolorosa in modo intollerabile e il fallimento della rotazione si associa a maggiore dolore probabilmente provocato nei casi difficili nei ripetuti tentativi di indurre la rotazione del feto.

Gli autori hanno somministrato 8 mg di bupivacaina per via spinale con fentanyl e hanno rilevato una significativa riduzione della forza necessaria con l'anestesia spinale. Le applicazioni di queste osservazioni non sono chiare. Tuttavia è possibile che l'anestesia spinale sia in grado non solo di eliminare il dolore ma anche le difese materne che favoriscono l'insuccesso.

Conclusioni

Attualmente sembra che né le pazienti né i medici siano orientati alla diffusione dell'ECV. Il parto cesareo è più dannoso per la madre con un rischio maggior di anemia e infezione della parete. La rotazione cefalica esterna se realizzata con successo, può ridurre della metà i parti cesarei per presentazione podalica. La tecnica di dosi elevate di anestetico nei blocchi centrali sembra aumentare in modo significativo la frequenza del successo dell'ECV, anche se non sono disponibili studi con il confronto diretto di basse e alte dosi. L'ECV richiede una curva di apprendimento e un'alta esperienza che è ostacolata dalla scarsa esecuzione della tecnica. È un peccato che il 20% dei parti cesarei d'elezione sia dovuto solamente alla frequenza del 3-4% delle presentazioni di podice, per i rischi che la presenza di una cicatrice sull'utero comporta sull'esito delle gravidanze successive.

Aree future di ricerca dovrebbero riguardare la riduzione dei parti cesarei nelle presentazioni podaliche; la disponibilità di un'analgisia adeguata, in particolare la moxibustione e l'analgisia centrale possono contribuire alla frequenza del successo dell'ECV con la riduzione del dolore associato alla procedura e aumentare il numero di consensi delle madri.

II° ANESTESIA SPINALE NELLA PREECLAMPSIA GRAVE

L'anestesia spinale è dappertutto considerata una scelta anestesologica corretta per il parto cesareo nella preeclampsia grave, se non è posizionato nessun catetere epidurale o è presente una controindicazione all'anestesia. Rispetto alle partorienti sane le preeclampistiche gravi vanno incontro a ipotensione indotta dall'anestesia spinale con minore frequenza e gravità. Nella preeclampsia grave l'anestesia spinale può causare una maggiore incidenza d'ipotensione rispetto all'anestesia epidurale. Tuttavia quest'ipotensione è in genere facilmente trattabile e di breve durata e non ha evidenziato effetti negativi sulla prognosi. Di seguito sono discussi i vantaggi e le limitazioni dell'anestesia spinale in corso di preeclampsia grave.

La preeclampsia interessa tra il 5% e il 7% delle gravidanze, ed è un'importante causa di morbidità e mortalità materna e neonatale ed è stata implicata in 54 dei 569 morti materne negli Stati Uniti nel 2006. Caratterizzata da ipertensione e proteinuria dopo 20 settimane di gestazione, le basi fisiopatologiche della preeclampsia sono un'alterazione dell'angiogenesi con incompleta invasione trofoblastica che generano piccoli e ristrette arterie spirali miometrali con esagerata reattività vasomotoria, placentazione superficiale e ipoperfusione placentare.

La preeclampsia sintomatica riflette una diffusa disfunzione endoteliale, in cui i mediatori derivati dalla placenta causano alterazioni multi-sistemiche d'organo. Le partorienti preeclampistiche in cui l'ipertensione è stata trattata prima del parto, generalmente si presentano al parto con una riduzione del volume plasmatico, portata cardiaca normale o aumentata, vasocostrizione e una funzione del ventricolo sinistro iperdinamica (sebbene si possa manifestare un'alterazione della funzionalità sistolica e diastolica del ventricolo sinistro). Altre manifestazioni comprendono un aumento dell'edema delle vie aeree, ridotta filtrazione glomerulare, alterazioni piastriniche, e una grande variabilità di alterazioni dell'emostasi (tipicamente un'ipercoagulabilità accentuata). Nella preeclampsia grave l'ipoperfusione cronica della placenta è spesso importante. Poiché la circolazione uteroplacentare non si autoregola, un'ulteriore riduzione nella perfusione può essere mal tollerata dal feto. Gli scopi principali della partoriente con grave preeclampsia sono l'ottimizzazione della pressione del sangue materna, della portata cardiaca, e della perfusione uteroplacentare e la prevenzione delle convulsioni e dell'ictus.

Storicamente era credenza diffusa che l'anestesia spinale nelle pazienti con grave preeclampsia determinasse una grave ipotensione e riducesse la perfusione uteroplacentare impedendo la diffusione dell'uso dell'anestesia spinale in queste pazienti. *Tuttavia gli studi hanno evidenziato che le partorienti con grave preeclampsia vanno incontro con minore frequenza e intensità all'ipotensione rispetto alle partorienti sane.*

Tra le pazienti con grave preeclampsia l'anestesia spinale può determinare un'ipotensione maggiore rispetto all'anestesia epidurale; tuttavia quest'ipotensione è tipicamente facile da trattare e di breve durata, e nessuno studio ha dimostrato differenze clinicamente significative nei risultati se si confrontano l'anestesia spinale con l'epidurale e l'anestesia generale.

Il rapporto rischi/benefici è fortemente favorevole ai blocchi centrali rispetto all'anestesia generale per il parto cesareo nelle pazienti preeclampistiche se i blocchi centrali non sono controindicati. Pertanto l'anestesia spinale è una scelta ragionevole nelle preeclampistiche gravi se è indicata e non è posizionato un catetere epidurale o ci sono controindicazioni all'anestesia spinale.

Anestesia spinale e ipotensione nella preeclampsia grave

L'ipotensione dopo l'anestesia spinale nelle preeclampistiche gravi può essere il riflesso di una rapida comparsa di un blocco simpatico, presenza di riduzione del volume intravascolare, e possibile alterata contrattilità del ventricolo sinistro.

Vecchi ostacoli alla diffusione dell'uso dell'anestesia spinale nelle gravide con preeclampsia erano rappresentati dal timore di una precipitosa ipotensione dopo l'anestesia spinale sovrapposendosi a un'ipoperfusione uteroplacentare preesistente e il rischio d'indurre ipertensione o edema polmonare come conseguenza del tentativo di correggere l'ipotensione.

Mentre è evidente fin dal 1950 che la preeclampsia effettivamente attenua l'ipotensione indotta dall'anestesia spinale, è stato solo nella metà degli anni 90 che studi clinici hanno dimostrato la sicurezza dell'anestesia spinale e dell'anestesia combinata spinale-epidurale (CSE) in queste pazienti, e l'anestesia spinale si è diffusa come alternativa all'epidurale e nelle preeclampistiche.

La maggior parte degli studi ha valutato la gravità dell'ipotensione dopo anestesia spinale tra le partorienti con grave preeclampsia escluse le partorienti in travaglio attivo, in quanto il travaglio di per se attenua la frequenza e la gravità della risposta ipotensiva all'anestesia spinale durante il parto cesareo.

La maggior parte degli studi sono relativamente piccoli (n < 150) e i dettagli della somministrazione degli antipertensivi e del magnesio sono diversi.

Tre studi prospettici hanno dimostrato che le partorienti preeclampistiche vanno incontro con minore frequenza e gravità all'ipotensione e richiedono dosi più piccole di vasopressori rispetto ai controlli normotesi dopo l'inizio della spinale.

Una possibile limitazione dello studio di Aya è stata che l'età gestazionale e il peso fetale medio erano significativamente più bassi nel gruppo delle preeclampistiche gravi rispetto al gruppo con pressione arteriosa normale. Le differenze tra i gruppi potrebbero essere il risultato del diverso grado di compressione cavale che potrebbe aver contribuito al rilievo che l'ipotensione è stata meno intensa nel gruppo delle preeclampistiche.

Analogamente nello studio di Clark non è stato controllato il peso fetale e l'età gestazionale. Per superare queste limitazioni uno studio successivo di Aya ha valutato le partorienti pretermine che si presentavano per un parto cesareo non d'emergenza raggruppando le pazienti normotesi e preeclampistiche per età gestazionale (anche il peso neonatale e della placenta erano sovrapponibili). Il gruppo delle preeclampistiche gravi ha manifestato una minore incidenza d'ipotensione che richiedeva un trattamento (25% rispetto al 41%, P = 0,044) ed ha ricevuto una dose media cumulativa di efedrina più bassa. *Questi risultati indicano che l'anestesia spinale può essere somministrata con sicurezza nelle partorienti preeclampistiche sottoposte a parto cesareo non d'emergenza e che l'ipotensione indotta dall'anestesia spinale può essere trattata con sicurezza.*

Confronto tra l'anestesia spinale e epidurale nella grave preeclampsia

Tradizionalmente si riteneva che l'epidurale fosse più sicura dell'anestesia spinale nella preeclampsia grave poiché si pensava che l'anestesia epidurale determinasse un minore rischio d'ipotensione clinicamente significativa. Gli studi non evidenziano un'ipotensione più grave dopo anestesia spinale rispetto all'anestesia epidurale. Tuttavia, gli studi più rigorosi relativi a questo problema eseguiti da Visalyaputra, concludono che sebbene la maggior parte delle preeclampistiche gravi vanno incontro ad un'ipotensione più grave dopo anestesia spinale rispetto all'anestesia epidurale, questa differenza non è clinicamente significativa.

I primi studi hanno rilevato che la quantità di vasopressori necessari per le gravi partorienti preeclampistiche è simile se si confronta l'anestesia spinale e epidurale, e se si confronta la CSE con l'anestesia epidurale. La limitazione di questi studi è data dai campioni che sono di piccole dimensioni, gli studi retrospettivi, la popolazione eterogenea come anche l'approccio alla somministrazione di liquidi e di vasopressori.

Al contrario Visalyaputra ha realizzato uno studio ampio, multicentrico randomizzato e control-

lato che ha interessato 100 partorienti preeclampistiche gravi. L'anestesia spinale si è accompagnata a un'incidenza più alta d'ipotensione (51% rispetto al 23%) (definita come pressione sistolica < 100 mm Hg) durante i primi 20 minuti dopo l'induzione dell'anestesia. Tuttavia, la differenza nella dose media totale di efedrina è stata piccola (gruppo epidurale 6 mg; gruppo spinale 12 mg). In entrambi i gruppi, l'ipotensione è stata facile da trattare e di durata media breve, inferiore a 1 minuto in entrambi i gruppi. Inoltre alcune delle differenze tra i gruppi possono essere state amplificate dalle differenze istituzionali nella pratica clinica e nei boli di efedrina utilizzati. Nessuno studio ha rilevato differenze clinicamente significative nei punteggi dello stato di benessere del neonato, come nell'indice di Apgar o del pH dell'arteria ombelicale. *Come sottolineato nelle linee guida pratiche dalla Società Americana di Anestesiologia (ASA) e il Collegio Americano degli Ostetrici e Ginecologi i blocchi centrali, se è possibile eseguirli, sono fortemente preferibili rispetto all'anestesia generale per le partorienti preeclampistiche.*

Un posizionamento precoce del catetere epidurale nelle preeclampistiche in travaglio è consigliato in quanto assicura la possibilità di un parto con un blocco centrale (evitando il rischio di un'anestesia generale) nell'eventualità che sia richiesto un parto cesareo d'emergenza.

Ulteriori vantaggi del travaglio in analgesia epidurale sono il ridotto consumo di ossigeno e della ventilazione minuto durante il primo e il secondo stadio del travaglio e nelle partorienti preeclampistiche, il miglioramento del flusso del sangue intervilloso (evitando l'ipotensione) e una riduzione delle catecolamine del plasma materno. Di conseguenza per i casi complicati come le partorienti con preeclampsia, le linee guida pratiche ASA raccomandano il posizionamento precoce di un catetere epidurale o spinale che può anche precedere l'inizio del travaglio o la richiesta di analgesia da parte della paziente.

Nella preeclampsia l'anestesia spinale è generalmente presa in considerazione per il parto cesareo quando non è presente un catetere epidurale e non ci sono controindicazioni al blocco centrale (come coagulopatie, eclampsia con deficit neurologici persistenti) l'anestesia spinale determina un inizio dell'anestesia più rapido dell'epidurale o dell'anestesia CSE con un importante vantaggio nelle condizioni d'emergenza.

Nell'ambito di gravi instabilità emodinamiche o se si prevede un tempo chirurgico particolarmente lungo, si deve scegliere un blocco centrale alternativo come l'epidurale, la CSE o l'anestesia spinale continua.

Confronto anestesia spinale e generale

Per la maggior parte delle pazienti con grave preeclampsia il rapporto rischi-benefici dell'anestesia spinale e dell'anestesia generale è molto favorevole all'uso dell'anestesia spinale se eseguibile.

Importanti elementi da considerare sono i rischi di alterazioni emodinamiche clinicamente importanti nella madre, difficile gestione delle vie aeree, ictus, ematoma spinale/epidurale e esiti avversi nei neonati.

Come descritto in precedenza nelle pazienti con grave preeclampsia, l'ipotensione indotta dall'anestesia spinale è facile da trattare, il rischio di ematoma spinale/epidurale è basso e non c'è evidenza di compromissione dello stato di salute del neonato. Al contrario, possibili complicanze dell'anestesia generale come la crisi ipertensiva, l'ictus, e una gestione difficile delle vie aeree possono essere causa di morbidità e mortalità nelle pazienti preeclampistiche. Pertanto nella maggior parte delle partorienti con grave preeclampsia non sono presenti coagulopatie o piastrinopenie, il rischio di dover gestire vie aeree difficili o di non riconoscere o riconoscere con ritardo un ictus materno durante un'anestesia generale, costituiscono un rischio maggiore di quelli determinati dall'ipotensione o di un ematoma spinale/epidurale.

L'edema faringeo e glottico periparto sono maggiori nelle partorienti preeclampistiche e il rischio di una laringoscopia difficile o di una mancata intubazione sono maggiori nelle partorienti preeclampistiche rispetto a quelle sane.

Una laringoscopia traumatica può causare sanguinamento faringeo e ipofaringeo peraltro impedendo la visualizzazione delle vie aeree.

Sebbene il rischio assoluto dell'anestesia generale (insuccesso/gestione difficile delle vie aeree, ipertensione da laringoscopia diretta, ritardato riconoscimento di un ictus e aspirazione) siano bassi tra le partorienti preeclampatiche, il rischio di gestione difficile delle vie aeree è una motivazione forte per preferire i blocchi centrali.

L'analisi delle richieste di risarcimento nel Regno Unito dal 2006 al 2008 evidenzia che una non corretta gestione della preeclampsia è una delle principali cause in cui una cattiva gestione perioperatoria può aver contribuito alle morti materne. La preeclampsia grave peraltro è la causa principale d'ictus emorragico perioperatorio. Durante la laringoscopia diretta e l'intubazione, le preeclampatiche gravi vanno incontro a un importante incremento della pressione arteriosa e della velocità di flusso dell'arteria cerebrale media rispetto alle partorienti sane.

Secondo il Centro di valutazione Materno e infantile del Regno Unito l'ipertensione cerebrale può, a sua volta, precipitare in un ictus emorragico. Nelle analisi più recenti l'ictus emorragico è stato la causa principale di mortalità nelle pazienti con grave preeclampsia.

Se è necessaria l'anestesia generale, deve essere prontamente disponibile un'equipe in grado di trattare le vie aeree difficili e si deve fare ogni sforzo per ridurre la risposta emodinamica alla laringoscopia (ad esempio con un bolo di farmaco antipertensivo o con remifentanyl).

Dyer prospetticamente ha confrontato il deficit di base dell'arteria ombelicale e altri markers di benessere materni e neonatali in 70 pazienti preeclampatiche sottoposte a parto cesareo per la presenza di un tracciato fetale non rassicurante, randomizzati per ricevere l'anestesia spinale e generale. Lo studio è stato impostato per rilevare le differenze tra i gruppi dell'incidenza di deficit di basi > 8 mEq/l. In entrambi i gruppi, il deficit di base medio dell'arteria ombelicale è stato nel range considerato normale per il parto vaginale (< 10), sebbene il gruppo spinale presentava un valore medio di deficit di basi maggiore (7,1 rispetto a 4,7 mEq/l; p = 0,02) e un pH dell'arteria ombelicale più basso (7,20 rispetto a 7,23; p = 0,046). Non ci sono state differenze significative tra i gruppi negli altri markers neonatali di compromissione, compresa la richiesta di rianimazione neonatale, punteggio di Apgar < 7, pH dell'arteria ombelicale < 7,2 e necessità di ventilazione positiva intermittente del neonato.

La frequenza cardiaca materna e la pressione dell'arteria ombelicale sono state accettabili in entrambi i gruppi.

Da rilevare che nello studio di Dyer, la dose media di efedrina (14 mg rispetto a 3 mg; p = 0,002) è stata significativamente più alta nel gruppo dell'anestesia spinale.

Gli autori hanno affermato che non c'è stata correlazione tra l'uso dell'efedrina e il deficit di basi neonatale in tutti i gruppi.

Da notare che l'analisi successiva ha evidenziato che, salvo che la pressione diastolica del sangue non fosse maggiore di 110 mm Hg, non ci sono state differenze di eccesso di base tra i gruppi. Tuttavia il significato clinico di queste osservazioni è sconosciuto, soprattutto perché lo studio non è stato formulato per studiare questo sottogruppo di pazienti.

La tendenza verso una pH dell'arteria ombelicale più basso nel gruppo spinale, ha indotto molti autori a raccomandare l'uso della fenilefrina come vasopressore di prima scelta nella preeclampsia grave.

Questa raccomandazione è in accordo con i dati evidenti in molti studi che l'efedrina si accompagna a un'acidosi fetale maggiore rispetto alla fenilefrina tra le partorienti sane che afferiscono al parto cesareo.

Strategia per ridurre l'ipotensione causata da blocchi centrali

Nelle donne preeclampatiche un bolo profilattico di cristalloidi prima dell'anestesia spinale aumenta la pressione venosa centrale per > 2 minuti. Le partorienti preeclampatiche presentano un rischio aumentato di edema polmonare per aumento della permeabilità capillare, riduzione della pressione colloidale-osmotica,

aumento della pressione idrostatica, e in molti casi, per un'alterazione della contrattilità del ventricolo sinistro.

Dato l'impatto transitorio dei boli di liquidi endovena nella pressione venosa centrale e l'aumentata facilità nelle donne preeclampatiche di comparsa di edema polmonare, gli studi che hanno preso in considerazione le pazienti con grave preeclampsia hanno fatto uso di quantità contenute di cristalloidi. Questa pratica è in accordo con la tendenza a una minore somministrazione di cristalloidi nel perioperatorio nelle partorienti sane, che riflette l'evidenza che il bolo di liquidi di per sé non previene l'ipotensione. Non sono stati eseguiti studi specifici per valutare la gestione dei liquidi per l'anestesia spinale nelle preeclampatiche.

L'infusione profilattica della fenilefrina non è stata studiata nell'insufficienza uteroplacentare e l'evidenza scientifica non è sufficiente per suggerirne un suo uso nella popolazione preeclampatica.

Una modalità per minimizzare lo scompenso emodinamico nei casi di compromissione fetale importante (con riduzione del flusso telediastolico dell'arteria ombelicale) è l'anestesia CSE utilizzando una piccola dose di anestetico locale per via spinale. L'incidenza dell'ipotensione indotta dall'anestesia spinale dipende dalle dosi di anestetico locale; è stato dimostrato che la CSE rispetto alla dose spinale singola determina un minore rischio d'ipotensione.

Tuttavia nessuno studio ha confrontato la CSE con l'anestesia spinale nelle preeclampatiche gravi.

Monitoraggio emodinamico durante l'anestesia spinale nella preeclampsia grave

Lo spettro dei profili emodinamici osservato nella preeclampsia grave riflette la gravità della malattia, se è stata trattata l'ipertensione, le diverse modalità di trattamento della terapia antipertensiva e delle comorbilità. Tra le partorienti a termine preeclampatiche non in travaglio l'incidenza di disfunzione diastolica globale, in genere di grado lieve è del 40%. Le linee guida pratiche ASA indicano che in anestesia ostetrica non sono presenti in letteratura dati sufficienti per indicare se un monitoraggio emodinamico invasivo migliora la prognosi nelle donne con ipertensione associata alla gravidanza.

Nessun monitoraggio specifico ha dimostrato di migliorare la prognosi materna o fetale nell'ambito della preeclampsia. Un catetere arterioso può facilitare la rilevazione e il trattamento delle modificazioni della pressione ar-

teriosa soprattutto nelle pazienti con ipertensione grave.

L'ecocardiografia può fornire informazioni sulle dimensioni del cuore e sulla contrattilità cardiaca. Nelle preeclampatiche la pressione venosa centrale peraltro non si correla con la pressione capillare polmonare che a sua volta può non riflettere il lavoro della gittata sistolica del ventricolo sinistro. Peraltro il catetere venoso centrale nell'arteria polmonare determina un rischio di complicanze del 4% nelle partorienti ipertese. La proposta di una misura meno invasiva della gittata sistolica come un'analisi del profilo dell'onda arteriosa e l'impedenza cardiaca con un migliore rapporto rischi-benefici e la correlazione di questi dati (nell'immediato periodo postoperatorio nelle pazienti con grave preeclampsia) con le misure derivate dalla termodiluzione richiede ulteriori valutazioni per l'applicazione nel periparto per la gestione della preeclampsia grave.

Coagulopatie

Nella preeclampsia le alterazioni endoteliali possono stimolare un'eccessiva attivazione e consumo di piastrine che può contribuire a un'aumentata incidenza di piastrinopenia. L'incidenza di ematoma spinale-epidurale tra le pazienti preeclampatiche e sottoposte a blocchi centrali non è nota. Grandi studi hanno evidenziato che l'incidenza di ematoma spinale-epidurale dopo blocco centrale è più bassa tra le partorienti rispetto alla popolazione generale.

Questi studi hanno peraltro evidenziato che limitando l'analisi alle partorienti, l'ematoma spinale-epidurale è meno frequente dopo anestesia spinale rispetto alla tecnica combinata spinale/epidurale o epidurale. Tuttavia gli studi retrospettivi possono sottostimare l'incidenza dell'ematoma spinale-epidurale e/o il numero di blocchi centrali eseguiti.

L'evidenza suggerisce che l'incidenza dell'ematoma spinale-epidurale è aumentata dal 1950. Da un'ampia review retrospettiva e dalla descrizione di casi si è rilevato un'alterazione dell'emostasi in un gran numero di pazienti gravide e non gravide che hanno avuto un ematoma spinale-epidurale dopo un blocco centrale.

In un ampio studio retrospettivo si sono avuti solo 2 casi di ematomi spinale-epidurale in ostetricia in pazienti con HELLP sindrome (emolisi, aumento degli enzimi epatici e piastrinopenia). *L'anestesia spinale presenta un rischio di ematoma spinale-epidurale più basso del blocco combinato spinale/epidurale o epidurale, in quanto il calibro dell'ago inferiore si accompagna ad un'incidenza più bassa di ematoma spinale e l'anestesia*

in bolo singolo evita il rischio causato dall'introduzione del catetere.

Poiché non sono disponibili dati relativi a una conta piastrinica sicura, in base alle indicazioni della Società Americana di Anestesia Regionale, e sulla base di dati di descrizione di casi, opinione di esperti, ematologi, e della Società degli Ematologi, gli anestesisti devono verificare che la conta piastrinica sia di almeno 75.000 o 80.000/microlitro (se la conta piastrinica è inferiore a 150.000/microlitro occorre anche che il tempo di tromboplastina e di trombina siano normali).

Prima d'iniziare l'anestesia spinale nelle pazienti con preeclampsia grave, le linee guida pratiche ASA avvertono che *"l'uso di una conta piastrinica può ridurre il rischio di complicanze dovute all'anestesia"* nelle preeclampatiche. In uno studio prospettico di Leduc che ha interessato 100 donne con preeclampsia grave o ipertensione cronica con preeclampsia (26 con HELLP syndrome) nessuna partorienti presentava un aumento del PT e del PTT o un basso valore di fibrinogeno in assenza di una conta piastrinica < 150.000/microlitro. Nelle pazienti in cui il valore iniziale delle piastrine era <150.000/microlitro il 75% ha sviluppato una conta piastrinica < 100.000/microlitro. Sulla base di questi dati gli autori consigliano di eseguire una conta seriale delle piastrine durante il parto nelle partorienti preeclampatiche e di controllare il PT, il PTT e il fibrinogeno solo se la conta piastrinica si riduce al di sotto di 100.000/microlitro. Poiché nello studio di Leduc è stata controllata in laboratorio l'emostasi ogni sei ore nelle pazienti con segni clinici di alterata coagulazione, devono essere presi in considerazione una valutazione recente della conta piastrinica e della coagulazione. Il giudizio clinico è fondamentale nella scelta di un approccio anestesiológico per una paziente preeclampatica con una conta piastrinica o un profilo coagulativo ai limiti.

Are di ricerche future

Sono necessarie nuove ricerche per chiarire le modalità per un'ottimizzazione emodinamica e della perfusione utero-placentare nelle partorienti preeclampatiche gravi durante l'anestesia spinale per il parto cesareo.

Specifiche aree d'interesse comprendono l'effetto sul neonato dell'infusione profilattica di fenilefrina, la migliore strategia per la gestione dei liquidi nelle partorienti con preeclampsia grave durante l'anestesia spinale e il ruolo del monitoraggio a bassa invasività della portata cardiaca.

Test d'apprendimento

Quesiti	
1. Qual è la percentuale nel Regno Unito dei TC per presentazione podalica:	a) maggiore del 25%; b) <u>maggiore del 15%</u> ; c) maggiore del 36%
2. Dopo quante settimane di gestazione è raccomandata la rotazione cefalica esterna?	a) prima di 33 settimane; b) prima di 35 settimane; c) <u>dopo 35 settimane</u>
3. Quale controindicazione comune all'ECV è prevista nelle principali linee guida?	a) rottura prematura di membrane; b) ritardo di crescita fetale; c) <u>oligoidramnio</u>
4. È previsto l'uso di oppioidi per via generale nella review della Cochrane ECV	a) sì; b) <u>no</u> ; c) il suo uso dipende dalla scelta dell'operatore
5. Qual è l'incidenza della presentazioni podaliche sul numero dei parti cesarei?	a) inferiore al 15%; b) <u>maggiore del 15%</u> ; c) non è nota
6. Dopo l'anestesia spinale le partorienti con grave preeclampsia rispetto alle partorienti sane vanno incontro a:	a) <u>minore ipotensione</u> ; b) maggiore ipotensione; c) non presentano nessuna differenza
7. Tra le pazienti con grave preeclampsia l'anestesia spinale rispetto all'anestesia epidurale può determinare:	a) lo stesso effetto ipotensivo; b) <u>un'ipotensione maggiore</u> ; c) un'ipotensione minore
8. La causa principale di mortalità nelle pazienti con grave preeclampsia dopo anestesia generale	a) <u>ictus emorragico</u> ; b) l'ab-ingestis; c) mancato controllo delle vie aeree
9. Nei pazienti sottoposti ad anestesia generale rispetto a quelli in anestesia spinale nelle preeclampatiche gravi il pH dell'arteria ombelicale è:	a) <u>maggiore</u> ; b) minore; c) sovrapponibile
10. Nei pazienti sottoposti ad anestesia generale rispetto a quelli in anestesia spinale nelle preeclampatiche gravi il numero di neonati con punteggio di Apgar < 7 è stato:	a) maggiore; b) inferiore; c) <u>sovrapponibile</u>

Le risposte corrette sono sottolineate

AAROI-EMAC Sicilia

Da 273 a 394 posti di Rianimazione
L'incremento nella Rimodulazione della Rete Ospedaliera Siciliana



Nel supplemento ordinario della G.U.R.S. del 23 Gennaio è stato pubblicato il DA 14/01/2015 "Riquilibrata e rifunzionizzazione della rete ospedaliera territoriale della regione Sicilia".

A pag. 4 il Decreto prevede «vista la delibera 285 del 07/08/2013 allegato a pag. 2 si dispone specificamente "le Aziende Sanitarie attivino i posti letto di Rianimazione previsti dalla programmazione regionale e non ancora attivati"».

Soddisfazione da parte del Presidente AAROI-EMAC Sicilia, Emanuele Scarpuzza, che in questi mesi ha lavorato per l'attivazione dei posti letti in Rianimazione: "A regime dovremmo avere 394 posti letto di Rianimazione adulti (comprese le nuove Rianimazioni di Canicattì, Licata, Nicosia, Lentini e Avola) e 20 posti di Rianimazione pediatrica, in sintesi, c'è stato un discreto incremento e una redistribuzione in zone carenti. L'Assessore alla Sanità della Regione Sicilia, Lucia Borsellino, ha mantenuto l'impegno sottoscritto più volte. Ritengo di poter dire - afferma Scarpuzza - che abbiamo fatto un grosso passo avanti rispetto agli attuali 273 posti letto di Rianimazione attivi.

Dal mese di Febbraio - sottolinea il Presidente AAROI-EMAC Sicilia - devono essere costituiti i tavoli tecnici da parte delle Aziende con i rappresentanti dei Sindacati della Dirigenza per la consultazione, ai sensi del CCNL 02/05 art.6 comma C, avente per oggetto rideterminazione delle dotazioni organiche delle U.O.O., i criteri che dovranno essere adottati, per quanto ci concerne, riguardano i carichi di lavoro (guardia di Rianimazione, guardia di Anestesia, sale operatorie attive, attività ambulatoriale, terapia iperbarica, eventuali altri obiettivi assegnati ai direttori di U.O.C)".

AAROI-EMAC Umbria

Il TAR (ri)boccia il superticket
No all'integrazione del 20% per visite in intramoenia

Una battaglia cominciata più di due anni fa e che sembra essere arrivata a conclusione con la seconda bocciatura da parte del TAR Umbria della misura integrativa del 20% sulle visite in intramoenia introdotta dalla Regione Umbria.

Il Tribunale Amministrativo Regionale annullando "la deliberazione della giunta 428 del 15 aprile 2014 e l'accordo stipulato il 30 dicembre 2011 tra Regione Umbria, Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, condanna la Regione Umbria al pagamento delle spese di lite in favore dei ricorrenti, in misura di complessivi 5.000, oltre accessori di legge; spese compensate con il ministero della Salute ed il ministero dell'Economia e delle Finanze".

La vicenda è cominciata nel Marzo del 2012 quando, con Delibera regionale, veniva fissato un superticket del 29% sugli onorari per le prestazioni in intramoenia. Immediato era stato l'intervento dell'Intersindacale della Dirigenza Medica che, ritenendo intollerabile una simile imposizione e denunciando la totale assenza di confronto, aveva chiesto l'immediato ritiro del provvedimento.

La situazione era però andata avanti senza possibilità di trovare un accordo al punto che 14 Medici perugini avevano presentato tre ricorsi al Tar sostenuti dalle OO.SS.

Nel Gennaio 2013 i Giudici avevano dato ragione ai Medici riconoscendo che il ticket sull'intramoenia è un tributo su una prestazione privata e quindi non può essere imposto dalla Regione.

La vicenda non si era però conclusa perché la Regione aveva successivamente presentato ricorso al Consiglio di Stato che, nel febbraio dello scorso anno, aveva annullato la sentenza del Tar ritenendo i ricorrenti, Medici e OO.SS, non direttamente danneggiati dal provvedimento e quindi non legittimati a fare ricorso.

Il SuperTicket, questa volta del 20%, era stato quindi reintrodotta dalla Regione, ma subito contestato da un nuovo ricorso portato avanti da 5 pazienti assistiti da Adiconsum.

A quasi 3 anni dall'inizio della vicenda, è forse arrivata la pa-

rola fine con l'ultima sentenza con cui il Tar dell'Umbria ha annullato nuovamente la Delibera regionale considerando illegittimo il Superticket: "l'introduzione di un ticket su ogni singola prestazione resa in libera professione intramoenia, pari al 20% rispetto al valore tariffario, assume carattere direttamente lesivo per la generalità degli utenti del S.S.N., i quali, indistintamente, si trovano a dover sostenere una duplicazione dei relativi costi già integralmente sopportati", si legge in un passaggio della recente sentenza.

Immediato il commento delle Organizzazioni Sindacali dei Medici che in un'intervista al Messaggero Umbria hanno sottolineato:

"Per il futuro, ci auguriamo più partecipazione e che si incida su inefficienze e sprechi piuttosto che tassare prestazioni finalizzate alla tutela della salute: in un percorso di questo genere i Medici saranno sempre in prima fila per determinare condizioni di maggiore appropriatezza clinica e organizzativa".

"Questa è l'ulteriore prova delle nostre ragioni - ha aggiunto Alvaro Chianella, Presidente AAROI-EMAC Umbria - tra l'altro la Regione aveva messo fuori mercato il sistema sanitario pubblico".

Di fronte alla decisione dei Giudici, anche la Giunta Regionale dell'Umbria è intervenuta con una



nota affermando di aver preso atto "della sentenza del Tar dell'Umbria che ha disposto l'annullamento della delibera regionale n. 428/2014 che prevedeva la misura integrativa del 20% sulle tariffe delle prestazioni sanitarie rese in regime di intramoenia ed ha sospeso, con effetto immediato, il ticket sulle tariffe professionali, dandone immediata comunicazione a tutte le Aziende sanitarie della regione". Allo stesso tempo, però, il comunicato della Regione conclude dicendo che: "la Giunta Regionale si è riservata di assumere successive determinazioni in merito, anche con riferimento all'impugnativa della sentenza del Tar dinanzi al Consiglio di Stato ed alla richiesta di misure cautelari volte a sospenderne l'efficacia".

AAROI-EMAC TOSCANA

"Riordino senza alcun vantaggio"
L'Intersindacale torna a farsi sentire contro la riforma

Non va proprio giù all'Intersindacale della Dirigenza Medica la riforma sanitaria della Regione Toscana a firma del Governatore Rossi che prevede, tra le altre cose, la drastica riduzione del numero di Asl. Conti alla mano, le OO.SS sono intervenute per dimostrare che, se l'obiettivo del piano di riordino della sanità toscana, con il passaggio da 16 a 3 Asl di Area Vasta, era di ottenere un taglio netto delle spese, allora la meta è stata mancata. La Delibera di riordino prevede quattro aziende universitarie ospedaliere, tre aziende di area vasta e l'accorpamento, sempre su area vasta, di varie unità operative. Secondo i Medici dell'Intersindacale, i tagli ai vertici delle aziende sono solo apparenti visto che i Direttori Generali delle vecchie Asl recupereranno i loro incarichi pregressi e dunque resteranno dirigenti, in più ad essi si aggiungerà una nuova figura, quella del Direttore di Area Vasta.



"L'obiettivo del governatore Rossi è di tagliare 200 milioni di euro sul bilancio regionale - ha spiegato Fabio Cricelli, Presidente AAROI-EMAC Toscana, in un recente incontro con i giornalisti all'Ospedale San Jacopo di Pistoia - Ma i passaggi previsti dal riordino, come la creazione dei direttori di area vasta e dei dipartimenti Interaziendali, non portano sostanziali risparmi e servono solo a ricreare le condizioni per avere tre

sole Aziende Ospedaliere-Universitarie, vietate dalla attuale legislazione e vero obiettivo del Governatore. È un passaggio fondamentale per subordinare il lavoro dei medici ospedalieri a quello di figure prese in prestito dall'università. In pratica, si andrà verso un potenziamento dei poli universitari e un accentramento dei servizi. E a farne le spese saranno per primi i cittadini, costretti a spostarsi per avere gli stessi servizi che prima erano garantiti nei presidi della loro provincia".

I veri risparmi deriveranno solo da una riduzione degli operatori sanitari: i previsti accorpamenti di unità operative saranno funzionali a creare gli esuberanti necessari a compiere un pesante taglio al personale, sia medico che infermieristico, sia degli operatori Oss. Al livello regionale, questi tagli potrebbero interessare 850 medici e 1.300 infermieri.

"Laddove venisse dichiarato un esubero di circa 800 professionisti - si legge in un comunicato diffuso dall'Intersindacale -, il 10% della dotazione dei medici e dirigenti sanitari attualmente in servizio, il sistema sanitario regionale toscano andrebbe a perdere, nel volgere di pochi mesi, una massa critica di dipendenti che sono all'apice delle potenzialità in termini di esperienza professionale".

Sulla riforma della sanità Toscana è intervenuto anche Ivan Cavicchi, esperto di politiche sanitarie, in un suo recente articolo su Quotidiano Sanità in cui definisce "L'area vasta, quale espressione di una logica totalitaria e autoritaria, comporta inevitabilmente un ribaltamento del significato operativo di programmazione. Questa non è più il mezzo che garantisce il diritto alla salute interpretando la specificità dei territori, le esigenze delle persone ecc, ma diventa l'imposizione di una offerta di sanità sostenibile rispetto alle risorse disponibili". Per poi concludere "Quello di Rossi è un riordino al buio, senza alcun dato previsionale, che appare come una operazione poco meditata, ideologica, con l'obiettivo principale di garantire in modo autoritario controllo e uniformità".

AAROI-EMAC LOMBARDIA

Accordo Maugeri
Garantito il CCNL Sanità

Scongiorato il rischio di un passaggio dal CCNL della Sanità Pubblica a quello della Sanità Privata per la Fondazione Maugeri, colosso sanitario con sede Legale a Pavia, che dispone di 21 Centri in tutta Italia ed è leader nella riabilitazione. Si è finalmente chiusa con successo la Vertenza Sindacale aperta la scorsa estate, dopo che l'Ente, a causa della sua situazione economico-finanziaria, aveva deliberato la disdetta unilaterale del CCNL a partire dal primo Ottobre u. s. L'intervento delle OO.SS. aveva già portato ad una prima sospensione della disdetta, e ad un successivo Pre-Accordo per il triennio 2015/17.

Alla non facile via d'uscita, che ha passato anche il vaglio diretto dei lavoratori interessati, attraverso un Referendum, ha partecipato, per l'AAROI-EMAC Nazionale, il Dr Federico Capra Marzani, Consigliere Regionale della Sezione Lombardia, a cui va il plauso per l'ottimo lavoro svolto. Di meglio non si poteva fare. L'alternativa sarebbe stata la privatizzazione di tutti i dipendenti, con il venir meno di ogni tutela dei posti di lavoro. Oltre all'impegno, per la Fondazione, di mantenere l'applicazione del CCNL Sanità Pubblica, l'Accordo raggiunto ha salvaguardato tutti i livelli occupazionali, ed ha ridimensionato in modo tangibile, rispetto alle pretese dell'Ente, alcune importanti decurtazioni economiche, prevedendo al contempo una revisione periodica per verificare i risultati raggiunti e i risparmi ottenuti. L'Accordo stabilisce, inoltre, spazi di redistribuzione per la libera professione e per la ricerca, definisce i termini per le prestazioni di lavoro straordinario, e infine, prevede l'impegno della Fondazione a rispettarne i termini anche in caso di eventuali mutamenti dei suoi assetti societari.

Speriamo, con questa dimostrazione di aver saputo gestire una situazione spinosa con atteggiamento responsabile ed "europeo", che sul Sindacato non si abbattano critiche di chi (i soliti noti) lo accusa, strumentalmente, di non essere al passo con i tempi, oltre che, paradossalmente, di essere troppo "acomodante".

L'80% dei Medici teme di essere chiamato a giudizio

I dati del Tribunale di Milano e del sondaggio online dell'OIS

Aumento delle cause per colpa medica, diffusione della medicina difensiva e costante timore dei medici di essere chiamati a giudizio dai pazienti. Un quadro ormai noto agli addetti ai lavori e che trova conferma in due relazioni presentate di recente: il Bilancio di responsabilità sociale 2014 del Tribunale di Milano e il resoconto del sondaggio realizzato dall'Osservatorio internazionale della Sanità in collaborazione con l'Ordine dei medici-chirurghi e odontoiatri (Omceo) di Roma.

“Tra le cause di responsabilità dei professionisti, quelle di colpa medica sono estremamente rilevanti sia in termini numerici sia in termini di complessità. Un fenomeno al quale si lega anche la tendenza degli ospedali ad assicurarsi sempre meno e l'aumento del ricorso alla medicina difensiva con più costi per il sistema sanitario”, si legge nella sintesi del Bilancio del Tribunale di Milano diffusa dall'Adnkronos. Una situazione dovuta, secondo l'analisi del Tribunale, ad “un mutamento culturale, ormai verificatosi da anni, accompagnato da un parallelo nuovo approccio interpretativo giurisprudenziale, volto a mettere al centro del rapporto sanitario il paziente, il suo diritto alla salute”.

“Con il tempo - avverte il Tribunale di Milano - si è determinata l'applicazione dei principi della responsabilità contrattuale al rapporto paziente-struttura sanitaria, con l'effetto di far gravare sulla parte medica l'onere di provare di aver fatto tutto il possibile per curare il malato, di averlo adeguatamente informato dei rischi; ciò nell'ambito di un rapporto per il quale opera una prescrizione decennale e con un contestuale aumento della misura risarcitoria”. Diretta conseguenza di un simile andamento è, secondo il Tribunale di Milano, “un continuo aumento del ricorso alla medicina difensiva sia attiva (ecceso di esami e verifiche con complesse indagini strumentali), sia negativa (fuga da interventi ad alto rischio o con scarse

possibilità di successo) con delle conseguenze rilevantissime sui costi del sistema sanitario, stante il riflesso anche sul singolo medico operante, sulla compatibilità di tale rapporto lavorativo con un così rilevante rischio patrimoniale”.

Non molto diverso è il quadro che emerge dal sondaggio dell'OIS realizzato nel mese di Dicembre attraverso 1076 interviste online a medici appartenenti a tutte le categorie e da cui emerge che il 78,9% degli intervistati è preoccupato di incorrere in una controversia pretestuosa e il 72,2% ritiene una necessità tutelarsi con una polizza comprensiva della tutela legale completa.

La maggior parte delle cause si conclude con l'assoluzione. Nel 2013 a Roma, il 68% delle cause arrivate a sentenza, si è concluso con l'assoluzione.

E ancora, l'86,8% ha stipulato un'assicurazione già prima dell'entrata in vigore dell'obbligo normativo previsto per i medici del settore privato.

“L'allarmante incremento del numero dei contenziosi in ambito sanitario registrato negli ultimi anni - ha scritto il Ministro della Salute, Lorenzin, in un messaggio agli organizzatori della presentazione del sondaggio - impone oggi una risposta seria sia ai cittadini sia ai professionisti. Il professionista sanitario coinvolto nei contenziosi, infatti, è spesso costretto ad affrontare conseguenze in sede civile, penale e contabile e disciplinare, con esiti drammatici anche laddove poi il giudizio si risolve favorevolmente”.

Il Decreto Balduzzi, ha ricordato il Ministro, ha cercato di dare una prima risposta in materia di responsabilità professionale. E ora, ha precisato il Ministro “probabilmente i tempi sono maturi per un intervento più organico e veramente risolutivo. Un intervento che non si risolva come la ricerca dell'impunità per i professionisti che sbagliano, ma che al contrario, assicurando la giusta serenità a questi ultimi riduca sino ad eliminarli i casi di malpractice, erogando una effettiva tutela al diritto costituzionale alla salute”.

D'accordo con la necessità di mettere mano al settore anche Roberto Lala, presidente dell'Ordine dei Medici di Roma. “Ormai anche il concetto di medicina difensiva è superato - ha affermato nel corso della presentazione - siamo alla medicina astensiva, per cui ad esempio se un medico di una struttura privata vede un caso 'rischioso' lo manda in una pubblica, dove è obbligatorio assisterlo. La paura del professionista - ha specificato Lala - non è per l'errore ma per il fatto di essere accusato ingiustamente”. A tutto ciò si aggiunge il discorso economico: “Oggi le tariffe che deve pagare un medico per assicurarsi arrivano fino a 25mila euro l'anno - ha concluso Roberto Lala - ma la paura del professionista non è per l'errore ma per il fatto di essere accusato ingiustamente. E uno dei nodi è che il medico deve dimostrare di non aver compiuto il danno. Un assurdo. Le responsabilità che devono essere ridefinite. Questo non significa che i medici intendono sottrarsi alle loro responsabilità. Tutt'altro. I medici vogliono sicurezza, chiedono di essere responsabili del processo di cura”.

La maggior parte delle cause, è stato poi precisato nel corso della presentazione, si conclude con l'assoluzione. A Roma ad esempio su 400 cause di risarcimento discusse nel 2013, 200 non sono andate a sentenza, mentre il 68% di quelle che sono arrivate alla fine ha visto l'assoluzione del medico.



Firmato il Decreto “anti Stamina”

Disposizioni su medicinali per terapie su base non ripetitiva

Il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha firmato il Decreto Ministeriale “Disposizioni in materia di medicinali per terapie avanzate preparati su base non ripetitiva”, immediatamente ribattezzato Decreto anti Stamina perché fissa le specifiche tecniche per il rilascio dell'autorizzazione da parte dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) per la produzione e l'utilizzazione di medicinali per terapie avanzate preparati su base non ripetitiva.

“Si tratta di un passo in avanti per la legislazione sanitaria italiana - ha infatti commentato il Ministro Lorenzin - che metterà i pazienti al riparo da possibili truffe e speculazioni sulle salute dei malati come, purtroppo, avvenuto in occasione della vicenda Stamina.

In particolare, come viene specificato sul sito del Ministero della Salute, il Decreto prevede che la produzione e l'utilizzazione di detti farmaci saranno oggetto di apposita autorizzazione rilasciata dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), cui spetterà anche valutare gli esiti del loro impiego. Il rilascio dell'autorizzazione comporterà, inoltre, ulteriori obblighi a carico del produttore, tra i quali, il rispetto della normativa in materia di qualità e sicurezza nonché di tracciabilità del prodot-

to e del paziente trattato e di farmacovigilanza.

I medicinali, viene specificato nel Decreto, potranno essere utilizzati esclusivamente in un ospedale pubblico, clinica universitaria o istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, presenti sul territorio nazionale, su singoli pazienti, in mancanza di una valida alternativa terapeutica, nei casi di urgenza ed emergenza che pongono gli stessi in pericolo di vita o di grave danno alla salute.

Specifici obblighi sono, infine, stabiliti per i medici, prescrittore e utilizzatore: i farmaci potranno essere utilizzati sotto l'esclusiva responsabilità professionale in esecuzione di una prescrizione medica individuale per un prodotto specifico destinato a un determinato paziente, dopo il rilascio del consenso informato e l'approvazione del Comitato etico.

Il nuovo DM abroga il Decreto “Turco” 5 dicembre 2006 e successive modificazioni, attivando un percorso innovativo per tutte le terapie avanzate in piena sicurezza per i pazienti.

Era ora: l'AAROI-EMAC aveva sin dal principio caldeggiato la necessità di una regolamentazione specifica sulle cosiddette “cure compassionevoli”.

Incompatibilità

Le Delibere ANAC

Non si è ancora risolta la controversa questione relativa all'incompatibilità tra carica parlamentare e presidenza di un Ordine/Collegio Professionale.

Nel mese di Gennaio, due Delibere dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione hanno finito con il delegare “all'amministrazione che ha conferito l'incarico o alla Camera parlamentare di appartenenza” la decisione finale. Non ci stupisce quest'ennesimo rimpallo di competenze decisionali, a cui siamo abituati.

In particolare la Delibera del 21 Gennaio, citando il comma 1 dell'art. 11 del D. Lgs. 8 aprile 2013 n. 39, il quale dispone che: “Gli incarichi amministrativi di vertice nelle amministrazioni statali, regionali e locali e gli incarichi di amministratore di ente pubblico di livello nazionale, regionale e locale, sono incompatibili con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, o di parlamentare”, chiarisce che sussiste l'incompatibilità tra l'incarico di amministratore di ente pubblico, così come definito dalle disposizioni sopra citate, e la carica parlamentare.

La stessa Autorità specifica però che “l'accertamento e la contestazione delle incompatibilità tra due cariche può avvenire in due modi. Da parte dell'amministrazione che ha conferito l'incarico amministrativo, ovvero da parte della camera di appartenenza del parlamentare”.



Guardia Medica

No obbligo chiamata 118

La Corte di Cassazione, nella Sentenza 2266 della Sesta Sezione Penale, ha stabilito che una Guardia Medica consultata telefonicamente, valutando l'entità del problema può consigliare all'utente di rivolgersi al 118 senza per questo dover provvedere direttamente alla chiamata, nè è suo compito sollecitare l'arrivo dell'ambulanza.

Al contrario di quanto aveva sostenuto la Corte di Appello ritenendo il medico responsabile “di aver abbandonato a se stessa la paziente” e di non essersi recato in loco, la Suprema Corte, nel caso specifico, ha invece affermato che non è parte dei compiti della Guardia Medica il dover assicurare il servizio di eventuale ospedalizzazione dei pazienti dai quali è stato contattato. Anzi, “è davvero fuori luogo”, sentenza la Corte, ritenere che la Guardia Medica abbia “una mansione di stimolatore per le vie brevi del servizio 118”. La Cassazione interviene anche sulla mancata visita a domicilio ritenendo che, come da valutazione del Medico, sarebbe stata inutile se non dannosa perchè avrebbe rallentato, data la situazione, i tempi del necessario ricovero.

La Corte di Cassazione ha quindi annullato senza rinvio la condanna a quattro mesi di reclusione precedentemente inflitta alla Guardia Medica.

I contributi figurativi: che cosa sono e chi ne ha diritto

Accreditati d'ufficio o su domanda del lavoratore, ecco i casi in cui vengono riconosciuti

I contributi figurativi sono contributi "fittizi", cioè non versati né dal datore di lavoro, né dal lavoratore, che vengono accreditati dall'istituto previdenziale (Inps/Inpdap) sul conto assicurativo del lavoratore per i periodi in cui si è verificata una interruzione o una riduzione dell'attività lavorativa e di conseguenza non c'è stato il versamento dei contributi obbligatori da parte del datore di lavoro. La legge indica le ipotesi nelle quali i contributi figurativi, possono essere accreditati o d'ufficio ovvero su domanda del lavoratore, senza alcun costo per l'assicurato.

Per tale motivo si differenziano dai contributi previsti per il riscatto (che coprono altri periodi: corso legale di laurea, specializzazione, ecc.) e per la riconsunzione (attività retribuite presso altri enti previdenziali) i quali, invece, sono onerosi con versamenti a carico del dipendente.

Si ha diritto all'accredito dei contributi figurativi per i seguenti periodi:

- aspettativa per mandato elettorale e sindacale
- assistenza sanitaria per tubercolosi
- assistenza a persone con handicap grave
- attività svolta in progetti di lavoro socialmente utili (LSU)
- attività svolta da lavoratori invalidi
- calamità naturale
- cassa integrazione guadagni
- chiusura dell'attività per i commercianti
- congedi di maternità e parentali
- contratti di solidarietà
- disoccupazione
- donazione del sangue
- infortunio
- malattia
- mobilità
- persecuzione politica e razziale
- servizio militare

L'accredito dei contributi figurativi è eseguito automaticamente dall'Inps, senza bisogno di domanda da parte del lavoratore nel caso di disoccupazione, cassa integrazione guadagni, mobilità, contratti di solidarietà, attività di lavoro socialmente utile, calamità naturali, assistenza per tubercolosi.

È necessario, invece, presentare la domanda per l'accredito dei contributi figurativi relativi ai seguenti periodi:

Aspettativa non retribuita per mandato elettorale e sindacale

I lavoratori dipendenti pubblici e privati chiamati a svolgere funzioni pubbliche elettive o a ricoprire cariche sindacali possono ottenere, dal proprio datore di lavoro, un periodo di aspettativa (senza avere diritto alla retribuzione) per svolgere il loro mandato. Dall'11 giugno 1970 questi periodi di assenza sono coperti da contribuzione figurativa.

Per averne diritto, i lavoratori eletti membri del Parlamento nazionale, del Parlamento europeo o di assemblea regionale oppure nominati a ricoprire funzioni pubbliche, che per effetto dell'elezione maturino il diritto ad una rendita vitalizia o ad un incremento della pensione, devono versare la quota di contributi a proprio carico.

Nei seguenti casi, invece, è lo stesso ente locale presso cui viene svolto il mandato a provvedere al versamento dei contributi previdenziali (senza alcun onere per il lavoratore eletto): sindaco; presidente di provincia; assessore provinciale e assessore di comune con popolazione superiore a 10.000 abitanti; presidente di consiglio provinciale e di consiglio di comuni con popolazione superiore a 50.000 abitanti; presidente di Circoscrizione nel caso in cui il comune abbia attuato un effettivo decentramento di funzioni.

Le cariche sindacali che danno diritto all'accredito dei contributi figurativi sono quelle di dirigente provinciale o nazionale.

Ai fini dell'accredito è necessario almeno un contributo obbligatorio precedente il periodo da accreditare.

L'accredito avviene su richiesta del lavoratore.

La presentazione della domanda deve avvenire entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello nel quale si è verificata l'assenza. In caso di incarichi pluriennali la domanda si intende tacitamente rinnovata ogni anno salvo indicazione contraria del lavoratore interessato.

Donazione di sangue

Sono riconosciuti figurativamente i giorni di assenza dal lavoro per donare il sangue. In questo caso il datore di lavoro corrisponde la retribuzione al lavoratore ma non versa la relativa contribuzione all'Inps.

Per ottenere l'accredito figurativo è necessario che il prelievo di sangue sia stato effettuato presso un centro di raccolta fisso o mobile oppure un centro trasfusionale o un centro di produzione di emoderivati regolarmente autorizzati dal Ministero della Sanità, la quantità di sangue donata abbia raggiunto i 250 grammi e la donazione abbia carattere gratuito.

L'accredito è possibile solo se il lavoratore ha almeno un contributo settimanale.

Servizio militare

I periodi svolti come militare (non di carriera) possono essere coperti da contribuzione figurativa nel caso di servizio militare, obbligatorio o volontario, prestato nelle Forze armate italiane; di servizio civile svolto in alternativa a quello militare.



Sono equiparati a quello militare i servizi prestati nella Croce Rossa Italiana e nel corpo dei Vigili del fuoco come vigile del fuoco ausiliario.

Congedo di maternità e congedo parentale

Le assenze dal lavoro per maternità che possono essere riconosciute con contribuzione figurativa sono:

Astenzione obbligatoria dal lavoro (congedo di maternità)

Il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro per maternità è di cinque mesi: due mesi prima la data presunta del parto e tre dopo. La futura mamma può utilizzare il congedo in maniera flessibile (in determinate condizioni e quando ciò non comporti rischi per la gravidanza). La lavoratrice, infatti, può decidere di rimanere al lavoro fino a un mese prima della data presunta del parto e usufruire dei restanti quattro mesi dopo la nascita del bambino.

L'astensione può avvenire anche prima del previsto se il medico specialista certifica rischi per la lavoratrice o per il nascituro. In questo caso occorre la certificazione dell'Ispettorato provinciale del Lavoro. I giorni di astensione obbligatoria eventualmente non goduti prima del parto per la nascita prematura del bambino, possono essere recuperati dopo il parto.

Astenzione facoltativa (congedo parentale)

Terminato il periodo obbligatorio di congedo, è possibile per ciascun genitore astenersi dal lavoro per assistere il bambino nei primi otto anni di vita. I genitori possono assentarsi per un periodo massimo complessivo di 10 mesi (aumentabili a 11). Se i genitori ne usufruiscono singolarmente il limite è di 6 mesi (aumentabili a 7).

Malattia del bambino

Entrambi i genitori, alternativamente, possono astenersi dal lavoro durante la malattia del bambino di età inferiore ad otto anni.

In particolare per malattia entro i primi tre anni di vita, non ci sono limiti di durata all'assenza; dai tre agli otto anni l'assenza non può superare il limite di 5 giorni l'anno per ciascun genitore.

Le stesse regole, in materia di astensione facoltativa e di malattia del bambino, valgono per i genitori adottivi o affidatari.

Riposi per allattamento

La legge ha previsto la contribuzione figurativa anche nei riposi giornalieri per allattamento. Precisamente, la lavoratrice madre ha diritto a due ore di permesso se l'orario di lavoro giornaliero è superiore a 6 ore; un'ora di permesso se l'orario è inferiore. In caso di parto plurimo le ore di permesso raddoppiano e quelle aggiuntive possono essere utilizzate anche dal padre.

Maternità al di fuori del rapporto di lavoro

È la possibilità concessa alla madre di farsi riconoscere un periodo di contribuzione figurativa pari al periodo di assenza obbligatoria (cinque mesi) anche se la nascita del figlio è avvenuta al di fuori da qualsiasi rapporto di lavoro.

I lavoratori con invalidità superiore al 74%

A decorrere dal 1° gennaio 2002 i lavoratori con disabilità riconosciuta, appartenenti alle categorie dei ciechi civili, sordomuti, invalidi civili, invalidi di guerra, invalidi per causa di servizio e invalidi del lavoro, con una percentuale di invalidità non inferiore al 74%, hanno diritto all'accredito di due mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di lavoro effettivamente svolto fino ad un massimo di cinque anni. Per i periodi inferiori all'anno il beneficio è riconosciuto in misura proporzionale.

Il beneficio è riconosciuto esclusivamente per i periodi di attività lavorativa svolti dopo l'accertamento dell'invalidità. Inoltre, la maggiorazione contributiva deve essere determinante per il raggiungimento del diritto alla pensione.

Assistenza a familiari con handicap grave

I periodi di assenza oraria e giornaliera, nell'ambito di un rapporto di lavoro dipendente, per assistere familiari, parenti o affini entro il terzo grado, con handicap grave, sono coperti da contribuzione figurativa.

Per ottenere l'accredito bisogna presentare domanda alla sede Inps, allegando la documentazione che attesta che il lavoratore presta assistenza, con carattere di esclusività e continuità, a un familiare, parente o affine portatore di handicap grave, anche non convivente.

Ricordiamo che per tutti i casi la domanda di accredito dei contributi figurativi può essere presentata alla sede Inps in qualsiasi momento, ad eccezione dei periodi di aspettativa per mandato elettorale e sindacale.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

Le Vostre domande sulla Previdenza

In questo numero, in collaborazione con ACIPAMO (Associazione Culturale Italiana di Previdenza e Assistenza Medica e Odontoiatrica), ospitiamo una nuova rubrica dedicata specificatamente ai temi previdenziali. Se quest'iniziativa otterrà il gradimento dei Lettori, essa sarà replicata nei numeri successivi, con la pubblicazione delle risposte ad uno o più Quesiti inviati dagli Iscritti (è un ulteriore servizio che mettiamo gratuitamente a loro disposizione), i quali possono inviare le loro richieste alla casella email: quesiti@aarioemac.it

Per motivi personali potrei ritirarmi dal lavoro: posso continuare la contribuzione versando i contributi volontariamente? Nel periodo con contribuzione volontaria potrei lavorare anche presso Strutture Convenzionate? Ed in libera professione?

La contribuzione volontaria è consentita. (in base al Decreto Legislativo n.184/1997, a partire dal 12 luglio 1997, anche per gli iscritti all'INPDAP, è stata concessa la facoltà in caso di cessazione del rapporto di lavoro di provvedere alla copertura assicurativa mediante contributi volontari al fine di raggiungere i requisiti per il diritto al trattamento pensionistico).

Non è consentito lavorare presso Strutture Convenzionate o in libera professione contemporaneamente al periodo di contribuzione volontaria. La contribuzione volontaria non è ammessa se l'interessato svolge attività lavorativa autonoma o dipendente. La prosecuzione volontaria non è ammessa qualora l'interessato, per gli stessi periodi, risulti iscritto a forme di previdenza obbligatoria per lavoratori dipendenti pubblici e privati, per lavoratori autonomi e per liberi professionisti. Una fattispecie particolare è rappresentata da noi medici che, come è noto, siamo tenuti all'iscrizione obbligatoria al Fondo di Previdenza Generale dell'ENPAM (Quota A), in virtù dell'adesione all'apposito Albo professionale. L'iscrizione a tale Fondo Generale (Quota A) comporta l'obbligo di un versamento contributivo che darà titolo all'erogazione di una prestazione che non deriva dall'attività lavorativa prestata. Ne consegue che l'iscrizione al Fondo di Previdenza Generale dell'ENPAM Quota A non rappresenta una causa ostativa alla concessione dell'autorizzazione alla prosecuzione volontaria. La preclusione opera, viceversa, in presenza di attività libero professionale che comporti un versamento contributivo al Fondo Generale Quota B e/o agli altri tre Fondi Speciali gestiti dall'ENPAM cioè: Fondo Speciale di Previdenza per i medici generici, i pediatri di libera scelta e gli addetti ai servizi di continuità assistenziale; Fondo Speciale di Previdenza per i medici specialisti

ambulatoriali; Fondo Speciale di Previdenza per i medici specialisti convenzionati esterni. Nei casi di cui sopra le Sedi Inpdap potranno autorizzare l'iscritto alla prosecuzione volontaria solo previa acquisizione di autocertificazione dell'interessato dalla quale risulti che non esiste versamento contributivo al Fondo generale Quota B e/o ai Fondi Speciali per medici generici o specialisti dell'ENPAM.

Come vengono conteggiati ai fini pensionistici i periodi in cui un lavoratore ha usufruito della legge 104?

La Legge di Stabilità 2014 stabilisce che i periodi usufruiti, quindi i congedi ed i permessi, concessi in base alla legge 104/1992, vengono conteggiati ai fini del calcolo dell'anzianità contributiva per l'accesso alla pensione anticipata senza penalizzazioni.

La riforma Fornero "che aveva escluso dal calcolo per la pensione anticipata sia i permessi AVIS che i congedi e permessi concessi in base alla legge 104/1992, non più considerati "prestazione effettiva". Tra questi ultimi si elencavano, invece: la maternità obbligatoria, la malattia, l'infortunio, la cassa integrazione ordinaria e il servizio militare.

Di fatto i congedi e permessi, concessi in base alla Legge 104/1992, non essendo più considerati "prestazione effettiva" non avevano alcun valore ai fini del calcolo del requisito contributivo utile per ottenere la pensione anticipata, contrariamente ai periodi di "prestazione effettiva".

La legge di Stabilità 2014 sana questa situazione infatti il comma 327 recita: All'art 6, comma 2 quater, del decreto-legge 29 dicembre 2011, n.216, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2012, n. 14, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole "nonché per i congedi e i permessi concessi ai sensi dell'art 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104".

Ciò vuol dire che, ai fini dell'applicazione delle penalizzazioni, i congedi e i permessi Legge 104/92 sono da considerare periodi di servizio effettivo.



Gestione del Rischio Clinico: verso nuovi standard di riferimento

Il 6 Marzo corso ECM a Civitanova Marche

Si svolge il prossimo 6 Marzo a Civitanova Marche il corso di formazione "Gestione del Rischio Clinico: verso nuovi standard di riferimento" rivolto a Medici Chirurghi Specialisti in Anestesia Rianimazione e Chirurgia Generale e riservato ad un numero massimo di 50 partecipanti.

Il programma (nella foto in basso) prevede un pomeriggio di approfondimento strutturato in due sessioni e una tavola rotonda con inizio alle 14 e termine alle 19,30.

Il Corso si svolge, in collaborazione con l'AAROI-EMAC e la SIARED, nell'ambito dell'attività formativa di Intesa Provider ECM e fa parte del Programma di Educazione Continua in Medicina che prevede l'assegnazione di Crediti ECM.

La partecipazione è gratuita. Le iscrizioni verranno accettate secondo l'ordine cronologico di arrivo fino ad un massimo di 50.

Sede dei lavori:

Hotel Cosmopolitan

Via Alcide De Gasperi, 2

62012 Civitanova Marche (MC)

Informazioni:

Segreteria Organizzativa: atenacongressi@atenacongressi.it

RELATORI E MODERATORI	PROGRAMMA
<p>DOCT. LUIGI CARBONE U.O. Anestesia e Rianimazione, Ospedale Provinciale di Macerata</p> <p>DOCT. MARCO CHIARELLO U.O. Anestesia e Rianimazione, Area Vasta 3 Camerino (MC)</p> <p>DOCT. STEFANO FALCETTA U.O. Clinica di Anestesia e Rianimazione Generale, Respiratoria e del Trauma Maggiore Ospedali Riuniti Ancona</p> <p>DOCT. EMANUELE IACOBONE U.O. Anestesia e Rianimazione, Ospedale Provinciale di Macerata</p> <p>PROF. FRANCO MARINANGELI Scuola di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione dell'Università di L'Aquila</p> <p>DOCT. PIETRO PAOLO MARTORANO SOSD Neuroanestesia e TIPO, Ospedali Riuniti Ancona</p> <p>PROF. PAOLO PELAIA Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona</p> <p>DOCT. SSA TIZIANA PRINCIPI U.O. Anestesia e Rianimazione, Ospedali Riuniti Ancona</p>	<p>14.00 Registrazione dei partecipanti 14.15 Saluto delle Autorità</p> <p>I° SESSIONE Presidente: P. Pelaia Moderatori: M. Chiarello, T. Principi</p> <p>14.30 Sicurezza in Sala Operatoria: presente e futuro - risultati dell'indagine "SIARED sicurezza perioperatoria" F. Marinangeli Gestione dell'intubazione difficile in elezione ed urgenza: cosa è cambiato S. Falcetta</p> <p>15.15 Gestione dell'intubazione difficile in elezione ed urgenza: cosa è cambiato S. Falcetta</p> <p>16.00 Coffee break</p> <p>II° SESSIONE Presidente: P. Pelaia Moderatori: M. Chiarello, T. Principi</p> <p>16.15 Il monitoraggio neuromuscolare intraoperatorio e gestione della porc L. Carbone</p> <p>17.00 Il monitoraggio nella chirurgia laparoscopica E. Iacobone</p> <p>17.30 Gestione del recupero postoperatorio nel paziente "difficile" (OSAS, grande obeso.....) P. Martorano</p> <p>18.00 Discussione</p> <p>18.15 Tavola Rotonda Gestione del rischio perioperatorio TBD</p> <p>18.45 Questionario di verifica dell'apprendimento</p> <p>19.00 Chiusura del corso</p>

Sanità 2.0: le APP in Corsia Spunti per l'Anestesista Rianimatore Hi-Tech

Ci sono mille modi in cui la tecnologia può mettersi al servizio della salute. Di seguito una lista di APP dai più vari utilizzi, che abbiamo cercato di selezionare tra le molteplici opportunità che il progresso tecnologico ci mette a disposizione, sulla base delle segnalazioni e delle recensioni che riceviamo da parte dei Colleghi più "Hi-Tech".

Epocrates: è una delle prime applicazioni per medici e conta ad oggi più di 1 milione di utenti attivi. Fornisce indicazioni sui medicinali, sulle dosi e sugli effetti collaterali. È disponibile in moltissime lingue ed è concepita per rispettare le normative dei singoli paesi in fatto di farmaci.

iFarmaci (a pagamento): Per ogni farmaco vengono indicati principio attivo, gruppo, tipo di prodotto, SSN, classe, ricetta, forma, contenitore, ATC, produttore, Nota (informazioni importanti che si aprono in popup), degrassi, temperatura di conservazione, scadenza, prezzo, IVA e monografia (foglietto illustrativo).

ShiftCal: consente di tenere sempre sotto controllo da iPad i turni di lavoro. L'app permette di impostare gli orari di inizio/fine turno, aggiungere/rimuovere con un solo tap sul giorno desiderato; la sincronizzazione automatica con uno dei tuoi calendari; di inserire fino a 7 turni predefiniti e personalizzabili; di inserire turni con durata giornaliera.

Power Sleep: utilizza la potenza di elaborazione dello smartphone per eseguire alcune ricerche scientifiche mentre l'utente dorme. Aiuta a decifrare sequenze di proteine utili per la ricerca in campo medico).

Ascvd Risk Estimator: permette di monitorare costantemente i rischi di infarto e problemi cardiovascolari dei pazienti. Più efficiente nel lungo periodo (per esempio dieci anni).

Insieme alle app ci sono poi dei dispositivi che possono essere collegati agli smartphone. Alcuni esempi:

Il pulsossimetro (Wearable Pulse Oximeter): misura in modo continuativo la saturazione di ossigeno nel sangue (SpO2) e la frequenza cardiaca. Si applica sulla punta di un dito ed è collegato ad un bracciale con un display a LED che mostra le letture. Il dispositivo si sincronizza via Bluetooth con l'applicazione iHealth per iOS (gratis) che visualizza e salva i livelli di ossigeno nel sangue nel tempo.

Holter ECG (Wireless Ambulatory ECG): viene collegato al petto dell'utente utilizzando un cerotto adesivo. Gli elettrodi e il monitor sono progettati ergonomicamente in un unico apparecchio leggero, che si applica direttamente al petto e che può essere indossato sotto i vestiti. I dati possono essere trasferiti direttamente via Bluetooth al dispositivo del paziente e inviati nel cloud, consentendo così un facile accesso anche al medico curante.

Sistema di monitoraggio della pressione arteriosa (Ambulatory Blood Pressure Monitor): si applica come un giubbotto. L'holter pressorio è in grado di monitorare continuamente la pressione sanguigna dell'utente senza disturbare la normale attività. Si connette a telefoni Android e iOS tramite Bluetooth 4.0 e può memorizzare fino a 200 valori di pressione sanguigna.



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

Sclerocardia

Tachicardia e bradicardia: frequenza cardiaca accelerata e rallentata. **Cardiomegalia:** cuore ingrossato. **Stenocardia:** cuore stretto e dolente. **Stenografia:** scrittura ristretta e veloce. **Elettrocardiografia:** scrittura dell'elettricità del cuore. **Fonografo** è il grammofofono, che fa suonare una scrittura incisa. **Fonogramma** è la scrittura di un messaggio trasmesso per telefono. **Fonocardiogramma** è la scrittura dei suoni del cuore, che sono i rumori prodotti dall'apertura e dalla chiusura delle quattro valvole cardiache.

Se c'è qualche difetto nel funzionamento delle valvole, il cuore "soffia", sbuffa come un corridore affannato e arrancante. Avere un **soffio al cuore** è come avere un brutto voto a scuola: è un'insufficienza cardiaca. Se non hai insufficienze, allora ecco il compenso: il tuo cuore è "in compenso". Se il soffio non è patologico, allora è "funzionale". Gli anglosassoni lo presentano in modo dolce e poetico: "innocent heart murmur".

Il cuore non è a forma di cuore. È a forma di cuore sulle carte, sui bigliettini di San Valentino, sui tronchi d'albero incisi dagli innamorati. Il cuore è un muscolo. È una pompa idraulica. È un organo bicamerale, eppure lavora 24 ore su 24. Infatti non ci sono né deputati, né senatori. Sono ben due le doppie camere e sono comunicanti, con due atri. Ma non è un appartamento. Controlla "capillarmente" la circolazione lungo le arterie. Ma non è la polizia stradale.

Continua a battere. Ma non è un giocatore di baseball. I suoi sono battiti, non battute: batticuore, non battitore. **Batticuore** è ansia, è trepidazione. Il cuore è poliedrico: può essere buono, tenero, duro, impavido (*Braveheart*), aperto, infranto, matto. Cuorcontento. Cuore in mano. Mano sul cuore. Rubacuori. Cuore d'oro. Al vostro buon cuore.

Eukardia è la bontà di cuore. **Sklerokardia** è la durezza di cuore. **Skleròs** significa "duro": è parola greca, come tantissimi altri termini medici.

Scleroderma, Arteriosclerosi, Otosclerosi, Nefroangiosclerosi. Tutte parti del corpo malate, perché indurite.

È la **Sclerocardia**? No, lei non è una patologia a carico del cuore. È invece un'anomalia dell'affettività, dell'eucardia, anche se il termine giusto è **Euthymia** (composto di *eu*, buono e *thymos*, animo), che è uno stato d'animo di serenità o neutralità. "Eutimia" fu anche il titolo di una delle opere di Democrito, il filosofo pre-socratico della teoria atomista. Seneca tradusse il termine con la parola **Tranquillitas**. Si differenzia dalla **Distimia**, che coincide con l'umore depressivo.

Euphoria viene tradotta "capacità di portare facilmente" e anche "fecondità". Eubulia è assennatezza: San Tommaso la considera "parte della saggezza".

La **particella eu-** rende buone una serie di funzioni: **eupeptico** (digestione); **eupnoico** (respirazione); **eutocico** (parto); **eutrofico** (stato di nutrizione).

Il verbo **skleròo** significa "rendo duro". Nel gergo dei giovani "sclerare" è non riuscire a ragionare. "Sclera" è la parte bianca dell'occhio: può "iniettarsi di sangue" per l'ira o divenire "it-terica", cioè gialla per un'epatopatia. **Skleragoghèo** significa "tratto, educato duramente".

Sklerokardia e **Sklerotrachelos** li troviamo in alcuni passi della Bibbia, nella traduzione in greco.

La prima è una parola che Gesù inventa in uno dei tanti dibattiti a cui partecipava, su invito dei maestri della legge e dei *Maître à penser* di allora. Costoro si preparavano delle domande per cogliere in fallo quel "presuntuoso" presunto Messia. Proprio come nei talk show di oggi.

È lecito pagare le tasse? Qual è il massimo comandamento? Chi è il prossimo? E così via. Anche un'adultera gli avevano messo davanti. "È una peccatrice, giudicata colpevole dal tribunale. La lapidiamo?" E Lui è un vero Maestro dell'intrattenimento. Maestro nel rispondere. Lo fa con una sola frase, "lapidaria". "Qui sine peccato est vestrum, primus lapidem mittat". (... per primo la pietra lanci). Maestro nelle battute. E nei battiti di cuore di chi lo ascolta.

Un'altra volta alcuni farisei lo intervistano sullo stesso tema. "È lecito ad un marito ripudiare la propria moglie?" E Lui: "Che cosa vi ha ordinato Mosè?" "Mosè ha permesso di scrivere un atto di ripudio e di rimandarla." "Per la **sklerokardia** (durezza del vostro cuore - NdT) egli scrisse per voi questa norma".

Nell'Antico Testamento (Esodo, 33) il Signore dice a Mosè: "Riferisci agli Israeliti: voi siete un popolo **sklerotrachelos** (di dura cervice - NdT)". **Trachelos** significa collo, cervice. Erano gente caparbia, dalla testa dura.

Sempre nella Bibbia troviamo una profezia a proposito di cuore e di durezza. Dio parla tramite Ezechiele: "Vi darò un cuore nuovo ... toglierò da voi il cuore di pietra e vi darò un cuore di carne". Jahvè parla da cardiocirurgo. Estrae il cuore malato e rigido al cardiopatico morituro e gli trapianta il cuore sano e carnoso di un morto accertato.

Italiano e greco: da pietra, **lithos** (vedi *litiassi* = calcolosi), a carne, **sarkòs** (vedi *sarcolemma* = membrana delle fibre muscolari; o *sarcofago* = che mangia carne). Chi è duro di cuore spesso si rode il fegato e si mangia le mani se fallisce. È molto meglio avere un cuore morbido che, quando è il caso, sa mandar giù i bocconi amari e riesce a digerirli rapidamente.

Peggio di tutti è il cuore con battiti pavidi e frequenti. C'è un personaggio nei Promessi Sposi che non è per nulla duro di cuore, anzi. Così recita il testo: "Don Abbondio (il lettore se n'è già avveduto) non era nato con un cuor di leone".

Blaise Pascal ha scritto tra i suoi Pensieri: "La natura ha delle perfezioni per dimostrare che è l'immagine di Dio, ed ha dei difetti per mostrare che ne è solo un'immagine".

G.M.B.

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

Le risposte di Domenico Minniti
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

CONTRATTO DI LAVORO SENZA SEDE SPECIFICA/1



Quesito: Vorrei sapere se è lecito proporre ai fini dell'assunzione di un Medico Anestesista un contratto di lavoro (a tempo indeterminato) senza specificare la sede di lavoro o meglio individuando tutto il territorio dell'ASL e di conseguenza utilizzare questo personale nei vari ospedali che compongono l'ASL.

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

- deve essere indicata la "sede di destinazione" (art. 13 comma 4 lettera b);
- "la modifica di uno degli aspetti del contratto individuale eccetto quanto previsto al comma 9 (conferimento di incarico di direzione di struttura complessa - NDR), è preventivamente comunicata al Dirigente per il relativo esplicito assenso." (art. 13 comma 12);

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

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

Nel caso di prestazioni lavorative (presenza in servizio e pronta disponibilità) che, per le loro caratteristiche, devono svolgersi in una Struttura Ospedaliera, non è ammissibile che la "sede di destinazione" sia un'intera Azienda articolata in Presidi diversi in quanto va garantito al Collega il diritto/dovere di poter individuare un luogo fisico dove poter svolgere la propria vita sociale potendo raggiungere il luogo di lavoro in tempi ragionevoli.

Anche nel caso esista un Direttore SC e/o di Dipartimento "a scavalco fra più sedi", non si ritiene ammissibile l'utilizzo dei Collegi su più sedi in quanto tale situazione non rende "a scavalco" anche i Collegi a lui sottoposti, non esistendo norma che lo consenta.

Al fine di utilizzare i Collegi su sedi diverse si può ricorrere all'istituto della mobilità d'urgenza, istituto consentito per non oltre 30 giorni ed esclusivamente per ragioni di urgenza (Art. 16 del CCNL integrativo del CCNL 8-6-2000) e alla possibilità di mobilità (recente riforma della PA) che, in caso di carenza in una sede ed esubero in un'altra, consente lo spostamento (definitivo e non quotidiano) entro i 50 km.

Se si potesse prevedere una "sede" ampia quanto una intera ASL i due istituti non avrebbero senso di esistere.

Resta infine possibile la mobilità presso una diversa sede della stessa azienda di un Dirigente Medico che accetti un incarico diverso avente sede diversa rispetto a quella di prima assegnazione.

Fatte queste premesse non si ritiene corretto proporre (ed accettare) un contratto di assunzione che preveda tutta l'ASL come sede di destinazione.

D.M.

CONTRATTO DI LAVORO SENZA SEDE SPECIFICA/2

Quesito: Alcune Aziende Sanitarie bandiscono concorsi pubblici aventi come sede l'intera Azienda che prevede più sedi ospedaliere.

Nello scorrere la graduatoria dei vincitori si può essere esclusi se non si accetta la sede proposta in quel momento?

Risposta: In caso di concorso pubblico o di selezione per incarico con rapporto di lavoro a tempo determinato o per mobilità volontaria il bando deve esplicitare chiaramente quali saranno le sedi di destinazione dei vincitori ed in quale ordine di preferenza.

È buona prassi, in caso di differenti ed alternative sedi di destinazione, che venga garantita la scelta in funzione della posizione ottenuta nella graduatoria.

Essere esclusi da quest'ultima per non aver accettato una sede, senza che il metodo di assegnazione sia stato esplicitato nel bando, appare quanto meno discutibile.

Più difficile risulta stabilire la destinazione per l'utilizzo della graduatoria dopo aver esaurito i posti esplicitati nel bando iniziale.

In ogni caso, occorre la massima trasparenza per evitare disparità di trattamento verso i singoli vincitori in graduatoria e nelle varie sedi.

Una buon accordo sindacale locale con tali amministrazioni potrebbe risolvere ai Collegi sequele legali e garantire loro chiarezza nei rapporti con reciproca soddisfazione e chiarezza.

D.M.

CALENDARIZZAZIONE DELLE FERIE

Quesito: Dopo aver richiesto le ferie estive, con tre mesi di preavviso, mi viene comunicato il loro diniego. Quali sono gli articoli del contratto da citare a mia tutela? Il Direttore SC ha obblighi circa la fruizione delle ferie?

Risposta: La gestione del calendario ferie estive è compito del Direttore SC che autorizza o meno la loro fruizione dovendo esclusivamente rispondere all'art. 21 del CCNL 1996 con particolare riguardo al comma 8, che recita:

"Le ferie sono un diritto irrinunciabile e non sono monetizzabili, salvo quanto previsto nel comma 13. Esse sono fruiti, anche frazionatamente, nel corso di ciascun anno solare in periodi programmati dallo stesso Dirigente nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'azienda o ente; in relazione alle esigenze connesse all'incarico affidato alla sua responsabilità, al dirigente è consentito, di norma, il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre".

In conseguenza di questo, sembra evidente che, essendo diritto del Dirigente Medico la programmazione dei periodi di ferie (questione che esclude la possibilità di ferie coatte "d'ufficio") ed essendo competenza del Direttore SC l'assetto organizzativo dell'Azienda o ente, occorre ricercare un accordo con un piano ferie che rispetti da un lato le esigenze del Collega e dall'altro le esigenze del servizio.

Sicuramente una calendarizzazione annuale potrebbe risolvere ambedue gli interessi.

D.M.

TURNI DOPO LA REPERIBILITA' E RECUPERO ORE

Quesito: 1) lecito che un Anestesista venga destinato in sala operatoria al mattino dopo un turno come reperibile di anestesia nella notte precedente?

2) È consentito che un Anestesista sia reperibile dalle 8 della domenica fino alle 8 del lunedì mattina ininterrottamente e che venga messo in turno il lunedì mattina stesso in sala operatoria?

3) In caso di turni di lavoro che comportino un numero di ore superiori alle 38 come si organizza il recupero delle ore fatte in più?

Risposta: Nell'affrontare le risposte ai quesiti è opportuno citare le norme che disciplinano gli argomenti in questione.

Il CCNL 2002-2005 all'art.14 chiarisce che il nostro debito orario è di trentotto ore settimanali, quattro delle quali destinate all'aggiornamento. Queste ultime possono diventare 3,5 a norma del comma 5 dello stesso articolo, su richiesta della stessa Azienda, per "contribuire alla riduzione delle liste di attesa ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione...".

La normativa europea DIRETTIVA 2003/88/CE all'Articolo 3 chiarisce la necessità di riposo di almeno undici ore consecutive ogni ventiquattro.

Raccomanda inoltre che siano prese misure per garantire, per ogni periodo di sette giorni, un periodo minimo di riposo ininterrotto di ventiquattro ore a cui si sommano le undici di cui sopra.

Per completezza si ricorda infine il documento SIAARTI-AAROI sui "requisiti minimi strutturali tecnologici e organizzativi per l'anestesia" che afferma che: "una seduta operatoria non dovrebbe durare più di 6 ore per ragioni di sicurezza (affidabilità del personale)".

In sintesi occorre avere 11 ore di riposo nelle 24 ore, una pausa dopo ciascun turno di lavoro di 6 ore ed è imprudente lavorare oltre 6 ore in sala. Nulla vieta che, dopo 6 ore di sala si possa essere destinati (dopo una pausa) ad attività diverse dalla sala.

Fatte queste dovute premesse: la turnazione descritta nel primo quesito è chiaramente imprudente perché non consente, in caso di chiamata, il dovuto riposo e riduce la sicurezza nel corso della mattina successiva.

Nell'impossibilità di astenersi da tale tipologia di turnazione, sarebbe opportuno prevedere/concordare una procedura che consenta al collega cui venga attribuito un turno del genere di avvisare il Direttore SC della propria assenza il mattino successivo nel caso sia stato impegnato la notte precedente.

E questo per rispondere anche al secondo quesito.

Per il terzo quesito, un prolungamento fino a quarantott'ore settimanali dell'orario di lavoro deve essere considerato un evento assolutamente eccezionale e deve prevedere ex ante il recupero delle ore effettuate oltre l'orario dovuto, entro il mese successivo (cfr CCNL1998/2001)

Pertanto, una corretta valutazione delle attività erogabili dalla struttura in funzione dell'orario dovuto dai Collegi deve condurre ad un rispetto reciproco ed un proficuo accordo fra i vari attori.

D.M.

REGOLE DEL DIRITTO ALLA MENSA

Quesito: Gradirei sapere quali sono le norme che regolano il diritto all'utilizzo della mensa.

Risposta: Il diritto alla mensa o alla sua sostituzione con modalità alternative è regolamentato dall'art.24 del CCNL 10/2/2004 che indica in quali forme essi devono essere garantiti al Dirigente.

Dev'essere inoltre tenuto presente il D. Lgs. 66/2003 che prevede il diritto ad una pausa quando l'orario di lavoro ecceda le sei ore.

Tale pausa non può essere sostituita dalla decurtazione oraria sulla timbratura senza che sia avvenuta la reale interruzione della attività, (non potendo essere così infatti garantito il recupero psicofisico del Dirigente), e potrebbe peraltro configurare un illecito amministrativo.

D.M.

DENOMINAZIONE SC "ANESTESIA E RIANIMAZIONE"

Quesito: È possibile denominare una Struttura Complessa afferente alla nostra disciplina con una denominazione differente rispetto ad Anestesia e Rianimazione?

Risposta: Le SC devono derivare esclusivamente (DPR 10.12.1997 n.483 e 484) dalle discipline elencate nel decreto D.M. 30 gennaio 1998 e s.m., e la denominazione della disciplina individua il diploma di specializzazione necessario per ricoprire l'incarico di Direttore di Struttura Complessa o per partecipare ai concorsi per Dirigente Medico presso una determinata unità operativa. L'attività da svolgere nonché i titoli che si maturano svolgendo il proprio servizio in quella SC.

Fatta questa precisazione è da sottolineare che la denominazione "S.C. Anestesia e Rianimazione" oltre ad essere l'unica denominazione corretta, mette al riparo da discutibili interpretazioni sui titoli dei Collegi che dovranno operare nel suo contesto, evitando situazioni e precedenti difficili da gestire.

La responsabilità dei Direttori deriva infatti dai compiti attribuiti al "Primario" di cui al DPR 128/69 oltre che dai compiti gestionali loro assegnati dal Dlg 502/92.

Appare chiaro quindi come tali professionisti non possano avere specializzazione diversa da quella in Anestesia e Rianimazione, anche e soprattutto per la specifica responsabilità, come già detto, clinica e gestionale. corretta e necessaria responsabilità di professionalità specifica.

Per la stessa ragione, esistendo nel nostro paese una classificazione per disciplina sulla cui base vengono effettuate le assunzioni, i compiti di ciascuna disciplina sono specifici e non possono essere effettuati da altri con disciplina diversa.

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

11° Congresso Nazionale



SIARED

Percorsi di Cura tra Innovazione, Tradizione e Consuetudini.

Diagnosi e Trattamento del Paziente dall'Emergenza all'Alta Specialità.

11 - 13 Maggio 2015 - Riva del Garda Fierecongressi

Save the date

	Lunedì 11 Maggio	Martedì 12 Maggio	Mercoledì 13 Maggio
SALA A	/	ANESTESIA Valutazione PreOperatoria (08:30-13:30)	RIANIMAZIONE Sepsi: Attualità e Prospettive (08:30-13:30)
	TERAPIA INTENSIVA Appropriatezza delle Cure, Strategie Organizzative e Prospettive (14:00- 19:30)	ANESTESIA HighLights: Anestesia Toracica ALR, Anestesia Pediatrica (14:00- 19:30)	/
SALA B	/	RIANIMAZIONE Emorragia Sub Aracnoidea: Attualità e Prospettive (08:30-13:30)	EMERGENZA Maxiemergenze, Incidente Subacqueo (08:30-13:30)
	DOLORE ACUTO E CRONICO (14:00- 19:30)	DOLORE NEL TRAVAGLIO DI PARTO (14:00- 19:30)	/
SALA C	/	ECOGRAFIA per l'Anestesista Rianimatore (08:30-13:30)	ANESTESIA Ottimizzazione PeriOperatoria nel Paziente ad Alto Rischio (08:30-13:30)
	SICUREZZA in Sala Operatoria, in NORA e in Terapia Intensiva (14:00- 19:30)	EMERGENZA - ELISOCORSO Migliorare le Terapie, dal Territorio all'Ospedale (14:00- 19:30)	/
SALA D	/	WORK-SHOP 2 VIE AEREE DIFFICILI (08:00-14:00)	WORK-SHOP 4 ECOGRAFIA POLMONE (08:00-14:00)
	WORK-SHOP 1 VIE AEREE DIFFICILI (13:30-19:30)	WORK-SHOP 3 ECOGRAFIA POLMONE (14:00-20:00)	/

Il Congresso è organizzato complessivamente in 12 Corsi e 4 WorkShop, con crediti ECM attribuiti separatamente per ognuno di essi, al fine di consentire una più proficua ed attenta partecipazione.

Al momento dell'iscrizione al Congresso, per poter acquisire i crediti formativi assegnati, è necessaria la scelta dei corsi e dei workshop a cui si intende partecipare.

www.siared.it



INTESA
PROVIDER ECM

Partecipare per Crescere