

# il nuovo Anestesista Rianimatore

**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 Imbarato n° 140 - 80146 Napoli - Spedizione in Abbonamento Postale - 45% - art. 2, comma 20/B - Legge 662/96 - Filiale di Napoli

MAGGIO - GIUGNO  
2015  
3  
Anno XXXVI

## Partoanalgesia

**Ad oggi NON è nei L.E.A.**

La Partoanalgesia, allo stato attuale, non è nei Livelli Essenziali di Assistenza. È questo un punto che richiede un chiarimento preciso e definitivo, perché non è raro incorrere, anche tra gli addetti ai lavori, in affermazioni non corrette o quanto meno confuse.

Il fatto che il parto indolore sia nei L.E.A. è, infatti, un messaggio erroneo, in quanto l'effettivo iter è riassumibile nel fatto, incontestabile da chiunque, che NON ha MAI trovato attuazione il D.P.C.M. 23 aprile 2008, che avrebbe dovuto ridefinire i livelli essenziali di assistenza sanitaria, in quanto mai pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Il suddetto D.P.C.M. 23 aprile 2008, che ridefiniva i L.E.A., come richiesto dal Patto della Salute (5 ottobre 2006), a causa di rilievi sulla copertura finanziaria fu ritirato dal Governo. I Livelli Essenziali di Assistenza comprendono i servizi sanitari garantiti dal Piano Sanitario Nazionale, per alcuni dei quali, come nel caso della Partoanalgesia, devono essere prima individuati gli Ospedali (non necessariamente tutti) in grado di erogarli in sicurezza.

segue pagina 2

## Comma 566, appello alla Lorenzin

**APM e FNOMCeO scrivono al Ministro della Salute per una soluzione**



«Restituire ai Medici il giusto riconoscimento per l'attività che svolgono per la sanità del nostro paese, soprattutto riteniamo sia necessario ricucire lo strappo operato attraverso il comma 566 della L. 190/14, che ha limitato le competenze dei medici agli "atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia"». Lo scrive Alleanza per la Professione Medica, nella lettera inviata al Ministro per la Salute



Beatrice Lorenzin, in cui chiede di abrogare il Comma 566.

Non molto diversa la richiesta della FNOMCeO, che in una lettera al medesimo Destinatario parla di "inaccettabilità del comma 566 della Legge di Stabilità, per il quale era stata ipotizzata qualche modifica, ma che continua a vivere. Un atto ministeriale, che riconosca la leadership funzionale del medico, è per noi indispensabile e non più procrastinabile".

a pagina 4

## Previdenza

**L'INPS e le Pensioni dei Medici**



L'analisi di Claudio Testuzza sulla confluenza della Cassa Pensioni Sanitarie nell'INPDAP, e successivamente nell'INPS, disegna uno scenario a tutto svantaggio dei Medici. L'ipotesi INPS di ricalcolare i trattamenti pensionistici passati al sistema contributivo, ad esempio, viene definito dall'autore dell'articolo un vero e proprio "furto" per i camici bianchi.

a pagina 13

## Pagine Utili

**Anestesia nel bambino asmatico**

Il secondo approfondimento sulla "Anestesia e strategia ventilatoria nei bambini asmatici. II parte: gestione intraoperatoria". La valutazione delle complicanze peroperatorie in molti studi osservazionali in bambini sani e asmatici offre la base per identificare la strategia per ridurre il rischio.



a pagina 6 e 11

## Comunicazioni AAROIEMAC

### Verifica Email

L'AAROIEMAC invia di sovente Comunicazioni informative ai propri Iscritti su diversi temi. Chi non dovesse ricevere tali comunicazioni, deve verificare i propri riferimenti entrando nella apposita area riservata del sito internet dell'Associazione: [www.aaroieamac.it](http://www.aaroieamac.it).

Si ricorda che per accedere a tale area è necessario disporre dei codici personali della Smart Card da inserire nel form. Dall'area riservata sarà poi possibile modificare e correggere l'anagrafica.

Per comunicare eventuali problemi, scrivere all'indirizzo email: [aaroieamac@aaroieamac.it](mailto:aaroieamac@aaroieamac.it)

## Corso FAD

**Scadenza termine 15 Ottobre**

Per i Colleghi che ancora non avessero fatto il Corso dal titolo "L'aggiornamento in FAD per l'Anestesista Rianimatore - 2014/2015", da 25 crediti ECM, riservato GRATUITAMENTE agli Iscritti all'AAROIEMAC in regola con il pagamento della quota associativa, si informa che ci sono ancora utenze disponibili.

L'accesso alla piattaforma FAD che ospita il percorso formativo sarà fruibile fino al 15 Ottobre 2015, data entro la quale dovrà essere completato.

Gli Iscritti all'AAROIEMAC che desiderano iscriversi al Percorso FAD devono richiedere la chiave di accesso attraverso il sito web AAROIEMAC, da cui possono raggiungere la piattaforma informatica Medigroup.

Il link di riferimento è:

<http://www.aaroieamac.it/site/aggiornamenti-e-formazione/corsi-2015.html>

## Speciale Congresso SIARED 2015

**Il reportage fotografico della tre giorni di Riva del Garda**



Dall'11 al 13 Maggio si è svolto a Riva del Garda l'11° Congresso Nazionale SIARED. Un appuntamento a cui hanno partecipato con grande entusiasmo e vivacità oltre 500 Medici.

In 4 sale sempre affollate i partecipanti hanno potuto assistere a relazioni, confronti, tavole rotonde, e hanno partecipato attivamente ai dibattiti su tutti gli ambiti di interesse e competenza degli Anestesiisti Rianimatori e dei Medici dell'Area Critica.

Al termine del Congresso sono stati assegnati anche il Premio per il Memorial Marco Rambaldi e il Premio per il miglior Poster, assegnato ex aequo a due Gruppi di Lavoro.

E per il prossimo anno...tutti a Roma!

alle pagine 7, 8, 9, 10

# La Partoanalgesia è nei LEA? Ad oggi NO

**Il D.P.C.M. 23 Aprile 2008 non è mai stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale**

Il concetto di L.E.A. viene introdotto nel nostro ordinamento con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il quale, affermando che la tutela della salute è un diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, stabilisce che il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale.

Per il vero, già nella Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) si introduceva il concetto che le condizioni e le garanzie di salute fossero uniformi in tutto il territorio nazionale, ma è solo con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 che si inizia a parlare di livelli essenziali e uniformi di assistenza.

La disciplina dei L.E.A. viene ripresa all'articolo 6 del Decreto Legge 18 Settembre 2001, n. 347 convertito con modificazioni dalla Legge 16 Novembre 2001, n. 405, tuttavia l'atto di riferimento, per la definizione nel concreto dei Livelli Essenziali di Assistenza è costituito dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Peraltro con l'articolo 54 della Legge 27 Dicembre 2002, n. 289 (Legge finanziaria 2003) vengono confermati i Livelli Essenziali di Assistenza previsti dall'articolo 1, comma 6, del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502.

Il D.P.C.M. 29 Novembre 2001 ha subito alcune modifiche dal D.P.C.M. 28 Novembre 2003 recante "Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 Novembre 2001 in materia di certificazioni".

Pertanto, dandosi che NON ha MAI trovato attuazione il D.P.C.M. 23 Aprile 2008, finora è in vigore quanto previsto dal D.P.C.M. 29 Novembre 2001 recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", così come integrato dal D.P.C.M. 28 Novembre 2003 recante "Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 in materia di certificazioni".

La specificazione dei L.E.A., consente l'individuazione in capo al cittadino di situazioni giuridiche soggettive pienamente ed immediatamente esigibili (DIRITTI) nei confronti della Pubblica Amministrazione competente per materia (Servizio Sanitario Nazionale).

Pertanto, il fatto che una determinata prestazione, attività o servizio sia qualificata come L.E.A. determina per il S.S.N.

l'obbligo di garantirne l'erogazione e quindi di assicurare le relative risorse finanziarie.

Inoltre, non è stato finora sufficientemente chiarito che l'eventuale inserimento della Partoanalgesia nei L.E.A. non significa la sua erogazione in tutti i Punti Nascita.

Infatti, peraltro, l'ultima bozza LEA recita, al proposito (RELAZIONE ILLUSTRATIVA):

"Misure per la diffusione dell'analgesia in corso di travaglio e parto vaginale

L'articolo 4 contiene misure volte a diffondere nel SSN l'utilizzo dell'analgesia epidurale e peridurale in corso di travaglio e di parto vaginale. La disposizione prevede che le Re-

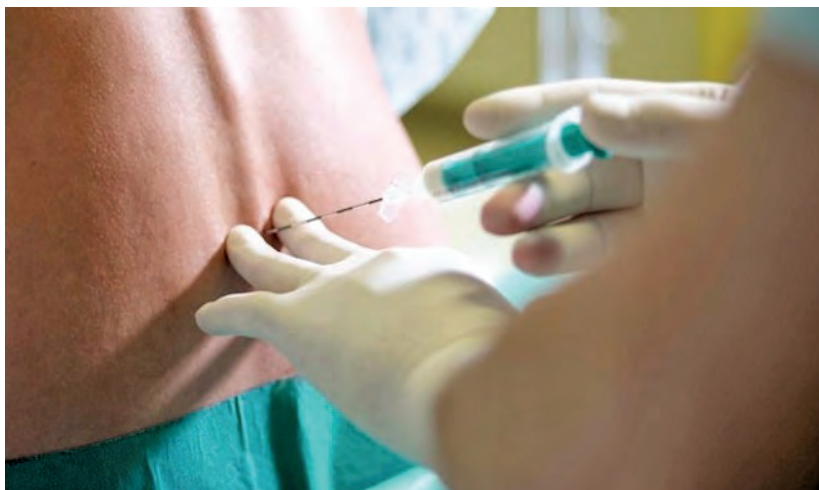
In conclusione, come affermato anche nel corso del Congresso Nazionale SIARED le condizioni in base alle quali la partoanalgesia possa essere garantita con la necessaria sicurezza sono due: la riorganizzazione dei Punti Nascita, attraverso il loro adeguamento ai requisiti strutturali e alle necessarie dotazioni di personale presente h24 in turno di guardia attiva, e la condivisione di procedure organizzative, a tutela sia delle partorienti sia del personale sanitario chiamato ad assisterle. Punti Nascita realmente sicuri dovrebbero, ad esempio, contemplare la guardia attiva, oltre che di medici ginecologi-ostetrici e di medici neonatologi, anche di medici anestesisti rianimatori, in tal caso, meglio ancora, se dedicati alle sale parto.

Fatta eccezione per alcune strutture ospedaliere, la realizzazione di tali condizioni, da anni propugnate, a parole o sulla carta, anche dalle Istituzioni, non è mai stata seriamente perseguita. In molti ospedali non c'è nemmeno un medico neonatologo di guardia, le cui competenze devono essere svolte, in tale carenza, proprio dagli anestesisti rianimatori, il che non è assolutamente appropriato, in termini di competenza specialistica. In tali condizioni, è impensabile l'attivazione "urbi et orbi" di un servizio di partoanalgesia h24 che risponda a criteri di appropriatezza e sicurezza.

L'inserimento della partoanalgesia nei LEA, "isori-sorse", demandando sic et simpliciter alle Regioni l'individuazione dei Punti Nascita che hanno i criteri strutturali e organizzativi per erogarla, in assenza di criteri nazionali, come si prevede di fare, significherebbe creare i presupposti per una totale assenza di regole, che metterebbe a rischio partorienti ed operatori, Anestesisti Rianimatori in primis, anche sul versante del contenzioso sanitario.

Fermo restando che l'AAROI-EMAC è a favore della massima diffusione del parto indolore ci opporremo con forza qualora si dovesse pensare di obbligare gli Anestesisti Rianimatori a dover garantire la partoanalgesia "sempre e comunque", subendo passivamente a danno proprio e delle partorienti tutte le criticità che troppi decisori ed amministratori si rifiutano di risolvere a monte.

Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC



gioni individuino nel proprio territorio le strutture che effettuano tali procedure e che sviluppino appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse."

Tale previsione, del resto, era già contenuta, nella sostanza, nel citato D.P.C.M. 23 aprile 2008, che all'art. 37 comma 3 recitava: "Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle regioni e all'interno di appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse. Le Regioni adottano adeguate misure per disincentivare il ricorso al parto cesareo in un numero di casi superiore a un valore percentuale/soglia sul totale dei parti, fissato dalle stesse Regioni"

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

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

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

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

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

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

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

### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

### CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

## *il nuovo* **Anestesista Rianimatore** *il nuovo* **Anestesista Rianimatore**

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

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

**Direttore Responsabile**  
ALESSANDRO VERGALLO

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

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

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

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

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

Chiuso in Redazione il  
10 Giugno 2015  
Tiratura: 10.600 copie  
Spedito il  
12 Giugno 2015

## Lettere al Direttore

### L'Anestesista Rianimatore, questo sconosciuto

Più volte ho ascoltato/letto sui più importanti mass-media nazionali la seguente frase: "...muore in Sala Operatoria: indagati i Medici, gli Infermieri e l'anestesista".

Come dire: esiste il Paradiso, che è il Paradiso; esiste l'Inferno, che è l'Inferno; ed esiste il Purgatorio, che non è né il Paradiso, né l'Inferno, ma che è una via di mezzo, il limbo.

Infatti, a differenza del Rianimatore il cui ruolo, per tutti, è facilmente intuitivo, è noto che, alla maggior parte dei laici, se non addirittura fra gli Operatori Sanitari, la figura dell'Anestesista e quindi, il suo ruolo nell'atto chirurgico, se non è proprio sconosciuto, è fortemente sottovalutato, se non meramente limitato a "far dormire" il paziente. E a far passare il messaggio sbagliato che anestesia generale equivale a dormire, spesso, è proprio l'Anestesista nel breve colloquio che ha col paziente prima dell'induzione.

Personaggio attento e pignolo, con l'emergenza nel DNA, fra i pochi con una visione olistica del paziente, l'Anestesista è schivo, solo ed agisce dietro le quinte (telino); confuso tra i tanti in un ambiente "atipico" per il paziente come la sala operatoria, si fa conoscere da questo nel breve lasso di tempo che intercorre tra lo stato di veglia e l'anestesia, non lasciando di sé alcun ricordo, se non lontano e incerto.

Negli anni, e sono tanti, mi sono chiesto più volte come spiegare ai più il ruolo dell'Anestesista. Recentemente mi è balenata nella mente la figura del Custode, che mi ha spinto a leggerne le definizioni che riporto di seguito. Custode, dal latino Custos, è chi sorveglia qualcosa o qualcuno, preservandolo da pericoli e danni.

È uno di quei termini che rende giustizia alla soavità della nostra lingua. Il custodire è un concetto complesso: è un sinolo di Vigilanza, di Assistenza e di Protezione.

Il custode non è, poi, una guardia brutta. Il custode ha cura, preserva dai pericoli, provvede alle necessità.

Una immagine del genere non può che essere enormemente suggestiva:

- pensiamo alla custodia degli occhiali, protezione di un oggetto fragile e prezioso (pazienti nelle età estreme);
- pensiamo alle Ore, custodi dell'Olimpo, che sorvegliano le porte della dimora di Zeus addensando o diradando nubi;
- pensiamo al Drago, che custodisce tesori inestimabili nel ventre della montagna.

E pensiamo all'Anestesista, che con le sue conoscenze, il suo vissuto, i farmaci e i presidi, custodisce le funzioni vitali di un corpo altrimenti indifeso durante l'atto chirurgico.

Il suono basso e grave, e insieme dolce e lieve di questa parola, Custode, rivela la misura di una figura alta, poderosa, che cura qualcosa con delicata attenzione e provata competenza, e che è pronto a difenderla con gli artigli.

L'Anestesista è il Custode per antonomasia. L'Anestesista è l'Angelo custode della tua vita nel momento in cui è più labile e tu non puoi controllarla. Difendiamo (comma 566) e diffondiamo il suo ruolo, ogni giorno, instancabilmente.

L'Anestesista è più medico del medico, è più specialista degli altri specialisti; mai più frasi del tipo: "...i medici, gli infermieri e l'anestesista".

Dr Tiziano Rosafio

Responsabile Servizio Anestesia-TIPO-Gruppo Operatorio  
CC "Stella Maris" S. Benedetto del Tronto

## No alle funzioni di Medico Necroscopo

### Istanza di significazione e Diffida dell'AAROI-EMAC

L'AAROI-EMAC ha inviato un'Istanza di significazione agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale per evitare che le funzioni di Medico Necroscopo vengano delegate ai Medici delle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso.

Il documento contiene anche la diffida rivolta agli Enti che abbiano già previsto dispositivi aziendali che vadano in tal senso a cui si chiede la revoca immediata degli stessi.

Grazie alle numerose segnalazioni di Colleghi su quanto sta avvenendo in diverse realtà italiane, l'Associazione ha deciso di attivarsi immediatamente per fermare un possibile, ulteriore e ingiustificato aggravio del carico di lavoro degli Anestesisti Rianimatori.

Con la Finanziaria 2015 (Legge 190 del 23.12.2014, art. 1, comma 303) si prevede, infatti, che il "Medico necroscopo" invii entro 48 ore dal decesso il relativo certificato per via telematica all'INPS.

«Tutto questo - avverte Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC - sta comportando per i nostri Iscritti, a causa di "Ordini di Servizio" che attribuiscono a Medici diversi da quelli di Direzione Sanitaria e di Medicina Legale o di Anatomia Patologica, le funzioni di "Medico Necroscopo", un'intollerabile aggravio di lavoro e di responsabilità.

Al solito, sempre agli stessi Medici, proprio a coloro che lavorano costantemente in condizioni di emergenza, si tentano di imporre adempimenti burocratici e medico-legali, che oltretutto, nell'eventualità tutt'altro che remota di dover essere interrotte per poter assicurare ben più cogenti necessità assistenziali su pazienti ancora vivi, mettono tali Medici a rischio di sanzioni per eventuali ritardi nelle procedure necroscopiche.

Debbono essere altri medici - sottolinea Vergallo -, quelli che non sono mai chiamati ad operare in emergenza urgenza o in area critica, ad inviare i suddetti certificati necroscopici".

Il Documento inviato dall'AAROI-EMAC lo scorso 29 Maggio parte dalla premessa che quanto previsto dalla Finanziaria 2015 "sta esitando, in numerosi Enti del SSN in dispositivi aziendali (in genere sotto forma di "Ordini di Servizio") che pongono artatamente gli obblighi di compilazione del certificato necroscopico, secondo gli adempimenti previsti dalla normativa vigente (art. 4 DPR n. 285 del 1990), in capo ai Medici di UUOO Ospedaliere di Anestesia e Riani-



mazione e di Pronto Soccorso". Diversi i rilievi sollevati nel documento AAROI-EMAC. Tra questi la violazione dello stesso art. 4 DPR n. 285 del 1990, l'appartenenza della funzione richiesta all'ambito della Medicina Legale e di conseguenza la non corrispondenza con il profilo professionale dell'Anestesista Rianimatore con tutti gli eventuali e possibili rischi a cui i Colleghi potrebbero essere sottoposti.

Viene poi considerato che l'affidamento di una nuova funzione agli Anestesisti Rianimatori aumenterebbe i carichi di lavoro, già pesanti per le condizioni di carenza

dell'organico presenti in molte strutture. Andrebbe inoltre a gravare su Medici che lavorano in situazioni di emergenza e che quindi sarebbero spesso costretti ad rimandare gli adempimenti burocratici per far fronte a necessità assistenziali ben più importanti. Si sottolinea infine che "né le competenze né gli incarichi dei Medici delle UUOO Ospedaliere di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso sono riferibili a quelli della direzione medica di presidio, o della medicina legale, o della anatomia patologica, che a vario titolo sono invece riferibili alla funzione di medico necroscopo".

Per questi motivi, a cui si aggiungono anche altri indicati nel documento integrale, disponibile sul sito dell'Associazione, l'AAROI-EMAC:

"INVITA gli Enti del SSN, in persona dei loro Legali Rappresentanti, a non emanare dispositivi aziendali che pongano in qualunque forma gli obblighi di compilazione del certificato necroscopico in capo ai Medici di UUOO Ospedaliere di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso.

DIFFIDA gli Enti del SSN, che avessero eventualmente emanato dispositivi aziendali che pongano in qualunque forma gli obblighi di compilazione del certificato necroscopico in capo ai Medici di UUOO Ospedaliere di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso in persona dei loro Legali Rappresentanti, a disporre l'immediata revoca, riservandosi, in caso contrario, ogni azione a tutela dei propri Iscritti".

È possibile che la diffida non risolva definitivamente la questione, almeno non in tutti gli Ospedali. Perciò, l'AAROI-EMAC sta valutando l'opportunità di avviare alcune contestazioni "pilota" al fine di non cedere ai tentativi delle Direzioni Sanitarie di imporre comunque le funzioni in questione ai Colleghi.

## Sicurezza in Sala Parto: Anestesista figura centrale

### Presentate a Roma le Indicazioni della SIAARTI per le Unità di Anestesia Ostetrica

Lo scorso 15 Maggio si è svolta a Roma una Tavola Rotonda sulla Sicurezza in Sala Parto. Un importante momento di confronto organizzato dalla SIAARTI nell'ambito della Campagna SICURA durante il quale sono state presentate le «Indicazioni per le unità di anestesia ostetrica del Gruppo di studio "Anestesia ed Analgesia in Ostetricia della SIAARTI».

Il tema è stato approfondito da Massimo Antonelli, Presidente SIAARTI, Danilo Celleno, Coordinatore SIAARTI GDS anestesia e analgesia in ostetricia, Giorgio Capogna, Primario di Anestesia e Rianimazione Casa di Cura Città di Roma, Ida Salvo, Direttore Anestesia e Rianimazione Ospedale dei Bambini Milano - Buzzi, Serena Donati, ginecologo ed epidemiologa del reparto salute della Donna e dell'età evolutiva Istituto Superiore di Sanità.

Un filo conduttore ha unito i diversi interventi, ossia il ruolo svolto dall'Anestesista Rianimatore in sala parto. Figura centrale che si occupa della salute e della sicurezza della donna, ma che spesso deve intervenire anche nei casi di emergenza sul neonato.

Nel dettaglio, in ambito ostetrico, le attività svolte dall'Anestesista Rianimatore vanno dall'informazione e diffusione del parto senza dolore, alla valutazione che precede la partoanalgesia o il parto cesareo, dalla valutazione delle partorienti a rischio per comorbidità o per patologie associate alla gravidanza alla anestesia in corso di parto o di taglio cesareo. L'Anestesista Rianimatore deve inoltre far fronte al trattamento del dolore acuto postoperatorio o cronico postpartum, al trattamento delle emergenze e all'eventuale ricovero in terapia intensiva.

Sono state inoltre messe in luce diverse criticità, a partire dalla parcellizzazione dei Punti Nascita con il 30% delle strutture ita-

liane che effettuano meno di 500 parti all'anno e che sono privi di copertura di guardia medico-ostetrica, anestesiológica e pediatrica h24.

In particolare, su 559 Punti Nascita, 158 sarebbero sotto i 500 parti all'anno (di cui 1/3 Case di Cura), 190 tra i 500 e i 1000, 181 tra i 1000 e i 2500 e soltanto 30 con oltre 2500 parti all'anno. Di fronte ad una simile situazione il messaggio emerso nel corso dell'incontro è la necessità di omogenizzare le diverse realtà che attualmente presentano grandi differenze tra una regione ed un'altra, accorpando i Punti Nascita sulla base della riorganizzazione prevista dalla Conferenza unificata Stato-Regioni del 16 Dicembre 2010, pubblicata nel 2011, che ha definito gli standard per la riorganizzazione dei Punti Nascita a livello nazionale. E proprio tali parametri vengono richiamati nelle Indicazioni SIAARTI in cui sono anche indicate le caratteristiche strutturali e impiantistiche delle sale parto/travaglio e del blocco operatorio e gli standard di sicurezza per Punti Nascita di I Livello (500-1000 parti l'anno) e di II Livello (oltre i 1000 parti l'anno).

«È necessario convincere la popolazione - ha sottolineato Ida Salvo - che il luogo più sicuro non è sotto casa. Più comodo non equivale a dire più sicuro".

Sulla necessità della presenza dell'Anestesista Rianimatore in sala parto e in generale sulla sua organizzazione le Indicazioni SIAARTI parlano chiaro.

"I punti nascita di I livello devono essere dotati, come minimo, di guardia anestesiológica ospedaliera (cioè non dedicata esclusivamente alla ostetricia) h24 in modo da garantire l'intervento in emergenza in sala parto; è raccomandato che l'anestesista di guardia ospedaliera non sia il responsabile del

reparto di rianimazione/terapia intensiva; deve essere prevista una reperibilità integrativa nel caso in cui l'anestesista di guardia ospedaliero sia occupato in un'altra urgenza". Viene inoltre specificato che "durante anestesia per parto cesareo la responsabilità primaria dell'anestesista è la sicurezza della donna; nelle altre situazioni di emergenza neonatale l'anestesista potrà intervenire di supporto al pediatra/neonatologo solo nel caso in cui non sia già impegnato in altre attività anestesiológicas o nella cura di pazienti critici".

Allo stesso modo per i Punti Nascita di II Livello, il documento presentato a Roma raccomanda tra le altre cose "la presenza di un anestesista dedicato alle attività ostetriche", mentre rimanda "l'opportunità di integrare la presenza dell'anestesista di guardia ostetrica con un secondo anestesista per l'attività di sala parto in elezione" al "volume dell'attività complessiva della struttura ospedaliera".

Su questo punto, tuttavia, più che di raccomandazione sarebbe corretto dire che è obbligatoria la presenza di un anestesista dedicato.

Nei Punti Nascita di II° livello, inoltre, "è raccomandata l'istituzione della figura di un Responsabile di Anestesia Ostetrica (Unità Operativa Semplice, Alta Specialità o Eccellenza)".

Tra le caratteristiche dei Punti Nascita di II livello c'è anche quella di "garantire il servizio di partoanalgesia h24 (compresa l'epidurale)".

Nel corso della Tavola Rotonda è stata presentata, infine, un'indagine sulla mortalità materna che ha messo in luce alcune criticità. Tra le quali le differenze percentuali registrate tra una Regione e l'altra.



## Abroghiamo il Comma 566

### APM scrive al Ministro Lorenzin...

Dopo la sentenza del Tar del Lazio del 6 Maggio scorso, in cui è stato chiarito ampiamente che la clinica e l'assistenza non possono essere separate perché si verrebbe a generare una confusione di ruolo e di responsabilità...a discapito del malato, APM ha scritto al Ministro della Salute per chiedere di avviare la procedura per l'abrogazione del comma 566.

*"A questo punto è inutile allungare ancora il dibattito su questo argomento - ha precisato il portavoce di APM, Riccardo Cassi - è da troppo tempo che si parla, si scrive, ma di fatti concreti neanche l'ombra. Tutte le riunioni ministeriali che prevedevano l'incontro con noi Medici sono state annullate e non più riconvocate. È urgente a questo punto chiarire in maniera formale e definitiva il ruolo del Medico come unico garante della salute del cittadino".*

La recente presa di posizione della FNOMCeO e degli Ordini dei Medici in appoggio al DDL sull'atto medico, a cui APM aveva dato il suo sostegno sin dalla presentazione, devono far capire al mondo politico che i Medici non possono continuare ad essere marginalizzati ed esclusi dalla governance della tutela della salute. Di seguito il testo della Lettera:

#### Lettera aperta al Ministro della salute Beatrice Lorenzin

*Ill.mo Ministro,*

*i Medici considerano da sempre il Ministero della Salute come il punto di riferimento privilegiato per tutte le questioni che afferiscono alla sanità e per le problematiche legate alla loro professione. Da qualche tempo dobbiamo constatare che le questioni che abbiamo sottoposto al Ministero della salute non hanno ricevuto la dovuta attenzione, gli incontri già programmati sono stati rinviati sine die e problematiche legate a questioni rilevanti, come la gestione delle cure al paziente, sono rimaste in sospeso e lasciate alla mercé dell'agone mediatico, organizzato da corporazioni avidi di riconoscimenti.*

*Riteniamo sia necessario restituire ai Medici il giusto riconoscimento per l'attività che svolgono per la sanità del nostro paese, soprattutto riteniamo sia necessario ricucire lo strappo operato attraverso il comma 566 della L. 190/14, che ha limitato le competenze dei medici agli "atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia". Come ha riconosciuto anche una recente sentenza del TAR del Lazio, in linea con le leggi vigenti, non può essere seriamente messo in dubbio che la netta separazione tra attività clinica e attività assistenziale è foriera di disfunzioni, in assenza di norme che raccordano armonicamente lo svolgimento concreto delle suddette attività.*

*Il paziente con i suoi problemi costituisce un unicum che non può essere spaccettato per soddisfare aspirazioni di carriera o immotivati ampliamenti di competenze, per tale motivo le chiediamo di volersi fare carico di questo grave problema che, a nostro avviso, deve passare attraverso l'abrogazione del citato comma 566 ed eventualmente una riforma che consenta di superare le problematiche emerse con il processo di aziendalizzazione.*

*Cordiali saluti.*

*AAROI EMAC Alessandro Vergallo - ANDI Gianfranco Prada - CIMO Riccardo Cassi - CIMOP Fausto Campanozzi - FESMED Carmine Gigli - FIMMG Giacomo Milillo - FIMP Giampietro Chiamenti - SBV Salvo Gibiino - SUMAI Roberto Lala*

#### Science & Conscience Corner di Terry Peacock

**Lavoro...**Ultime notizie dal mondo del lavoro: dipendenti della Lego in cura dall'analista: hanno i nervi a pezzi...

\*\*\*

**Elezioni...**Ormai queste elezioni e questi referendum sono delle farse, dei giochi in cui ci troviamo a partecipare... A questo punto in caso di vittoria schiacciante, si dovrebbe adottare il termine playbiscito...

\*\*\*

**Lobby...**Le lobby sono ovunque.  
La lobby dei fazzolettini mette il naso dove non dovrebbe.  
La lobby dei panettieri ha le mani in pasta in ogni affare...  
Ma la peggiore è la lobby del meteo, che fa il bello e il cattivo tempo...

\*\*\*

**ControRiforma...** Cresce l'insofferenza dei medici ospedalieri verso le colleghe che pretendono di assentarsi per maternità obbligatoria secondo quanto prescrive la legge: si profila all'orizzonte una nuova guerra di religione contro L(u)tero e le sue Sacerdotesse.

\*\*\*

**Tax Syndrome...** Quella delle tasse è una sindrome seria. I sintomi principali sono tutto tane: rush, eritemi, eruzioni. Pochi successi sono stati raggiunti con le cure tradizionali. Ormai si è sviluppata una figura che mitiga i sintomi quando ormai sono nella fase terminale, o oltre. Stiamo parlando del Tassi-dermista...

\*\*\*

**Festival...**La Agenas ha assicurato che chiunque avrà seguito per intero il festival di Sanremo riceverà ben 25 crediti formativi in Geriatria e Medicina delle catastrofi. Aderite numerosi.

T.P.

## “Comma 566 inaccettabile”

### ...e anche la FNOMCeO prende carta e penna

Lo stesso giorno in cui Alleanza per la Professione Medica ha scritto al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, anche la FNOMCeO ha inviato una lettera allo stesso destinatario a firma della sua Presidente Roberta Chervasani. Al primo punto il testo richiama proprio il Comma 566 della Legge di Stabilità per proseguire con la questione della Responsabilità Professionale e della formazione dei giovani Medici. Di seguito il testo della lettera:

*Gentile Ministro,*

*sono rammaricata che non vi sia stato tra di noi un incontro per discutere delle problematiche che nel tempo sono emerse e si vanno aggravando in seno alla professione medica, e che stanno portando ad un grave e diffuso disagio, che ci coinvolge tutti.*

*Mi rendo tuttavia conto che questo momento è per Lei particolare.*

*Desidero ricordarLe la inaccettabilità del comma 566 della Legge di Stabilità, per il quale era stata ipotizzata qualche modifica, ma che continua a vivere. Un atto ministeriale, che riconosca la leadership funzionale del medico, è per noi indispensabile e non più procrastinabile. Ci consentirebbe di uscire da tanti equivoci.*

*Il tema della responsabilità professionale va affrontato con fermezza e risolto.*

*Le lettere e le telefonate dei giovani medici, preoccupati per la sorte della loro formazione, sono continue. Le loro richieste e rimozioni non possono essere più disattese. E gli stessi giovani che desiderano intraprendere studi di Medicina non possono essere più disilusi.*

*Non voglio angustiarLa ulteriormente.*

*Colgo l'occasione per porgerLe gli auguri più affettuosi e sinceri, come medico e come donna.*

*Roberta Chervasani*

## Proposta di Legge Atto Medico

### Cominciato l'iter in Commissione Affari Sociali

È cominciato il 6 Maggio scorso l'iter in Commissione Affari Sociali della Proposta di Legge “Disposizioni in materia di definizione dell'atto medico e di responsabilità professionale medica”, presentata il 25 Marzo dalla deputata PD, Vittoria D'Incecco. Il provvedimento ha sollevato un acceso dibattito e ha raccolto anche diverse critiche, oltre ad un'iniziale posizione della FNOMCeO non particolarmente favorevole a definire l'atto medico attraverso una legge.

La Proposta di Legge, nata da un lavoro del Dr Antonio Ciofani, Dirigente Responsabile Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi Ospedale Spirito Santo di Pescara e Consigliere Nazionale Anaa-Assomed, ha due obiettivi principali: definire l'Atto Medico ed intervenire sulla Responsabilità Professionale. Le motivazioni, vengono tra l'altro descritte nella premessa del Provvedimento dove si legge: «La funzione medica, dotata dei formidabili strumenti clinico-assistenziali di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, frutto di 25 secoli di attività e studio dei medici stessi, è oggi però “accercchiata” dai tanti attori del mondo della sanità e dalle tante nuove professioni sanitarie sviluppatesi nell'ultimo secolo: si vuole dimenticare la centralità del rapporto medico-paziente mediante travisamenti e talora forzature in un momento storico in cui sempre più il malato richiede un medico cui affidarsi.

Si ritiene da più parti che i tempi siano maturi per emanare una legge che recepisca l'importante e puntuale giurisprudenza prodotta in Italia sull'atto medico. Essa è ormai indispensabile per fare chiarezza ai cittadini utenti e non del Sistema Sanitario Nazionale, a tutti gli operatori e amministratori della sanità».

Dopo un excursus delle varie sentenze della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione da cui «scaturisce chiaramente il “dovere” del medico anche di disattendere disposizioni di varia natura contrastanti a suo giudizio con l'interesse del paziente: è il garante del paziente», la premessa fa riferimento alla FISM e all'UEMS.

«La FISM, Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche, l'importante organizzazione clinico-scientifica che rappresenta 184 Società e oltre 100.000 medici clinici, analizzando la situazione attuale dei medici italiani, ha prodotto una chiara definizione di atto medico e di funzione medica, la definizione è questa:

“Nell'ottica della promozione alla salute spettano alla competenza esclusiva e non delegabile del medico la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle malattie, ottenibili sulla

base di un'attenta valutazione clinica e di una ragionata e documentata prescrizione di esami diagnostici e procedure terapeutiche o riabilitative utili alla gestione ottimale del quadro clinico in atto e finalizzato alla possibilità di guarigione.

L'attuazione di tale principio è di fatto strettamente collegata a contenuti disciplinari che sono oggetto di abilitazione alla professione del medico chirurgo e/o dell'odontoiatra”.

A testimonianza delle comuni problematiche dei medici europei, l'UEMS, Unione Europea dei Medici Specialisti, ha redatto un'appropriata e completa definizione di atto medico, approvata nella seduta del 25 aprile 2013» che viene ripresa nella Proposta di Legge D'Incecco. Di seguito i tre articoli che attualmente la compongono:

#### Art. 1

1. L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche.

2. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione.

#### Art. 2

1. Nell'ottica della promozione della salute spettano alla competenza esclusiva del medico la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle malattie, ottenibili sulla base di un'attenta valutazione clinica e di una ragionata e documentata prescrizione di esami diagnostici e procedure terapeutiche o riabilitative utili alla gestione ottimale del quadro clinico in atto e finalizzato alla possibilità di guarigione.

2. L'attuazione di tale principio è di fatto strettamente collegata a contenuti disciplinari che sono oggetto di abilitazione alla professione di medicochirurgo e/o di odontoiatra e che sono previsti negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e/o in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

#### Art. 3

1. Sono in capo al medico la titolarità e la responsabilità di tutte le decisioni relative alla salute del paziente, la conseguente e necessaria unitarietà dei percorsi clinico-assistenziali che esse comportano, i correlati assetti organizzativi.

# Maternità e tutele normative per le assunzioni

## Le Risposte del Legale ai Pareri richiesti dall'AAROI-EMAC

In seguito ad alcune segnalazioni pervenute all'attenzione dell'AAROI-EMAC in tema di astensione obbligatoria dal lavoro per maternità e contratto di lavoro a tempo determinato, l'Associazione ha deciso di chiedere la consulenza dello Studio Legale Rossi di Roma. Le risposte integrali del 17 Febbraio e del 21 Maggio, a firma dell'Avvocato Guido Rossi sono disponibili sul sito internet: [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it).

Di seguito si riporta un estratto dei due Pareri

Il primo quesito posto si riferiva alla possibilità di una Dirigente del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito la "Dirigente"), in astensione obbligatoria dal lavoro per maternità, di ottenere una proroga del proprio contratto di lavoro a tempo determinato.

In particolare si chiedeva di verificare se lo stato di astensione obbligatoria per maternità di una Dirigente potesse rappresentare una causa ostativa alla predetta proroga, nonostante la medesima fosse la prima nella graduatoria per il rinnovo.

*"(.....) In linea di principio - si legge nel Parere -, la lavoratrice non può subire alcun trattamento discriminatorio in ragione dello stato di maternità. In particolare, secondo quanto disposto dall'art. 25, comma 1 e 2, del D.lgs. 198/2006 occorre distinguere fra discriminazioni dirette ed indirette.*

*Si è in presenza di una discriminazione diretta quando per ragioni legate al sesso un lavoratore subisce un pregiudizio o viene trattato in modo meno favorevole rispetto ad un altro che si trovi in situazione analoga; si ha invece discriminazione indiretta quando una disposizione, un comportamento, una prassi o un patto apparentemente neutri mettono i lavoratori di un determinato sesso in una posizione di particolare svantaggio rispetto ai lavoratori di altro sesso.*

*Ai fini che qui rilevano è importante sottolineare che il comma 2 bis del D.lgs. 198/2006, stabilisce espressamente che sono considerati discriminatori tutti quei trattamenti meno favorevoli in ragione dello stato di gravidanza, maternità o paternità.*

*A ulteriore supporto, giova segnalare la sentenza del 16 febbraio 2006 nella causa C-294/04 della Corte di Giustizia Europea con cui è stato sancito un generale principio di parità di trattamento tra lavoratori che implica l'assenza di qualsiasi discriminazione fondata sul sesso per quanto riguarda le condizioni di accesso, compresi i criteri di selezione, agli impieghi o posti di lavoro qualunque sia il settore o il ramo di attività e a tutti i livelli della gerarchia professionale.*

*In particolare, la sentenza della Corte di Giustizia Europea ha dichiarato che un lavoratore di sesso femminile è tutelato, nel suo rapporto di lavoro, contro ogni trattamento sfavorevole motivato dal fatto che essa usufruisce o ha usufruito di un congedo di maternità e che una donna che subisca un trattamento sfavorevole a causa di un'assenza per congedo di maternità è vittima di una discriminazione che ha origine nella sua gravidanza e nel detto congedo.*

*Pertanto è evidente che il nostro ordinamento tuteli la lavoratrice in ogni fase della maternità, perseguendo il fine ultimo di equipararla sotto ogni profilo agli altri lavoratori ed impedendo atti discriminatori posti in essere dal datore di lavoro sia al momento dell'assunzione che nello svolgimento del rapporto di lavoro.*

*A rafforzare tale conclusione, c'è anche la considerazione che, ai sensi del già ricordato art. 10, comma 4 ter, del D.lgs. 368/2001, per il personale della sanità la proroga dei contratti a tempo determinato non costituisce una nuova assunzione.*

*Pertanto, occorre ritenere che il periodo antecedente e quello successivo alla proroga costituiscono due "segmenti" di un unico rapporto di lavoro.*

*Con l'ulteriore conseguenza che la maternità (e la relativa astensione obbligatoria) che si collochino "a cavallo" dei due "segmenti" costituiscono a ben vedere un evento unitario all'interno di un unico e continuativo rapporto di lavoro.*

*Pertanto, in linea di principio, il fatto che la Dirigente sia in astensione obbligatoria non può impedire la proroga anche del suo contratto a termine.*

*Occorre solo considerare l'eventualità che l'amministrazione eccepisca che l'astensione obbligatoria della Dirigente rilevi non come condizione soggettiva, ma come fatto oggettivo, che impedisca la realizzazione della causa del contratto a termine nel periodo di proroga, in quanto l'assenza della lavoratrice impedisce il soddisfacimento delle temporanee esigenze di servizio per le quali la proroga viene disposta. Ove l'amministrazione opponesse tale argomento sarebbe comunque possibile rilevare che:*

- Come detto, la proroga non costituisce nuova assunzione, onde l'amministrazione non ha spazio per valutazioni discrezionali - circa l'opportunità o no di procedere ad una "nuova assunzione" - ma è tenuta a rispettare la graduatoria prevista espressamente per la proroga, che costituisce un evento di un unico rapporto di lavoro;

- Nel settore della sanità, almeno nella normalità dei casi, i contratti a termine non rispondono realmente ad esigenze temporanee e urgenti, ma sono utilizzati "in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione di servizi sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza" (art. 10, comma 4 ter, D.lgs. n. 368/2001). Onde si tratta di esigenze stabili e non transitorie ed indifferibili, di talché anche sotto questo profilo la posizione della lavoratrice a termine non può differire, quanto alla tutela per maternità, da quella della lavoratrice a tempo indeterminato".

\*\*\*

La seconda questione riguardava la possibilità per una Dirigente Medico di acquisire un incarico professionale a tempo determinato, conferito per la prima volta da parte del Servizio Sanitario Nazionale, durante il periodo di astensione obbligatoria per maternità.

Anche in questo caso, come si legge nel documento "(...) la lavoratrice non può subire alcun trattamento discriminatorio in ragione dello stato di maternità. Ciò trova il proprio fondamento sia nelle disposizioni di legge dettate dall'art. 25, commi 1 e 2 del D.lgs. 198/2006, sia nella giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea (sentenza del 16 febbraio 2006 nella causa C-294/04) (...).

Infine, il comma 2 bis del D.lgs. 198/2006, stabilisce espressamente che sono considerati discriminatori tutti quei trattamenti meno favorevoli in ragione dello stato di gravidanza, maternità o paternità".

Pertanto, in caso di maternità non trova applicazione il principio secondo il quale un rapporto di lavoro, anche a tempo determinato, per espletare tutti gli effetti giuridici ed economici, deve essere perfezionato mediante la effettiva presa di servizio: il rapporto di lavoro va considerato perfezionato con la semplice accettazione della nomina, risultando ininfluente e non necessaria la presa di servizio, che potrà iniziare al termine delle astensioni dal lavoro previste dalla normativa vigente a tutela della maternità.

## Il Benessere lavorativo fa risparmiare

### L'indagine FIASO su 65mila lavoratori

Si potrebbero risparmiare 3 miliardi di euro e 30 milioni di giornate lavorative prevenendo lo stress lavoro-correlato e puntando sul Benessere organizzativo. Sono le stime annunciate dalla FIASO, la Federazione delle aziende sanitarie pubbliche, a seguito di uno studio di 4 anni che ha coinvolto 65 mila lavoratori di 19 tra Asl e Ospedali (Asl 12 Viareggio, Asl Cn2 Alba-Bra, Asl di Bergamo, Asl di Milano, Asl 10 di Firenze, Ulss 3 Bassano del Grappa, Apss Trento, Policlinico S. Martino di Genova, Asl di Bologna, Asl di Rimini, Asl di Modena, Policlinico di Modena, Asl Roma E, Asl Matera, Asl BAT - Puglia, Asl 4 Chiavarese, AO di Lecco, Asl di Viterbo e Policlinico di Messina) in cui sono state sperimentate misure specifiche per ridurre lo stress e migliorare il benessere lavorativo. Misure che hanno portato, secondo i dati FIASO, alla riduzione del 30% delle giornate di malattia, al miglioramento del clima interno con un aumento della produttività di oltre il 27% e una generalizzata crescita del gradimento da parte degli utenti.

L'indagine è partita da una check-list di eventi sentinella del rischio di stress lavoro-correlato attraverso cui è stato rilevato il livello di benessere psicologico in un campione significativo dei dipendenti delle 19 aziende sanitarie, che hanno poi attuato una serie di azioni mirate a migliorare l'ambiente lavorativo sotto tutti gli aspetti: da quello motivazionale a quello ambientale e di attenzione ai problemi sociali e familiari.

I risultati hanno rivelato che far lavorare i propri dipendenti in un clima migliore incide notevolmente.

In particolare ad influire positivamente sarebbero 13 variabili sul benessere organizzativo, rilevate dalla ricerca Fiaso. In una scala da 1 a 5, a influenzare maggiormente lo stato di benessere sul lavoro sono valori legati alle capacità lavorative, come l'abilità (4,26) e la capacità di utilizzare risorse proprie (4,20). Ma particolarmente rilevanti sono anche la chiarezza del proprio ruolo (3,95), la capacità di fronteggiare gli eventi avversi (3,92), la soddisfazione lavorativa in genere (3,92).

Tra le altre variabili ci sono la condivisione degli obiettivi (3,77) e il senso di comunità (3,58). Sono stati invece individuati come fattori di disagio lavorativo gli eccessivi carichi di lavoro (3,57), conseguenti al protrarsi del blocco delle assunzioni in sanità, ma anche inefficienze organizzative cui le aziende dovrebbero porre rimedio. A seguire i problemi di conciliazione lavoro-famiglia e i trasferimenti o cambi di mansione.



## Specializzazioni: 6.383 Borse

### Online il Bando per il prossimo Concorso

Il 26 Maggio, il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Stefania Giannini, ha firmato il Bando per l'accesso alle scuole di specializzazione in Medicina, fissando il numero delle borse a 6.363, di cui 6.000 messe a disposizione dallo Stato, 334 dalle Regioni e 29 da altri Enti.

Il 29 Maggio un Mini Decreto correttivo ha poi aggiunto altre 20 borse finanziate dalle Regioni per un totale di 6.383 contratti disponibili. Le selezioni, che dallo scorso anno avvengono attraverso un concorso nazionale per esami e titoli, si svolgeranno dal 28 al 31 Luglio.

Ogni candidato, all'atto di iscrizione, potrà scegliere un massimo di 3 Scuole (non più di 2 per Area, Clinica, Medica o Chirurgica) e indicare l'ordine di preferenza delle sedi. Il Mini Decreto ha poi stabilito che l'attestazione della media ponderata dei voti ottenuti nei corsi di laurea diventa un compito delle Università. Le domande a cui rispondere saranno 110 come lo scorso anno: 70 comuni a tutti i candidati, 30 comuni a ciascuna Area, 10 comuni per tipologia di Scuola. Le 70 comuni faranno maggiore riferimento alla formazione clinica del percorso di laurea.

Viene ridotto il tempo di svolgimento dei quiz: 100 minuti per i 70 quesiti della prima parte della prova; 50 minuti per i 30 quesiti della seconda parte della prova comune per Area; 20 minuti per i 10 quesiti della seconda parte della prova specifica per singola tipologia di Scuola.

L'ultimo scorrimento delle graduatorie quest'anno avverrà entro il 20 ottobre. La data di inizio delle attività didattiche è fissata in concomitanza con l'inizio dell'anno accademico per l'1 Novembre. Al concorso possono partecipare tutti i laureati in Medicina e Chirurgia che abbiano conseguito il titolo prima del termine di scadenza per la presentazione della domanda di iscrizione.

È possibile iscriversi esclusivamente on line sul portale University: [www.university.it](http://www.university.it).

La procedura sarà attivata mercoledì 3 giugno 2015 e si chiuderà inderogabilmente alle ore 13.00 di martedì 23 giugno 2015.



### Dati recenti

La valutazione delle complicanze perioperatorie in molti studi osservazionali in bambini sani e asmatici offre la base per identificare la strategia per ridurre il rischio. Soprattutto gli esperimenti sugli animali e in minore misura i dati clinici hanno migliorato le nostre conoscenze sugli effetti degli anestetici sul tono della muscolatura liscia bronchiale e sull'attenuazione del riflesso della broncocostrizione. Il trattamento dell'asma al di fuori dell'anestesia si basa su una grande quantità di evidenza scientifica. Le modalità di prevenzione perioperatoria sono state studiate diffusamente. Tuttavia l'evidenza nella gestione perioperatoria, compresa la strategia di ventilazione meccanica dei bambini asmatici non è ancora ben chiara e sono necessarie ulteriori ricerche.

- La presenza di un anestesista pediatrico esperto specialmente durante la gestione delle vie aeree riduce il rischio di PRAE;
- La gestione non invasiva delle vie aeree (maschera facciale e maschera laringea) determina un minor numero di PRAE rispetto all'intubazione tracheale;
- Sebbene la maggior parte degli anestetici volatili ha un effetto broncodilatatore diretto, il desflurano si deve evitare in quanto determina un aumento delle resistenze delle vie aeree nei bambini e un rischio aumentato di PRAE;
- Prevenire i danni polmonari durante la ventilazione meccanica usando un'ipercapnia permissiva evitando l'iperinflazione dinamica e impostando una bassa frequenza respiratoria un tempo espiratorio lungo e una ventilazione controllata a pressione.

### Introduzione

Così come l'incidenza dell'asma e l'iperreattività bronchiale (BHR) nella popolazione pediatrica sono elevate e in aumento in tutto il mondo, anche la gestione del bambino asmatico sta diventando sempre più frequente per l'anestesista pediatrico. I bambini con asma hanno un rischio particolarmente elevato di complicanze respiratorie perioperatorie (PRAE) che può essere ridotto da un'ottimizzazione della loro gestione perioperatoria. Questa dovrebbe essere basata su due pilastri principali: l'ottimizzazione preoperatoria del trattamento dell'asma e l'ottimizzazione della gestione dell'anestesia, al fine di ottimizzare la funzione polmonare e ridurre al minimo i BHR nel periodo perioperatorio.

### Premedicazione e gestione delle vie aeree

La premedicazione con un  $\alpha$ -agonista come la clonidina o la dexmedetomidina può essere vantaggiosa, poiché si è visto che riduce il riflesso della broncocostrizione per esempio dopo l'intubazione.

La presenza di un anestesista pediatrico esperto soprattutto durante la gestione delle vie aeree riduce il rischio di PRAE, soprattutto nei bambini con rischio aumentato. La ventilazione con pallone e maschera deve essere eseguita con estrema attenzione nei pazienti asmatici. Se il tempo espiratorio è insufficiente si può sviluppare un'iperinflazione dinamica che porta a compromissione cardiovascolare e a barotrauma.

La gestione non invasiva delle vie aeree determina un'importante riduzione del rischio di PRAE se confrontata con l'uso del tubo endotracheale (ETT) (rischio per broncospasmo: la maschera laringea rispetto alla maschera facciale non evidenzia differenze significative; l'ETT rispetto alla maschera facciale presenta un rischio relativo di 3,5. Quando si usa il tubo endotracheale nel bambino asmatico è opportuno usare tubi cuffiati per ridurre il rischio di perdita di aria. Sebbene la rimozione del tubo in anestesia profonda determina una maggiore ostruzione parziale delle vie aeree, una rimozione da sveglio determina maggiore tosse persistente e maggiore desaturazione. In teoria la lidocaina può ridurre la via afferente ed efferente dei riflessi bronco-costrittori vagali dovuti alle manipolazioni delle vie aeree. Per esempio negli adulti volontari asmatici l'inalazione o la somministrazione endovenosa della lidocaina è in grado di attenuare gli effetti bronco-costrittori di diversi stimoli chimici (istamina e acetilcolina ma non metacolina) e della manipolazione delle vie aeree (intubazione con fibroscopio da sveglio).

Tuttavia nei bambini la lidocaina topica sulle corde vocali prima dell'intubazione determina un

maggiore rischio di PRAE. Inoltre nei pazienti asmatici la lidocaina endovena si è visto che determina una riduzione del diametro delle vie aeree e aumenta le resistenze, ma non c'è nessuna descrizione che la lidocaina determina broncospasmo negli asmatici. Pertanto non è raccomandato l'uso perioperatorio della lidocaina nei bambini asmatici per ridurre il rischio di PRAE.

### Anestetici

Gli anestetici volatili hanno un effetto bronco-dilatatore diretto. Sebbene nei pazienti non asmatici tutti gli anestetici volatili determinano un'attenuazione del riflesso di bronco-costrizione da stimolazione questo può non avvenire nei pazienti asmatici. Il sevoflurano rispetto all'isoflurano all'alotano e al desflurano sembra avere un effetto broncodilatatore e protettivo maggiore. Al contrario il desflurano aumenta il tono dei muscoli bronchiali e delle resistenze delle vie aeree probabilmente attraverso un sistema non adrenergico non colinergico soprattutto nei bambini asmatici. Si deve evitare l'uso del desflurano nei bambini specialmente in quelli asmatici poiché determina un rischio aumentato di PRAE, soprattutto broncospasmo.

Se confrontato con gli anestetici volatili il propofol determina una maggiore attenuazione dei riflessi di broncocostrizione delle vie aeree ma dimostra minori proprietà bronco-dilatatrici. Il propofol determina minori resistenze delle vie aeree se confrontato con l'etomidate o il tiopentone. Il propofol sembra sicuro anche nei bambini con allergia all'uovo se l'anamnesi è negativa per l'anafilassi. Si deve evitare il tiopentone nei bambini asmatici poiché determina con maggiore frequenza broncospasmo.

La ketamina ha un effetto rilassante diretto sulla muscolatura liscia bronchiale e riduce il riflesso di broncocostrizione delle vie aeree. Non è stato valutato se la ketamina o il propofol sono superiori come agenti d'induzione nel perioperatorio dei bambini con asma ben controllata.

### Bloccanti neuromuscolari

I farmaci bloccanti neuromuscolari (NMBA) sono quelli coinvolti con maggiore frequenza nella comparsa di broncospasmo per reazione anafilatoide o anafilattica. Il farmaco che causa con maggiore frequenza la liberazione d'istamina è il mivacurio, seguito dal suxametonio, rocuronio, vecuronio, e atracurio, mentre il pancuronio non libera istamina e pertanto è una scelta sicura. Il vecuronio, il suxametonio e il rocuronio possono causare una reazione anafilattica mediata dalle IgE. Pertanto se è possibile, è meglio evitare i NMBA nei bambini asmatici soprattutto perché antagonizzare il blocco neuromuscolare con inibitori delle colinesterasi (ad esempio neostigmina) può determinare una nuova broncocostrizione inibendo il metabolismo dell'acetilcolina. Da notare che dopo la ventilazione meccanica di un'asma grave esacerbata è possibile rilevare una debolezza muscolare dovuta ai corticosteroidi e/o a una miopatia indotta dai bloccanti neuromuscolari o per una successiva sensibilità aumentata ai NMBA.

### Osservazione postoperatoria/terapia intensiva pediatrica

Quando il bambino asmatico evidenzia segni di aumentato lavoro respiratorio, si deve somministrare ossigeno umidificato ad alto flusso. Si deve attuare una pressione positiva di fine espirazione (PEEP) impostando un valore di pressione maggiore dell'auto-PEEP per ridurre il lavoro respiratorio. Da notare che la ventilazione non invasiva può essere altrettanto dannosa della ventilazione invasiva e con rischio aumentato di volutrauma/barotrauma.

### Gestione del dolore postoperatorio

I FANS potrebbero determinare un peggioramento dell'asma per aumentata produzione di leucotrieni (inibizione della cicloossigenasi). Tuttavia questo sembra più un concetto teorico che una preoccupazione reale; l'ibuprofene è venduto diffusamente come farmaco libero ma la descrizione di complicanze negli asmatici è straordinariamente rara. Anche se uno studio ha evidenziato che l'ibuprofene riduce la funzionalità polmonare, l'ibuprofene non ha peggiorato i sintomi dell'asma in 1879 bambini affetti da asma e febbre.

Inoltre la somministrazione postoperatoria di diclofenac non ha determinato broncospasmo o peggiorato la funzionalità polmonare in 70 bam-



## Anestesia e strategia ventilatoria nei bambini asmatici. Il parte: gestione

*Curr Opin Anesthesiol: Volume 2015*

bini asmatici. Da notare che c'è un'evidenza crescente che il paracetamolo più dei FANS può essere un farmaco in causa. Pertanto la terapia di breve periodo con FANS determina un rischio basso di broncospasmo e deve essere preferita al paracetamolo nei bambini asmatici nel controllo del dolore postoperatorio.

Tuttavia i pazienti asmatici e con poliposi nasale presentano un rischio aumentato di asma indotta da FANS poiché possono stimolare la liberazione d'istamina e di conseguenza una broncocostrizione.

### Trattamento perioperatorio/gestione di un'esacerbazione acuta dell'asma e del broncospasmo

La terapia medica dell'asma può comprendere broncodilatatori e modulatori dell'infiammazione delle vie aeree per ridurre l'edema, le secrezioni dense e la contrazione muscolare. Nell'eventualità di un'esacerbazione preoperatoria dell'asma la somministrazione di corticosteroidi non deve essere ritardata ed è meglio somministrare per via endovenosa 4 mg/Kg di idrocortisone (massimo 100 mg) ogni 6 ore o prednisolone 1 mg /Kg (massimo 50 mg). La terapia preesistente di corticosteroidi deve essere continuata, per esempio con prednisolone 1 mg/Kg (massimo 50 mg) per bocca al giorno. I broncodilatatori più frequentemente usati sono i  $\beta_2$ -agonisti: per esempio 2,5 mg di sal-butamolo o albuterolo nebulizzati nei bambini di 2-5 anni o 5 mg nei bambini maggiori di 5 anni e ipratropio bromuro ogni 20-30 minuti. In assenza di qualsiasi miglioramento clinico occorre prendere in considerazione la somministrazione di un'infusione continua di salbutamolo (salbutamolo 15 mg/Kg in bolo ogni 10 minuti seguita da un'infusione di 1-5 mg/Kg/minuto).

L'aminofillina non ha alcun apparente vantaggio nei bambini con asma esacerbata, e la nausea e il vomito sono più frequenti nei bambini trattati con aminofillina endovena.

La ketamina è stata utilizzata nei bambini asmatici poiché determina un effetto protettivo sulle resistenze delle vie aeree probabilmente dovuto all'effetto simpaticomimetico, vagolitico e/o a un effetto diretto sul tono dei muscoli lisci bronchiale.

Tuttavia nei bambini la ketamina aggiunta alla terapia standard in pronto soccorso non evidenzia una superiorità rispetto alla terapia standard da sola per cui il suo vantaggio è dubbio nel trattamento delle esacerbazioni acute dell'asma e nel broncospasmo nel perioperatorio soprattutto quando gli anestetici volatili sono prontamente disponibili.

Gli antibiotici non sono raccomandati nel trattamento delle esacerbazioni dell'asma se è più probabile che l'agente scatenante dell'esacerbazione sia un virus piuttosto che un battere.

### Somministrazione dei farmaci nebulizzati per aerosol o attraverso un inalatore predosato

Nei bambini asmatici ventilati meccanicamente, non è noto se i farmaci devono essere somministrati come aerosol nebulizzati o attraverso un inalatore predosato. La frazione respirabile di aerosol (concentrazione attiva del farmaco) può dipendere in modo importante dalla tecnica di somministrazione, dal presidio delle vie aeree e dalle sue dimensioni come anche dalla modalità di ventilazione e dal momento del ciclo respiratorio di somministrazione dell'aerosol. La somministrazione nella fase inspiratoria (tempo ispirato)

sembra essere vantaggiosa rispetto al distributore posto tra la "T" del circuito e il paziente. Sebbene i distributori possano migliorare la frazione respirabile di aerosol, aumentano lo spazio morto.

Un flusso inspiratorio lento e un grande volume corrente (TV) aumentano la frazione di aerosol respirabile; ma non è possibile realizzarlo nei bambini.

La frazione respirabile di aerosol è in genere molto bassa (< 3%) nei bambini ventilati meccanicamente e pertanto sono richieste dosi molto maggiori per ottenere un'adeguata risposta clinica.

### Magnesio e leucotrieni

La somministrazione endovenosa di magnesio sembra essere sicura e migliora la funzionalità respiratoria e la prognosi clinica durante le esacerbazioni asmatiche (bambini > 5 anni: 40 mg/Kg di magnesio solfato (massimo 2 grammi) in 20 minuti). Anche l'inalazione di solfato di magnesio può essere utile, ma non è chiara la sua superiorità rispetto alla via endovenosa e il suo ruolo perioperatorio nel bambino asmatico. Tuttavia gli antagonisti dei recettori dei leucotrieni in aggiunta al trattamento d'emergenza di routine non sono raccomandati durante le esacerbazioni dell'asma poiché non apportano alcun vantaggio rispetto alla sola terapia standard ed hanno un'efficacia inferiore rispetto ai corticosteroidi per via inalatoria.

### Anestetici per inalazione per grave esacerbazione dell'asma

La maggior parte degli anestetici volatili (sevoflurano, isoflurano e alotano) presenta eccellenti proprietà broncodilatatrici e sono stati utilizzati con successo per il trattamento delle esacerbazioni dell'asma grave che richiedono la ventilazione meccanica e possono ridurre ulteriormente le resistenze se confrontati con la sola terapia standard.

### Bloccanti neuromuscolari nelle forme gravi di esacerbazione acuta dell'asma

Sebbene gli NMBA possono essi stesso provocare broncospasmo e il loro uso prolungato determinare miopatia, la paralisi muscolare è raccomandata durante la fase iniziale della ventilazione meccanica nei bambini con asma acuta esacerbata per ridurre i possibili danni da conflitto paziente ventilatore che aumenta in condizioni di acidosi respiratoria e stimola il drive respiratorio.

Inoltre la paralisi muscolare riduce le richieste della ventilazione al minuto e migliora molto la stabilità cardiovascolare.

### Peggioramento intraoperatorio di un bambino asmatico

Oltre al PRAE, nei bambini asmatici si formano frequentemente tappi di muco. Questo può provocare atelettasie e deterioramento della funzionalità polmonare per lo spostamento dei tappi di muco. Il possibile effetto benefico dell'aspirazione endobronchiale deve essere valutato rispetto al rischio potenziale di broncocostrizione da stimolazione meccanica. Se si sospetta una compromissione emodinamica per l'iperinflazione dinamica è opportuna una breve disconnessione del paziente dal ventilatore per permettere la completa espirazione dell'aria intrappolata in quanto si è visto che questo migliora la funzionalità cardiaca riducendo la pressione intratoracica. Inoltre i bambini asmatici, soprattutto se ventilati, sono a rischio di sviluppare un pneumotorace iperten-

## SPECIALE CONGRESSO SIARED 2015

**Oltre 500 Partecipanti, 115 Relatori per un totale di 12 Sessioni e 4 Workshop  
Presentati 43 Poster e diversi progetti per la realizzazione di APP  
Questi i numeri dell'Appuntamento che si è svolto a Riva del Garda  
In questa e nelle pagine successive il reportage fotografico di 3 giorni  
di confronto e di formazione ricchi di contenuti scientifici e professionali**



Adriana Paolicchi, Presidente SIARED, e Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AARO-EMAC

Tre giorni intensi di confronto, di riflessione, di approfondimento su temi medico-scientifici che riguardano tutti gli ambiti sanitari in cui gli Anestesisti Rianimatori hanno un ruolo centrale. L'11° Congresso Nazionale SIARED è stato un momento di alta formazione per centinaia di Colleghi che hanno dimostrato il loro interesse e la validità dei percorsi proposti affollando le 4 sale in cui, in contemporanea, si sono svolte le Sessioni congressuali.

Dall'appropriatezza delle cure nel paziente critico, alla sicurezza in sala operatoria e alla gestione del paziente durante l'intervento chirurgico e nel postoperatorio, sono stati alcuni dei temi affrontati. A cui vanno aggiunti i temi legati al dolore con particolare attenzione alla gestione del dolore acuto postoperatorio e cronico e al dolore nel travaglio di parto.

Altri focus sono stati dedicati alla sepsi e alle infezioni, così come all'emorragia cerebrale e a tutto il tema dell'emergenza e al percorso dal territorio ai centri di alta specialità. Nell'ottica poi di migliorare i percorsi di cura dal territorio all'ospedale è stato approfondito il tema dell'emergenza con i professionisti dell'elisoccorso.

Filone comune tra i diversi approfondimenti è stato il macro tema esemplificato nel

titolo dell'intero Congresso *"Percorsi di Cura tra innovazione, tradizione e consuetudini"* in cui un ruolo di primo piano deve svolgere l'uso appropriato delle risorse per consentire di investire in innovazione e garantire al Paziente la miglior assistenza e al Medico la possibilità di lavorare in condizioni favorevoli.

E proprio con la Sessione sull'Appropriatezza si è aperto il Congresso con un confronto sull'uso appropriato delle risorse in area critica, e sull'appropriatezza dei percorsi terapeutici e sull'eticità nelle cure.

*"Appropriatezza clinica e nell'uso delle risorse sono obiettivi imprescindibili per l'Anestesista Rianimatore"* - ha affermato Adriana Paolicchi, Presidente SIARED - *Le sfide quotidiane nella cura dei pazienti sempre più complessi, come quelli ricoverati in terapia intensiva, devono essere oggi nel segno dell'innovazione e del rispetto dell'autonomia e della dignità di ciascuno. È necessario quindi coniugare il concetto di eticità nelle cure e di sostenibilità, attraverso l'appropriatezza dei comportamenti clinici, recuperando in questo modo risorse che vengono disponibili per l'innovazione".*

All'aspetto etico delle scelte mediche, in particolare di fronte a Pazienti Critici, è stata

dedicata la Lettura Magistrale *"Scienza e Coscienza? Etica e Umanità in medicina"* tenuta da Padre Paolo Benanti, docente della Pontificia Università Gregoriana di Roma, che attraverso un excursus storico/filosofico della medicina e del concetto di morte ha affrontato il tema del fine vita e della sua gestione da parte dei Medici in un'ottica di rapporto medico-paziente concepito come alleanza.

In due Sessioni si è poi parlato di Dolore. Nella prima è stato approfondito il Dolore Acuto e Cronico partendo dal presupposto che il 26% degli italiani soffre di dolore cronico e l'Italia è terza dopo la Norvegia e la Polonia per numero di pazienti affetti da dolore cronico.

Dati che - è stato sottolineato - sicuramente andranno a peggiorare con il graduale aumento dell'età media della vita e che non comprendono la variabile, non poco importante, del dolore acuto. A tal fine, nell'incontro, sono state approfondite terapie e tecniche sempre più avanzate che rendono possibile controllare la sintomatologia e migliorare la qualità di vita di chi soffre. Uno degli interventi ha, inoltre, fatto il punto sulle iniziative in atto per supportare un cambiamento di attenzione nei confronti del dolore, sia da parte di importanti Associazioni scientifiche come l'EFIC (European Fe-

deration of IASP Chapter), sia con la nascita di associazioni di pazienti e organizzazioni professionali come l'EULAP (European League Against Pain).

La seconda Sessione in tema di Dolore è stata, invece, dedicata al Dolore in Travaglio di Parto con un approfondimento sulle tecniche, gli aspetti organizzativi e i dati scientifici.

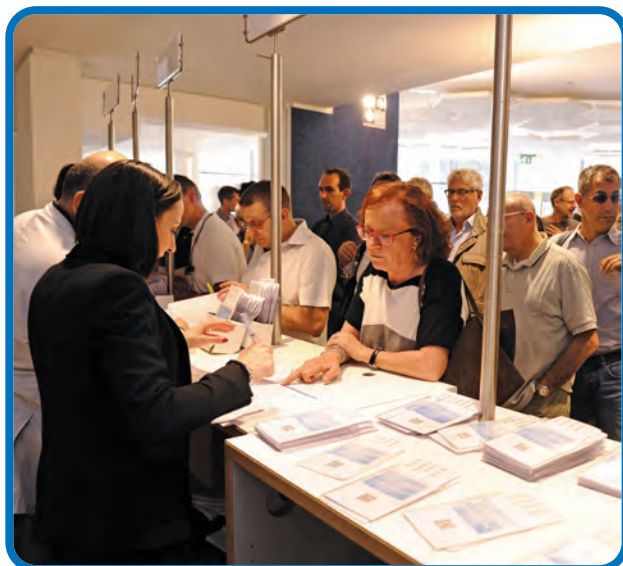
Un sostanziale aspetto approfondito nei 3 giorni di Riva del Garda è stato quello della sicurezza nei vari ambiti in cui l'Anestesista Rianimatore è presente. Tra questi una particolare attenzione si è posta sulla sala operatoria e sui nuovi scenari ad essa collegati come ad esempio la diffusione della NORA.

Altro argomento di primo piano è stato quello dell'Emergenza con relazioni sulle Maxi Emergenze e sui Soccorsi in mare e in montagna e con l'analisi di casi particolari come il naufragio della Costa Concordia e l'incidente del 10 Agosto 2014 che ha coinvolto 3 sub tra cui un Anestesista Rianimatore.

Ad affiancare le diverse Sessioni, si sono svolti i workshop che hanno registrato una grande adesione proponendo anche momenti di formazione pratica come nel caso della gestione delle vie aeree difficili e nell'uso dell'ecografo.

## SPECIALE CONGRESSO SIARED 2015

*Pronti partenza via...si comincia con la registrazione...*



*...i saluti dei Presidenti SIARED e AAROI-EMAC*



*e del Presidente AAROI-EMAC Trento, dell'OMCeO Trento e del DG dell'APSS*



## SPECIALE CONGRESSO SIARED 2015

*E poi tutti in aula, 4 sale in contemporanea per 3 giorni intensi e partecipati...*



*...anche nei momenti di relax*



# SPECIALE CONGRESSO SIARED 2015

## Memorial Marco Rambaldi

“Block US - apprendimento tramite video di blocchi nervosi eco guidati” è il nome del progetto che ha vinto il 1° MEMORIAL “MARCO RAMBALDI” per la realizzazione di una APP rivolta al lavoro degli Anestesisti Rianimatori, che è stato premiato a Riva del Garda nell’ambito dell’11° Congresso Nazionale SIARED e che è stato organizzato con la collaborazione dell’AAROI-EMAC Emilia Romagna. Per la realizzazione dell’Applicazione sono stati stanziati 5000,00 euro dalla Banca Popolare dell’Emilia Romagna, consegnati a chiusura del Congresso. Il Progetto è stato messo a punto dal Gruppo di Lavoro composto dai Dottori De Grandis, Schiavo, Martani, Spigolon, Cantadori dell’UO di Anestesia e Rianimazione O.T.I. diretta dal Dr Cantadori del P.O. Vaio-Fidenza dell’Ausl di Parma. Il Memorial è intitolato a Marco Rambaldi, Direttore dell’UOC di Anestesia e Rianimazione dell’Ospedale S. Agostino Estense di Modena, che ha dedicato la sua attività medica all’insegna dell’innovazione tecnologica in Anestesia e Terapia Intensiva. L’iniziativa è nata da un’idea del Dr Matteo Nicolini (Delegato AAROI-EMAC AUSL Modena) e di tutto il Servizio del Dr Rambaldi.



Il rappresentante del Team vincitore, insieme ai figli del Dr Rambaldi, alle Presidenti SIARED e AAROI-EMAC Emilia Romagna e al Direttore Banca Popolare dell’Emilia Romagna

## Premio Miglior Poster



I rappresentanti dei Team vincitori con Adriana Paolicchi e Umberto Lucangelo, Consigliere SIARED Fvg

A conclusione del Memorial Marco Rambaldi, si è svolta la premiazione per il miglior Poster SIARED 2015. Tra i 43 Poster pervenuti ed esposti nell’area dedicata, il Premio è stato assegnato ex aequo a due lavori presentati nel corso del Congresso: *Ecografia point-of-care nel fallimento di weaning in un caso di trauma toracico* (Servizio di Anestesia Rianimazione Ospedale di Bolzano - Nailescu, Friso, Zanon) e *Svezzamento protocolizzato VS svezzamento non protocolizzato dalla ventilazione meccanica nel paziente critico adulto* (Ciccolini, Ferluga, Iscra, Tisato, Lucangelo, Berlot). La decisione di assegnare due premi deriva dalla volontà di dare un riconoscimento ad un lavoro, basato su un’attività di ricerca e di analisi e ad uno incentrato su un caso clinico.

## La Mostra sull’Elisoccorso



Una storia lunga 30 anni, fatta di soccorsi a pazienti critici, da stabilizzare e condurre in strutture adeguate, e voli, anche per raggiungere pazienti meno gravi che si trovano in zone difficilmente raggiungibili.

Una storia che viene raccontata in un percorso fotografico per ricordare il trentennale della costituzione del servizio di elisoccorso della Provincia Autonoma di Trento.

La mostra “Elisoccorso Trentino...30 anni e forse più!” è stata realizzata in occasione dell’anniversario ed allestita all’11° Congresso Nazionale SIARED che si è concluso oggi a Riva del Garda e che proprio all’elisoccorso ha dedicato alcune relazioni.

“Il 1985 ha segnato una data importante per i cittadini del Trentino – ha ricordato Alberto Mattedi, Presidente AAROI-EMAC Provincia Autonoma di Trento -. In quell’anno infatti è nato il servizio ufficiale di elisoccorso con l’Anestesista Rianimatore obbligatoriamente a bordo”.

## Lo stand Dino Masullo Onlus

Non poteva mancare lo stand della “Dino Masullo Onlus”, l’Associazione costituita nel 2007, in ricordo del Dr Leonardo Antonio Dino Masullo, Anestesista Rianimatore e Tesoriere Nazionale dell’AAROI.

Per tre giorni il Presidente Onorario Giovanna Rosa Alfano, insieme al figlio Matteo Masullo e alla Presidente Mariateresa Balsimelli (nella foto con Marco Chiarello), hanno presidiato lo stand per informare tutti i partecipanti sulle attività svolte e per sensibilizzare gli Anestesisti Rianimatori a devolvere il 5Xmille all’Associazione.



In favore della “Dino Masullo Onlus” la SIARED, in occasione del Congresso, ha donato 10 euro per ogni partecipante alla Cena Sociale e anche l’AAROI-EMAC ha contribuito all’iniziativa, donando una somma corrispondente.

Sono diverse le attività svolte dalla “Dino Masullo Onlus”, attraverso le quali

l’Associazione ha raggiunto risultati importanti, alleviando le sofferenze di molti pazienti e aiutando i loro familiari ad affrontare le conseguenti situazioni di difficoltà.

## E per finire...appuntamento al 2016



## ...ma intanto c’è MySIARED

In occasione del Congresso è stata realizzata e lanciata la APP MySIARED, disponibile su smartphone e tablet iOS e Android, che conterrà i corsi FAD realizzati dalla SIARED. L’Applicazione, che nei giorni precedenti all’evento, ha consentito di accedere a tutte le informazioni relative all’organizzazione e al programma, è tutt’ora uno strumento utile per approfondire alcune delle relazioni congressuali di cui è possibile ascoltare l’audio seguendo al contempo le slides messe a disposizione dai Relatori. Utilizzarla è molto semplice: basta scaricare gratuitamente la APP cercando “MySIARED” in GooglePlay o AppStore. La navigazione è facilmente gestibile attraverso l’apposito Menu. Per ascoltare le relazioni, dalla sezione “programma” bisogna cliccare sui titoli, dove compare l’icona di una telecamera. MySIARED sarà inoltre utilizzata nei prossimi mesi per lanciare nuovi progetti formativi che la Società Scientifica sta definendo in questi giorni. Sulla base di alcune relazioni verranno infatti predisposti corsi FAD.





# ventilatoria nei bambini stione intraoperatoria

ne 27; Number 3; June 2014

sivo. Una percussione asimmetrica, l'ascoltazione e/o la radiografia del torace aiutano a confermare la diagnosi prima dell'inserimento del drenaggio toracico. Nel caso di un broncospasmo perioperatorio associato a ipotensione e ad altri segni d'anafilassi come eritema generalizzato, rush orticarioide o angioedema si deve prendere in considerazione la somministrazione di adrenalina (adrenalina 0,01 mg/Kg endovena) nonostante non sia di-sponibile un'evidenza convincente.

## Steroidi per via sistemica crisi surrenalica

Nei bambini, nei quali si sono somministrati recentemente (< 2 mesi) corticosteroidi, che presentano ipotensione, si deve sospettare una crisi surrenalica acuta. È necessario somministrare idrocortisone tra 50 e 100 mg/m2 endovena seguito da 12,5-25 mg/m2 ogni ora per più di 48 ore.

## Ventilazione meccanica dei bambini asmatici

Nei bambino con asma di media gravità ben controllata occorre applicare i principi generali di una ventilazione meccanica sicura. La ventilazione meccanica diventa una sfida quando è presente l'ostruzione delle vie aeree (ad esempio broncospasmo acuto perioperatorio, asma con persistente ostruzione del flusso aereo nonostante il trattamento medico ottimale o la necessità di un intervento urgente in presenza di esacerbazione dell'asma).

L'evidenza per la ventilazione meccanica nei bambini con esacerbazione acuta dell'asma è scarsa e deriva soprattutto dai dati osservazionali, dati sperimentali sugli animali e da studi sull'adulto.

Generalmente i principi fisiologici della ventilazione meccanica in altre malattie associate all'ostruzione del flusso aereo come la bronchiolite o la fibrosi cistica sono simili alla ventilazione meccanica dei bambini e degli adulti asmatici. Tuttavia le seguenti differenze anatomiche e fisiologiche pongono i bambini in condizioni di maggiore rischio di complicanze determinate dalla ventilazione meccanica: il ridotto diametro del laringe e della trachea che richiede un tubo tracheale più piccolo (resistenze aumentate), le vie aeree periferiche più piccole (sensibili all'edema, alla broncocostrizione o ai tappi di muco), una maggiore richiesta di ossigeno e una minore riserva di ossigeno e una maggiore frequenza respiratoria a riposo (ridotto tempo espiratorio con rischio aumentato d'iperinflazione dinamica).

La ventilazione meccanica nei pazienti con asma esacerbata deve essere considerata una terapia sintomatica, un ponte fino a che la terapia dell'asma non riduce l'ostruzione del flusso aereo. L'obiettivo primario dovrebbe essere quello di ridurre l'insorgenza di complicanze dovute alla ventilazione meccanica. Generalmente durante la ventilazione meccanica l'inspirazione è controllata dal ventilatore, ma l'espirazione è passiva ed è approssimativamente una funzione esponenziale del tempo caratterizzata dalla costante di tempo T = resistenze x compliance. Il paziente asmatico ha una costante di tempo maggiore per le resistenze più alte delle vie aeree. Il grado di ostruzione del flusso aereo non è uniforme all'interno dei polmoni del paziente asmatico. Il più importante principio per ridurre l'iperinflazione dinamica è di permettere un adeguato tempo espiratorio che può essere raggiunto soprattutto ridu-

cendo la frequenza respiratoria e/o riducendo il rapporto I:E (tempo espiratorio lungo rispetto al tempo inspiratorio per un determinato ciclo respiratorio).

In molti ventilatori il tempo inspiratorio ed espiratorio deriva dall'impostazione del flusso inspiratorio, dal TV (volume corrente) e dalla frequenza respiratoria. Non si dovrebbe cercare di aumentare il TV per ridurre la frequenza respiratoria e prolungare il tempo espiratorio poiché questo comportamento determina un'iperinflazione dinamica. Nei pazienti con ostruzione del flusso aereo il picco di pressione inspiratoria delle vie aeree e in minore misura la pressione di plateau inspiratoria misurata con il ventilatore tende a sovrastimare la pressione effettiva alveolare. Si consiglia di non aumentare il tempo inspiratorio a scapito del tempo espiratorio per ridurre il picco di pressione delle vie aeree poiché questo peggiora l'iperinflazione dinamica.

La PEEP aumenta la ventilazione in tutto il polmone e riduce la componente dinamica (come l'iperinflazione dinamica). Si devono evitare livelli elevati di PEEP (sopra l'auto-PEEP) quando si ventilano i pazienti con asma acuta esacerbata poiché determinano una compromissione emodinamica, aumentano la pressione intratoracica senza migliorare l'eliminazione della CO2.

È stato dimostrato che un piccolo valore di PEEP (sotto il valore di auto-PEEP) è utile.

Sebbene nei bambini con bronchiolite la PEEP non sia in grado di migliorare le resistenze espiratorie passive, nei bambini con asma esacerbata è stata usata con successo la PEEP al di sopra di 5 cm H2O senza un aumento significativo della pressione di picco delle vie aeree e una compromissione emodinamica.

L'ipoventilazione permissiva è caratterizzata dall'accettazione di un livello di PaCO2 più alto nel tentativo di evitare i danni da ventilazione meccanica e generalmente è raccomandata nei pazienti asmatici che richiedono la ventilazione meccanica poiché ha dimostrato di ridurre l'iperinflazione dinamica e il volutrauma/barotrauma. L'acidosi respiratoria e l'ipercapnia è ben tollerata e non determina sequele neurologiche.

Si suggeriscono la seguente impostazione iniziale nei bambini asmatici: TV espiratorio: 8-12 ml/Kg; frequenza respiratoria: 12-16 nei bambini inferiori a 5 anni, 10-12 in quelli maggiori di 5 anni; rapporto I:E circa 1:4; pressione di ventilazione (pressione inspiratoria di plateau - PEEP) 25-30 cm H2O per età tra 1-5 anni, 30-35 cm H2O per età maggiore di 5 anni; PEEP 0-4 cm H2O; pressione inspiratorio inferiore a 50 cm H2O; valutazione frequente della curva di flusso espiratorio e conseguente aggiustamento della frequenza respiratoria e del rapporto I:E.

## Ventilazione a controllo di pressione o a controllo di volume

Tradizionalmente la ventilazione a controllo di volume (VCV) è stata la modalità preferita di ventilazione negli asmatici. Il concetto alla base della VCV nelle esacerbazioni dell'asma è di scegliere un TV "sicuro" con una minore considerazione sulla conseguente pressione d'inspirazione. Il flusso inspiratorio resta costante nella VCV mentre è in riduzione nella ventilazione controllata a pressione (PVC). Somministrare un TV con un flusso inspiratorio costante tendenzialmente insuffla un volume maggiore nelle vie aeree meno ostruite che hanno una costante di tempo minore determinando una sovradistensione degli alveoli. Il concetto PVC è di impostare una pressione inspiratoria "sicura". Il vantaggio teorico della PVC è dato da un maggiore flusso inspiratorio iniziale (flusso inspiratorio decelerante) che può somministrare un maggiore volume inspiratorio iniziale alle regioni del polmone con maggiori resistenze delle vie aeree; una pressione inspiratoria costante può espandere prima le unità polmonare meno ostruite (a costante di tempo minore); inoltre una pressione inspiratoria costante può continuare a ventilare le unità più ostruite per un periodo più lungo (a costante di tempo più lunga), determinare una pressione inspiratoria inferiore per una data ventilazione e migliorare lo scambio dei gas rispetto alla VCV.

Uno svantaggio della PCV è che il TV si modifica con i cambiamenti delle resistenze dell'apparato respiratorio. Pertanto è necessario un controllo stretto del TV con frequenti aggiustamenti dell'impostazione della pressione soprattutto se durante l'intervento si modificano le condizioni (ad esempio chirurgia addominale).

È stato suggerito di utilizzare una PVC regolata a volume nella ventilazione meccanica dei bambini con asma esacerbata perché associa i vantaggi di impostare un volume "sicuro" e di avere un flusso in decelerazione (un'insufflazione più rapida all'inizio e più lunga assicurano un TV maggiore con una pressione inspiratoria ridotta). Tuttavia non tutti i ventilatori di anestesia sono capaci di fornire pressioni abbastanza alte ed eseguire una ventilazione PCV regolata a volume.

## Monitoraggio durante la ventilazione meccanica

La curva flusso-tempo espiratoria è di gran lunga la più utile durante la ventilazione di un paziente asmatico per garantire un completo ritorno del flusso espiratorio al valore di base ed evitare intrappolamento di aria e l'iperinflazione dinamica. Altri parametri utilizzati comprendono l'auscultazione del rumore espiratorio del respiro al momento della reinsufflazione, il grado di pendenza della fase di plateau della curva capnografica, il gradiente di pressione tra il picco inspiratorio e il plateau inspiratorio, l'auto-PEEP mediante la valutazione la pressione espiratoria all'equilibrio (fine espirazione) e valutare il grado d'iperinflazione misurando il volume espirato dopo una pausa sufficiente. Nei bambini con asma grave esacerbata che necessitano di chirurgia urgente, può essere utile una linea arteriosa per valutare il grado di acidosi respiratoria. Da notare che gli steroidi per via sistemica possono causare un'alcalosi metabolica con acidosi compensatoria respiratoria da non confondere con l'ipercapnia da affaticamento respiratorio. Inoltre è noto che i β2-agonisti possono causare iperlatticemia e ipokaliemia.

## Conclusioni

L'asma infantile ha un'incidenza elevata e in aumento nel mondo. I bambini asmatici presentano un rischio particolarmente elevato di PRAE. Per ridurre al minimo questo rischio c'è bisogno di identificare questi bambini prima dell'intervento e il trattamento dell'asma deve essere ottimizzato secondo le linee guida della terapia dell'asma. Quest'approccio può migliorare la funzionalità polmonare e ridurre la comparsa di PRAE.

Di crescente interesse, anche se la conoscenza generale è ancora scarsa, sono le nuove strategie di prevenzione basate sulla gestione perioperatoria per ottimizzare la funzione polmonare, minimizzare la BHR e ridurre i danni polmonari durante la ventilazione meccanica. Questo richiede la presenza di uno specialista in anestesia pediatrica, soprattutto durante la gestione non invasiva delle vie aeree, di evitare il desflurano per il mantenimento dell'anestesia e una strategia ventilatoria protettiva dei polmoni.

## Test d'apprendimento

| Quesiti                                                                                                                               |                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nel bambino asmatico può essere utile somministrare in premedicazione:                                                             | a. l'atropina; b. un beta-bloccante; <u>c. la clonidina</u>                                                                                         |
| 2. Nell'assistenza ventilatoria nel bambino asmatico è preferibile utilizzare:                                                        | a. la maschera laringea; b. la maschera facciale; <u>c. non esistono differenze nell'uso di entrambi i presidi</u>                                  |
| 3. Quando si usa il tubo endotracheale nel bambino asmatico è opportuno usare                                                         | a. tubi non cuffiati; <u>b. tubi cuffiati</u> ; c. non esistono differenze sul tipo di tubi                                                         |
| 4. Nei bambini asmatici come analgesici:                                                                                              | a. i FANS sono controindicati; <u>b. i FANS sono da preferire</u> ; c. il paracetamolo è da preferire                                               |
| 5. Nell'eventualità di un'esacerbazione preoperatoria dell'asma quale dose di idrocortisone occorre somministrare per via endovenosa: | a. 6 mg/Kg (massimo 150 mg) ogni 6 ore; b. 2 mg/Kg ogni 6 ore (massimo 80 mg); c. 4 mg/Kg (massimo 100 mg)                                          |
| 6. Come anestetico endovenoso:                                                                                                        | <u>a. è preferibile l'uso del propofol</u> ; b. il propofol è da evitare soprattutto nei bambini allergici all'uovo; c. è preferibile il tiopentone |
| 7. Il miorilassante che con maggiore frequenza libera istamina è:                                                                     | a. il pancuronio; <u>b. il mivacurio</u> ; c. l'atracurio                                                                                           |
| 8. Quale dose di solfato di magnesio è utile somministrare endovena durante le esacerbazioni asmatiche nei bambini di età > 5 anni:   | a. 10 mg/Kg; b. 30 mg/Kg; <u>c. 40 mg/Kg</u>                                                                                                        |
| 9. L'impostazione del TV suggerito nella ventilazione meccanica nei bambini asmatici di età inferiore a 5 anni è:                     | a. TV espiratorio: 6-8 ml/Kg; <u>b. 8-12 ml/Kg</u> ; c. 12-15 ml/Kg                                                                                 |
| 10. Gli steroidi per via sistemica possono causare:                                                                                   | a. iperlatticemia; <u>b. alcalosi metabolica</u> ; c. ipokaliemia                                                                                   |

Le risposte corrette sono sottolineate

## S.S.N. E SS.SS. REGIONALI

**Lazio**  
**Clinica e Assistenza**  
**non possono essere separate**



I Giudici del TAR del Lazio - con la Sentenza n. 6513 del 6 Maggio 2015 - hanno annullato il Decreto n. 259 del 6 Agosto 2014 del Commissario ad Acta della Regione, che riguardava l'Approvazione dell'Atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della regione Lazio, nella parte in cui separava la linea clinica (la cui direzione veniva affidata ai dipartimenti a direzione clinica) da quella assistenziale (il cui governo il decreto affidava alle UUO delle professioni sanitarie).

I Giudici hanno accolto il ricorso dell'ANAAO ASSOMED secondo il quale l'organizzazione del personale infermieristico affidata alla relativa autonoma dirigenza avrebbe potuto generare una confusione di ruolo e di responsabilità che sarebbe andata a discapito del malato, in considerazione del fatto che il malato, pure essendo sotto la responsabilità del Medico dell'UO di appartenenza, avrebbe potuto non ricevere disposizioni da quest'ultimo, ma dal dirigente delle professioni sanitarie a prescindere dal Medico che lo avesse in cura e che ne fosse responsabile. I Giudici hanno preso a supporto della loro tesi sull'illegittimità della separazione delle responsabilità tra attività clinica e assistenziale, anche il Comma 566 della legge di Stabilità.

## AAROI-EMAC Molise

# In Regione ridotta l'attività chirurgica

**La situazione della sanità molisana continua a peggiorare**

Mancano Anestesisti Rianimatori, una carenza ormai cronica che in Molise sta causando l'interruzione degli interventi programmati a Isernia e la drastica riduzione dell'attività operatoria a Campobasso. Una situazione di estrema emergenza che ha spinto il Presidente AAROI-EMAC Molise, David Di Lello, ad intervenire ancora una volta per lanciare l'allarme.

In un recente incontro organizzato dall'Ordine dei Medici della Provincia di Isernia proprio per descrivere la situazione di estrema difficoltà, Di Lello ha denunciato la riduzione forzata degli interventi chirurgici a causa della carenza degli Anestesisti Rianimatori.

*“È un problema ormai cronico - ha affermato il Presidente AAROI-EMAC Molise -. Non è una criticità emersa negli ultimi giorni, ma recentemente si è aggravata comportando una contrazione dell'attività operatoria su Campobasso ed un blocco pressoché totale su Isernia dove ormai vengono garantite solo le emergenze.*

*A Campobasso - prosegue Di Lello - l'attività chirurgica è scesa a sette sedute operatorie settimanali. I pensionamenti sono noti da tempo. Per contratto dobbiamo dare un preavviso di tre mesi rispetto all'ultimo giorno di lavoro prima della pensione. Ma se non siamo nelle condizioni di assumere nuovo personale, se non possiamo riconvertire gli ospedali più piccoli, se la ASREM non può attingere ad altri strumenti per garantire le ore aggiuntive, allora a pagare saranno i cittadini”.*

Una situazione di impasse a danno dei pazienti, ma anche dei Medici che non dovrebbero essere costretti al super lavoro nel tentativo di garantire i servizi.



*“Anche i Medici sono uomini - sottolinea Di Lello -, non possono lavorare 24 ore al giorno”. Ed il pensiero del Presidente AAROI-EMAC Molise va all'imminente periodo estivo con tutte le ulteriori complicazioni che ne deriveranno.*

La risposta ad un simile stato di cose dovrebbe essere immediata *“Da questa situazione se ne esce con una scelta politica di riorganizzazione della rete ospedaliera pubblica e privata. Certe scelte sono incomprensibili. Credo che sia il momento - conclude Di Lello - di rinunciare a campanilismi e localismi. Ho il timore che si stia distruggendo la Sanità pubblica”.*

Che in altre parole vuol dire cominciare ad integrare pubblico e privato, lasciare tre ospedali per acuti a Campobasso, Termoli e Isernia, riconvertendo le altre strutture per la riabilitazione.

## AAROI-EMAC Veneto

# Le domande ai candidati ora toccano al Governatore

**Gli 11 quesiti dell'Intersindacale Veneto a cui dovrà dare risposte concrete il Presidente confermato**

Nel periodo elettorale le OO.SS. del Veneto avevano preparato 11 domande per i candidati alla carica di Governatore. All'indomani delle elezioni toccherà ora a Luca Zaia dare risposte concrete. Di seguito i quesiti proposti:

### 1) INVADENZA PARTITICA IN SANITÀ

La Corte dei Conti e le Istituzioni Pubbliche di sorveglianza e garanzia, negli ultimi anni hanno denunciato i sempre più frequenti e pesanti condizionamenti dei Partiti sulla gestione della Sanità Pubblica.

**COME PENSA DI RIDURRE QUESTA INVADENZA E AFFIDARE LA GESTIONE DELLA SANITÀ E DELLE SUE ATTIVITÀ CLINICHE PREVALENTEMENTE AI MEDICI ED AGLI OPERATORI TECNICI E SANITARI QUALIFICATI?**

### 2) REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI, TECNOLOGICI E FUNZIONALI

Il diritto costituzionale alla salute ed alle cure dello stato di malattia dovrebbe essere garantito in tutto il territorio nazionale anche attraverso l'erogazione corretta dei Livelli Essenziali di Assistenza (L. E. A.). Questa rimane però una vuota enunciazione se contestualmente ciascuna Regione non individua e sancisce i Livelli Essenziali Organizzativi (L. E. O.).

**SI IMPEGNA A CORREGGERE QUESTO ERRORE E A PRIVILEGIARE GLI ASPETTI TECNICI E FUNZIONALI COINVOLGENDO I MEDICI NELLA SCELTA DEI L.E.O.?**

### 3) RIDUZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La letteratura scientifica mondiale attribuisce a una programmazione e organizzazione sanitaria inadeguata, o addirittura errata, almeno il 70 % delle responsabilità nella genesi di errori medici. La stessa sancisce chiaramente che l'unica possibilità di riduzione significativa di tale incidenza è attuabile solamente mediante una rigorosa correzione di tali fattori di rischio.

**COSA INTENDE FARE CONCRETAMENTE PER ADEGUARE LA SANITÀ VENETA IN MATERIA DI SICUREZZA PROGRAMMATICA, ORGANIZZATIVA E CLINICA?**

### 4) MEDICINA DIFENSIVA

La condizione emotiva legata all'ansia costante di incidente e/o errore, esaltata ancor più da carichi di lavoro eccessivi, induce inevitabilmente nel medico un atteggiamento professionale di difesa che genera in Italia una spesa di circa 13 miliardi di euro e nella nostra Regione di circa 1 miliardo l'anno.

**QUALI AZIONI PENSA DI PROPORRE NELL'IMMEDIATO PER CORREGGERE SIGNIFICATIVAMENTE QUESTA SITUAZIONE, TANTO ONEROSA PER LA COMUNITÀ?**

### 5) POLITICA DEL PERSONALE

Da tempo nelle aziende del Veneto, si è affermato strumentalmente il concetto che la sanità pubblica è un costo improduttivo ed il medico che lavora nelle sue strutture è un dipendente costoso e non una risorsa professionale qualificata.

**PENSA DI MODIFICARE DRASTICAMENTE IL COMPORTAMENTO DELLE AZIENDE, PENALIZZANDO LE DIREZIONI AZIENDALI CHE HANNO PERPETRATO TALI ABUSI?**

### 6) LISTE DI ATTESA

Studi scientifici internazionali hanno dimostrato che le cause della lunghezza delle liste di attesa sono molteplici e fra queste le più importanti sono quelle che agiscono sulla domanda. Le azioni che si limitano ad aumentare l'offerta di prestazioni non riducono la lunghezza delle liste, perché contestualmente aumenta anche la domanda.

**SAREBBE DISPONIBILE A UNA AZIONE POLITICA CHE, NELLO STABILIRE I**

**CRITERI DI ACCESSO AI SERVIZI SPECIALISTICI, NON AGISCA SOLAMENTE SULLA SODDISFAZIONE DELLA DOMANDA MA ANCHE E SOPRATTUTTO SUL GOVERNO DI QUESTA MEDIANTE L'UTILIZZO DI CRITERI DI APPROPRIATEZZA?**

### 7) CONSEGUENZE DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Nell'applicare la riorganizzazione si registrerà un consistente numero di Unità Operative che dovranno essere soppresse. In conseguenza di ciò c'è il rischio reale di perdita di professionalità e conoscenze a fronte di un ipotetico risparmio.

**QUALE IMPEGNO INTENDE ASSUMERE LA SUA AMMINISTRAZIONE PER EVITARE QUESTO PERICOLO?**

### 8) DEOSPEDALIZZAZIONE DEI PAZIENTI E STRUTTURE INTERMEDIE

I documenti regionali di programmazione sanitaria stabiliscono che è necessario attivare un'adeguata offerta di “ricovero intermedio” in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia possibile un percorso di assistenza domiciliare

e risulti comunque impropria la ospedalizzazione.

**QUALE IMPEGNO ATTUATIVO CONCRETAMENTE INTENDE PRENDERE LA SUA AMMINISTRAZIONE NEI CONFRONTI DI QUESTO ARGOMENTO? ESCLUDENDO I POSTI LETTO DEI CENTRI SERVIZI (EX CASE SI RIPOSO), COME INTENDE FINANZIARE LA REALIZZAZIONE DEI POSTI LETTO NECESSARI PER LE STRUTTURE INTERMEDIE?**

### 9) CURE PRIMARIE

In un momento storico di grande attenzione ai conti del bilancio, riveste una priorità assoluta il supporto alle cure primarie per intercettare sul territorio tutte le necessità assistenziali che non hanno un bisogno indispensabile di ricovero ospedaliero.

**QUALE IMPEGNO INTENDE PRENDERE PER GARANTIRE ALLE CURE PRIMARIE E ALLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI LE RISORSE E PERSONALE QUALIFICATO PER ASSICURARE AL TERRITORIO LA POSSIBILITÀ DI UNA ADEGUATA ASSISTENZA ED EVITARE IL RICORSO IMPROPRIO ALL'OSPEDALE?**

### 10) RAPPORTO MEDICO - ASSISTITO

La qualità del rapporto medico-assistito è da sempre considerato fattore essenziale per l'esito dell'approccio sia di tipo preventivo che diagnostico - terapeutico. Purtroppo una serie di fattori rischiano di indebolire il primo e fondamentale requisito del processo di cura e assistenza.

**COME INTENDE SALVAGUARDARE NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE IL RAPPORTO MEDICO-ASSISTITO E RINFORZARNE LA CONTINUITÀ FIDUCIARIA?**

### 11) FORMAZIONE CONTINUA DEI MEDICI

La formazione continua nella professione medica è un processo permanente e rappresenta, assieme all'esperienza clinica e allo studio/aggiornamento autonomo, uno dei cardini della crescita professionale dei medici. La Regione delega ora i percorsi di formazione continua di tutti i medici ad organismi esterni alle professioni.

**COME RITIENE CHE POSSA ESSERE GARANTITA LA FORMAZIONE CONTINUA DEI MEDICI, FINALIZZATA ALLA SODDISFAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI, SENZA IL COINVOLGIMENTO DELLE PROFESSIONI IN OGNI SUA FASE?**



# I contributi previdenziali dei Medici utilizzati come tappabuchi

La confluenza del CPS nell'Inpdap e poi nell'Inps ha smantellato l'attivo previdenziale dei Medici

Il mondo Medico, in sede previdenziale, presenta una particolare condizione che contraddistingue i Medici a rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario e liberi professionisti, da coloro che sono dipendenti delle aziende sanitarie diffuse nel territorio.

Per i primi, l'ente a cui confluiscano i loro contributi e che paga i trattamenti di coloro che vanno in pensione, è l'Enpam. Una fondazione privatizzata nel 1995 che, da alcuni anni, grazie anche ad importanti interventi regolamentari ed oculati investimenti, ha portato il proprio bilancio ad un costante attivo e alla sicurezza di poter esaudire le richieste previdenziali dei propri iscritti con tranquillità per il futuro.

Per i Medici dipendenti questi traguardi positivi erano presenti sino al 1995, anno in cui la loro cassa pensioni, la CPS, fu fatta confluire nel nascente Inpdap. Una confluenza che ha portato, in pochi anni, allo smantellamento del vasto attivo della stessa Cassa accumulato negli anni precedenti allorché faceva riferimento al Ministero del Tesoro.

| Cassa Pensioni Sanitari |          |          |            |
|-------------------------|----------|----------|------------|
|                         | ENTRATE  | USCITE   | DIFFERENZA |
| 2000                    | 2.423,82 | 1.368,24 | +1.055,58  |
| 2001                    | 2.758,71 | 1.467,35 | +1.291,36  |
| 2002                    | 2.755,81 | 1.599,75 | +1.156,06  |
| 2003                    | 2.803,71 | 1.731,20 | 1.072,51   |
| 2004                    | 2.824,98 | 1.849,62 | +975,36    |
| 2005                    | 2.949,30 | 1.926,18 | +1.023,12  |
| 2006                    | 3.641,96 | 2.140,78 | +1.501,18  |
| 2007                    | 3.310,86 | 2.284,20 | +1.026,66  |
| 2008                    | 3.521,21 | 2.486,90 | +1.034,31  |
| 2009                    | 3.472,34 | 2.746,11 | +746,23    |

Dati in milioni di euro

L'accumulo delle riserve della CPS, al 1995, era rappresentato da una vastissima proprietà immobiliare (circa 40mila abitazioni) e da una consistente disponibilità di cassa di circa 14 mila miliardi di lire. Questa situazione, nata da un annuale e costante attivo prodottosi anche negli anni successivi alla confluenza nell'Inpdap, (circa un miliardo di euro l'anno) e realizzatosi, nel tempo, grazie ai contributi dei sanitari, i più alti di tutto il pubblico impiego, avrebbe potuto garantire ai circa 130 mila Medici in servizio e ai circa 60 mila pensionati del settore un futuro previdenziale di tutto rispetto e di tranquillità. Pensionati, presenti e in gran parte anche futuri, legati al sistema di calcolo retributivo, ma così non è avvenuto: il costante deficit delle altre casse previdenziali confluite nell'Inpdap è stato per anni ripianato utilizzando l'attivo della CPS. E lo stesso Inpdap in pieno dissesto è stato fatto confluire nell'Inps per impedirne il fallimento.

Oggi, l'Inps, per cercare di parare i buchi del suo bilancio, porta avanti, per alcune categorie di lavoratori, l'ipotesi di ricalcolare i trattamenti pensionistici passati con il sistema contributivo. Ma se tale iniziativa potrebbe avere motivo di esistere in alcuni casi, in cui la contribuzione fosse stata nulla o limitata, anche se è tutto da verificare, per i professionisti Medici sarebbe davvero un vero e proprio "furto". Non contenti di far pagare, sempre agli stessi, i contributi di solidarietà e sottoporli ai bloc-

| Casse e Gestioni ex Inpdap | Situazione patrimoniale al 1/01/2012 | Movimento economico dell'anno 2012 | Situazione patrimoniale al 31/12/2012 |
|----------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ENPAS                      | 2.342                                | -245                               | 2.097                                 |
| INADEL                     | 5.117                                | -312                               | 4.805                                 |
| ENPDAP                     | 44                                   | -8                                 | 36                                    |
| CPDEL                      | -30.947                              | -5.859                             | -36.806                               |
| CPI                        | 179                                  | -13                                | 166                                   |
| CPUG                       | 113                                  | 3                                  | 116                                   |
| CPS                        | 20.640                               | -52                                | 20.588                                |
| CPTS                       | -15.148                              | -845                               | -15.993                               |
| CREDITO                    | 7.290                                | 212                                | 7.502                                 |
| Ex ENAM                    | 101                                  | -5                                 | 96                                    |

Dati in milioni di euro

chi della perequazione, ormai una costante per i trattamenti lievemente superiori ai minimi, modificare gli assegni di coloro che hanno, in decenni di alta contribuzione, costruito un sereno loro futuro, sarebbe una grave ingiustizia.

Ora è comprensibile che le pensioni intorno ai tremila euro possano sembrare a molti, che ne percepiscono e ne percepiranno con importi inferiori, trattamenti vantaggiosi, ma lo sarebbero se nascessero dal nulla o dal poco anziché dalla costante ed elevata contribuzione del passato e del presente. Un lavoratore onesto, bersaglio perfetto della spremitura fiscale in quanto dipendente pubblico, e contribuente attivo per anni, costruttore di una sua previdenza, di sicuro futuro, se lasciata alla gestione della stessa categoria e non sottratta senza alcun contraccambio non può e non deve poter vedere annullati gli sforzi del passato e stracciato il patto che era stato sottoscritto dallo stesso Stato.

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali

## Opzione Donna

Una class action per "sbrogliare la matassa"

Per poter utilizzare la cosiddetta Opzione Donna, ex articolo 1, comma 9 della Legge n. 243/2004, che permette alle lavoratrici dipendenti di poter andare in pensione con 57 anni d'età (più tre mesi al 2013, legati all'aumento dell'aspettativa di vita) e 35 anni di contributi, è stato più volte sottolineato che i requisiti devono essere posseduti entro il 31 Dicembre 2015 compresa la "finestra mobile" di 12 mesi prevista dalla Legge n. 122/2010. Tuttavia a seguito di diverse perplessità sorte in merito al fatto che i requisiti richiesti debbano o meno essere posseduti entro il 31 dicembre 2015, l'Inps, ultimamente, con il messaggio n. 9304 del 2 dicembre 2014, ha segnalato a tutte le sue strutture territoriali che le eventuali domande di pensionamento d'anzianità, in regime sperimentale, presentate dalle lavoratrici che perfezionano i requisiti anagrafici e contributivi entro il 31 Dicembre 2015, ancorché la decorrenza della pensione si collochi oltre alla medesima data, non devono essere respinte, ma tenute in apposita evidenza. Di fatto si è determinato un vero e proprio scarica barile fra Inps e Governo, perché l'istituto previdenziale, da un canto, ha accettato di ricevere le domande ma non si è pronunciato sulla proroga essendo, di fatto teoricamente già scaduta la finestra per uscire dal lavoro alle donne che scelgono tale condizione, con 57 anni e tre mesi, e attende una presa di posizione da parte del Ministero del Lavoro.



Ma le lavoratrici interessate non sono rimaste ferme ad attendere che la matassa venisse risolta da sola. Il Comitato "Opzione Donna" si è messo a lavoro per una Class Action con cui viene chiesta la cancellazione delle due circolari Inps, del 2012, che hanno creato la situazione di conflitto. Ricordiamo che le due circolari (n. 35 e 37 del 2012), hanno incluso, in modo evidentemente arbitrario, le "finestre mobili" al tempo vigenti (12 mesi per i dipendenti e 18 mesi per gli autonomi), riducendo di un anno il regime sperimentale connesso all'opzione donna. L'istanza è stata depositata con oltre 500 sottoscrizioni al Tar. E sarà proprio il Tar del Lazio a doversi pronunciare sull'azione di tante lavoratrici che chiedono di estendere

questa particolare forma di pensionamento a tutte le donne che abbiano i requisiti corretti ovvero 57 anni d'età e 35 anni di contribuzione.

La possibilità di un pensionamento anticipato, peraltro con l'ottenimento di un assegno interamente calcolato con il sistema contributivo, che di fatto riduce del 20 - 25 % il trattamento previsto con il sistema retributivo, era stato introdotto dalla riforma Maroni del 2004 in forma sperimentale e sino al 31 Dicembre 2015.

Pur a fronte di una significativa riduzione dell'importo pensionistico le donne interessate a questa opzione sono negli anni aumentate sino a raggiungere e superare il limite delle ottomila domande negli ultimi anni.

Il ricorso al Tar arriva dopo che lo stesso comitato ha presentato, lo scorso Ottobre, una diffida all'Inps prevista proprio dalla class action. Non essendo stata risolta la questione nei novanta giorni previsti dopo la diffida, il Comitato ha formalizzato al Tar la richiesta di sancire la nullità delle circolari Inps, e disporre che l'Istituto e il Ministero del Lavoro ripristinino in pieno la possibilità di accedere all'opzione donna a tutte le lavoratrici che maturino i requisiti richiesti entro il 31 dicembre 2015.

G. T.

## Libertà di espressione sul lavoro

Sul diritto dei dipendenti di aziende ospedaliere a manifestare opinioni sull'andamento delle attività aziendali

Il diritto alla libera manifestazione del pensiero è la norma cardine dell'ordinamento costituzionale italiano e non può subire sanzioni e limitazioni se non sono previste dalla legge. È il caso della diffamazione - lesione della altrui reputazione -, punita in sede penale e fonte di risarcimento. Sussiste la diffamazione solo se l'autore non ha rispettato taluni limiti - aventi carattere eccezionale per la preminenza del diritto di libera manifestazione del pensiero - posti a tutela dell'altrui reputazione.

I limiti sono:

- la verità;
- la correttezza della forma;
- l'interesse pubblico.

In altri termini si può legittimamente ledere l'altrui reputazione e l'immagine se le "accuse", i rilievi, le notizie sono falsi. Se trattasi di giudizi e critiche questi devono avere una base fattuale vera. Inoltre le frasi devono essere espresse in forma corretta (continenza) e non devono trasmodare in contumelie o gratuiti attacchi. Infine deve sussistere un apprezzabile interesse pubblico alla conoscenza. Tali principi valgono per tutti i cittadini italiani e dunque anche per i lavoratori dipendenti.

L'art. 1 dello Statuto dei Lavoratori statuisce come fondamentale il diritto del lavoratore alla piena libertà di espressione nel posto di lavoro. Molti regolamenti aziendali recanti codici di comportamento per il personale prevedono, per esempio, che il dipendente debba evitare comportamenti che possono nuocere agli interessi e all'immagine dell'azienda e che debba astenersi da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda stessa.

Orbene, va chiarito che il dovere di astenersi dall'offendere l'Azienda con dichiarazioni pubbliche è niente altro che una reiterazione (anche pleonastica sul piano giuridico) del generale divieto di diffamazione che grava su tutti. Conseguenza che non c'è illecito disciplinare (né di altra natura) se nell'esercizio del fondamentale art. 21 della Costituzione il dipendente rilascia dichiarazioni pubbliche aventi i caratteri della verità, della correttezza della forma e dell'interesse pubblico. Massimamente in una materia quale il diritto alla salute e al buon esercizio del servizio sanitario, per di più di una struttura pubblica! (rif art. 21 ma anche 32 della Costituzione - Diritto alla Salute).

Sarebbe veramente pericoloso, per la democrazia e il pubblico interesse alla conoscenza, che il potere/in certi casi dovere morale se non anche giuridico/di manifestazione del pensiero e di critica sia erroneamente ritenuto dai medici dipendenti addirittura vietato. Così come pacificamente affermato dalla giurisprudenza del lavoro.

Avv. F. Barra Caracciolo  
in collaborazione con la Dr.ssa Rossana Spatola

# “La gioia di aiutare gli altri ed esprimere se stessi”

**Dal Kosovo al Camerun fino all'assistenza domiciliare: il racconto di anni di volontariato**

*“A vita è tosta e nisciuno ti aiuta, o meglio ce sta chi t'aiuta, ma una vota sola, pe' pute' di: l'aggio aiutato”.*

Così il grande Eduardo De Filippo esprimeva il suo pessimistico concetto di solidarietà nella commedia “Questi fantasmi”. Io sono però convinto che la realtà sia molto diversa, soprattutto in ambito sanitario.

Il problema è che le poche notizie di “malasanità” sovrastano nel clamore giornalistico e nell'immaginario collettivo la stragrande maggioranza di operatori sanitari che, con professionalità ed onestà, ogni giorno esercitano la loro, spesso difficile, professione, anche al di là dei propri stretti compiti istituzionali. Frequentemente in silenzio, senza clamori e senza megafoni amplificativi. Anche per fuggire dalle gabbie di un sistema sanitario aziendalistico, più attento al bilancio economico che ai reali bisogni di chi soffre. Sistema che si concentra quasi esclusivamente sul concetto anglosassone di “cure” (cura), piuttosto che sul più completo approccio di “care” (prendersi cura). È stata questa profonda insoddisfazione del sentirmi parte, e “complice”, di uno “stile assistenziale” che non ho mai condiviso in pieno, ad indirizzarmi, quasi inevitabilmente, verso il volontariato.

Volontariato inteso nella sua espressione più nobile, quella di impegnare una parte del proprio tempo libero ad aiutare gli altri, senza ottenerne un ritorno economico, ma anche nella sua possibilità di esprimere al meglio sé stessi senza inutili orpelli burocratici, senza schemi assistenziali rigidi ed immutabili, senza subire imposizioni e dictat da parte di dirigenti espressione spesso solo di un potere politico.

In un salutare riappropriarsi della propria libera espressione di operatore sanitario, ma anche di gratificazione nel sentirsi partecipe di un processo indirizzato al benessere di chi ha bisogno di noi, attenti a quel processo solidaristico che rappresenta la parte più nobile della nostra professione.

Sono un Medico Anestesista Rianimatore, da più di 32 anni in servizio presso l'IRCCS Istituto Tumori “Giovanni Paolo II” di Bari, e probabilmente anche l'essermi scontrato inevitabilmente con la sofferenza, fisica ed esistenziale, di così tante persone, mi ha condizionato e stimolato maggiormente a sviluppare forme alternative di aiuto nei confronti degli altri. La mia prima importante esperienza in questo settore è iniziata nel 2000, durante la guerra del Kosovo.

Appresi dagli organi di stampa della necessità di supporto sanitario presso una Missione Caritas in Albania, più precisamente a Kavaje, a 15 chilometri da Durazzo, per un campo profughi di 2.000 persone, gestito dalle Suore del Cenacolo Domenicano, in situazioni logistiche, ambientali e sanitarie estremamente precarie.

Forte della nostra caratteristica di Anestesisti formati ed addestrati all'emergenza, decisi subito di partire, anche perché stanco di continuare a sentire parlare da parte degli organi di stampa di “guerra giusta” o di “guerra umanitaria”. Le guerre, e la storia ce l'ha purtroppo insegnato, sono sempre e solo dettate da interessi economici o politici, e mai considerano quelli che vengono ipocritamente descritti come “danni collaterali”, ossia morti, feriti, mutilati. Sono rovine, sangue, terrore, disperazione. Sono umiliazioni e soprusi. Sono ferite permanenti dell'anima.

Questi furono i sentimenti e i problemi che mi impattarono violentemente appena giunto ad operare sul posto, in un'immensa bolla dantesca, con la sensazione che un breve viaggio di soli 40 chilometri mi avesse proiettato in un salto temporale nel passato. Mi ritrovai sbalzato, alle porte del nostro egoistico e opulento benessere occidentale, in una realtà che mi ricordava più il Medioevo che il nuovo millennio. E ciò pur senza scontrarmi direttamente con la guerra guerreggiata, ma solo con i racconti di chi l'aveva subita. Racconti fatti di degrado, di paura, di torture, di stupri, di visioni agghiaccianti di uccisioni di persone care, di bombardamenti, di

case distrutte, di fughe angoscianti. Racconti intrisi di disperazione, di impotenza, di incredulità.

Le esigenze sanitarie ed assistenziali erano enormi, soprattutto perché ero l'unico Medico ad operare in quel campo, con drammatiche carenze di farmaci e presidi sanitari, in difficilissime condizioni ambientali ed igieniche. Si iniziava ad operare al mattino e si finiva la sera, non perché esaurito il proprio compito, ma perché non c'era luce per mancanza di energia elettrica.

Ci si interessava di tutto, dalla pediatria, alla geriatria, alla piccola chirurgia, alla gestione terapeutica delle varie patologie presenti, in persone ovviamente anche debilitate perché iponutrite. Ma la malattia più diffusa e più grave era la disperazione. Ricordo che il farmaco più somministrato era il Valium. La mia permanenza fu di 3 settimane, attinte esclusivamente dal mio monte di ferie ordinarie (ci sono poche tutele normative contrattuali per chi fa volon-



tariato!). Dopo due mesi, alla fine del conflitto, tornai in Albania, ma solo come tappa di passaggio per recarmi in Kosovo, in un'altra Missione Caritas, sulle tracce dei profughi rientrati in patria. E lì toccai con mano i segni diretti della guerra: case bruciate e bombardate, feriti spesso molto gravi, situazione logistica difficilissima, anche perché buona parte del territorio era stato minato dai Serbi prima di ripiegare.

Sono state esperienze che mi hanno profondamente segnato, non solo per l'inevitabile impatto emotivo, non facile da sopportare e da metabolizzare, ma come mio importante momento di crescita, sia professionale che personale. Al contrario di quanto si possa superficialmente pensare, profondamente arricchito come individuo.

Tanto che la collaborazione con le Suore è continuata fino ai nostri giorni, con un mio personale supporto sanitario rivolto ai cittadini più sfortunati e più poveri, che, con il progressivo miglioramento dei parametri sociali ed economici dell'Albania, è diventato sempre meno direttamente assistenziale, e sempre più incentrato sulla collaborazione internazionale ad iniziative umanitarie o alla realizzazione di strutture di supporto logistico alla popolazione.

Altra esperienza significativa nel settore del volontariato si è svolta nel Novembre 2009, essendomi recato, con altri 3 Medici (un Chirurgo Senologo, un Ginecologo e un Radiologo), sotto il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Bari, in Camerun, presso l'Ospedale Saint Vincent de Paul, Missione Cattolica Caritas di Dschang, nella Diocesi di Bafoussam, a circa 500 Km dalla Capitale Yaoundé. In tale nosocomio fu svolto supporto sanitario, espletando con successo alcuni interventi chirurgici oncologici, sia senologici che ginecologici, ma soprattutto formando e guidando il Personale locale su metodiche chirurgiche più all'avanguardia e sull'utilizzo di alcune apparecchiature radiologiche non utilizzate secondo le loro potenzialità, per mancato addestramento specifico.

Fu portata avanti, inoltre, un'opera di divulgazione, sia educativa, sia formativa, sia pratica, per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina, mediante l'uso del Pap-Test. Anche qui in condizioni logistiche ed igieniche estremamente precarie, con un impatto drammatico su quello che rappresenta veramente il Terzo Mondo.

Nel 2010 è iniziato un altro percorso non istituzionale del mio cammino professionale. Il 4 febbraio ho contribuito a fondare, insieme ad Infermieri e Psicologi, l'Associazione Onlus “Butterfly - Cure Palliative Domiciliari”, di cui sono Presidente, che è nata con l'obiettivo di trasportare sul territorio le competenze non solo mie, ma anche dell'equipe che con me collabora, in questo importantissimo settore della Medicina, molto spesso trascurato.

Infatti da più di 20 anni sono Responsabile, presso il mio Istituto, di un Ambulatorio di Medicina del Dolore e di Cure palliative, scontrandomi con la criticità di “perdere” i miei pazienti nel momento in cui avevano più necessità di me, cioè quando, con il peggiorare del quadro clinico, non erano più in grado di raggiungere l'Ospedale. Delegandone ad altri il loro percorso finale, sprecando in questa maniera l'enorme bagaglio di conoscenza, di intimità, di empatia, di “compassione” (da cum patire - soffrire insieme) sviluppato con loro nel tempo. L'Associazione è stata fondata quindi con questo impegno prioritario, di garantire una continuità assistenziale doverosa, ma molto spesso non attuata in pieno. L'attività viene svolta, in convenzione con la ASL, a titolo assolutamente volontaristico da parte degli operatori, e senza alcun onere di spesa per gli assistiti, tramite equipe multidisciplinare, altamente specialistica, che affronta le problematiche delle persone sofferenti in chiave olistica.

L'equipe comprende operatori sanitari e non, nell'ottica del soddisfacimento dei bisogni fisici, psicologici, sociali, relazionali e spirituali delle persone, con particolare attenzione alle necessità di trattamento medico-psicologico e di assistenza infermieristica.

Per la migliore e più completa presa in carico dei pazienti, e della più ottimale gestione dei loro complessi bisogni, fanno parte attiva dell'Associazione, oltre che Medici Anestesisti Terapisti del Dolore ed Infermieri, con specifica esperienza nel settore delle Cure Palliative, anche Psicologi esperti in Psico-Oncologia, Operatori Socio-Sanitari, Medici di Medicina Generale, Farmacisti ed anche Avvocati (per ausilio di tipo legale e burocratico alle famiglie, in particolare per le pratiche socio-assistenziali).

Inoltre, in chiave di Consulenza Specialistica, rientrano nell'Associazione anche Oncologi, Otorinolaringoiatri, Chirurghi. L'unità di cura è rappresentata dall'intero nucleo familiare, oltre che dalla persona sofferente, e si sviluppa fino alle fasi finali di vita, comprendendo anche i momenti di elaborazione del lutto. Ho riflettuto a lungo sull'utilità di trasferire queste mie righe a dei Colleghi, e chi mi conosce sa quanto poco rappresenti il mio carattere tutto ciò che possa sembrare autocelebrativo, anche perché poco adatto all'atteggiamento schivo che sono convinto dovrebbe avere sempre un vero volontario. Ma poi mi sono convinto che le esperienze, e le emozioni, è giusto che siano condivise, perché possono creare il germe e lo stimolo ad altri entusiasmi, che possano permettere di continuare a farle vivere. Perché il modo più autentico per comprendere tali valori è proprio nello sperimentarli.

In un periodo storico caratterizzato dall'immagine stereotipata dei piccoli egoismi e degli interessi personalistici che impererebbero nella società, il testimoniare che un altro mondo sia possibile e che un altro modo di intendere la nostra professione possa essere realizzato spero possa creare nei più giovani degli atteggiamenti virtuosi e “alternativi”. Anche perché, come amo ripetere spesso, in questo settore si riceve molto più di quello che si dona.

Dr Ferruccio Aloè  
Presidente Ass. Butterfly – cure palliative domiciliari

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

### Critico

Paziente critico (quello grave). Area critica (quella dell'emergenza). Criticità (quella da individuare e da risolvere). Critica della Ragion Pura (quella di Kant).

**Critico:** il dizionario Zingarelli ne dà 4 definizioni. “Analisi critica” di opere artistiche. “Spirito critico”, che giudica, biasima, condanna. “Momento critico”, difficile, pericoloso. “Fase critica”, che ha relazione con la crisi.

**Crisi:** 3 definizioni. “Rapido cambiamento in meglio o in peggio delle condizioni di una malattia”. “Accesso” (crisi epilettica, di nervi, di pianto). “Fase della vita individuale o collettiva particolarmente difficile da superare e suscettibile di sviluppi più o meno gravi” (crisi coniugale, religiosa, monetaria, di coscienza, di governo).

La malattia, o qualunque altro evento critico dovrebbero stimolare il nostro spirito critico e analitico. Stimolare a che cosa? A criticare (implacabilmente), a passare al setaccio la situazione per capire meglio quello che sta succedendo.

Criticare deriva dal verbo greco *krino*, *giudico*, *distinguo*, *discrimino*.

Cesare (*De bello Gallico*, 38), di un attacco della cavalleria germanica all'accampamento romano, scrive “*Res in summo erat discrimine*”: la situazione era critica. Ovvero da discriminare.

Discriminiamo dunque, non recriminiamo. Facciamo delle distinzioni.

Per te, che cosa è veramente importante? Per te, che cosa è secondario e, quindi, trascurabile?

Quando ti sei chiarito bene le idee e ti sei dato una risposta, trascura tutto, meno l'essenziale.

D'accordo: molte cose sono trascurabili. Nulla però è “incurabile”, cioè nessuna cosa è da considerare “ineluttabile”, cioè “da lutto”, morta e sepolta. Nessun evento è senza possibilità di

rimediare in qualche modo. E ancor più la malattia. Nessun malato è “trascurabile”, lo sappiamo bene, ma nessun malato lo dobbiamo considerare “incurabile”, anche se gli abbiamo diagnosticato tumori o dolori cronici “intrattabili”, o depressioni “incontattabili”.

In un discorso tenuto a Indianapolis il 12 aprile 1959 John F. Kennedy disse una frase che continuò a ripetere in ogni sua apparizione: si riferiva ai due ideogrammi della parola cinese wēijī, crisi. “Scritta in cinese la parola crisi è composta di due caratteri. Uno rappresenta il pericolo e l'altro rappresenta l'opportunità”.

Il male non è solo l'irriducibile opposto del bene - commenta il medico e studioso della psiche Enrico Facco - da solo esso non esiste: i grandi artisti della storia ci dimostrano con le loro opere che perfino la malattia può trasformarsi in una risorsa, nel genio e nella mente pronta a cogliere la diversità e a continuare il suo cammino. (“Esperienze di premorte: scienza e coscienza al confine tra fisica e metafisica” - 2010)

In terapia intensiva (area critica per definizione) si ritrova ogni tanto una sindrome particolare. L'acronimo suona come il discrimen di Cesare: **CRIMYNE**. La “CRITICAL Illness MYopathy and Neuropathy” è una grave disfunzione dei muscoli e dei nervi periferici che si sviluppa “indiscriminatamente” (senza una causa precisa) in caso di sepsi, la setticemia, o in caso di compromissione di molti organi (MOFS). Un paziente cioè, superata la fase critica, si risveglia paralizzato e la riabilitazione sarà lunghissima.

Crisi, criticità, crimine. Cose su cui si recrimina. Come è facile criticare!

Un antico detto dei Pellerossa ammonisce: “Prima di giudicare una persona, cammina per tre lune nei suoi mocassini”.

# QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

**Tutti gli Iscritti possono inviare i loro Quesiti a: [quesiti@aaroiemac.it](mailto:quesiti@aaroiemac.it)**

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

## LAVORO E FORMAZIONE



**Quesito:** È lecito effettuare il turno di mattina e poi nel pomeriggio fare un corso ECM oppure quel giorno deve essere dedicato per intero all'aggiornamento?

**Risposta:** Pur non esistendo una norma che chiarisca il quesito si sottolinea che l'aggiornamento professionale può essere garantito dalle ore non assistenziali o dagli 8 giorni di congedo straordinario ex art. 23 CCNL 1994/97.

Sarebbe raccomandabile stilare un regolamento per l'aggiornamento in ciascuna Azienda Sanitaria concertato tra le OO.SS. e la Direzione Generale nel quale venisse chiarito questo aspetto con il riconoscimento anche di tutte le ore utilizzate per l'aggiornamento nella stessa giornata in cui si è effettuato un turno lavorativo. È da aggiungere che nello stesso regolamento sarebbe ottimale dare pari dignità (come da CCNL) alle ore non assistenziali dedicate all'aggiornamento ed a quelle assistenziali garantendo la possibilità di effettuare l'aggiornamento anche di sabato (se si lavora su cinque giorni) e nei giorni festivi.

D.M.

## TIMBRO E TURNO

**Quesito:** A cosa va incontro il dipendente che risulta timbrato nonostante non sia prevista la sua presenza nella programmazione dei turni?

**Risposta:** La gestione dell'orario di lavoro, i limiti orari di ciascun turno e la sua distribuzione nelle varie attività è compito del Direttore di Struttura Complessa che deve commisurare le attività erogabili dalla Struttura al debito orario totale dei Dirigenti Medici dell'Unità Operativa, vigilando peraltro sul rispetto delle sue disposizioni. Per diretta conseguenza il dipendente che risulta timbrato nonostante non sia prevista la sua presenza nel tabulato turni, in assenza di esigenze di servizio, potrebbe andare incontro ad un procedimento disciplinare.

D.M.

## ASPETTATIVA PER TRASFERIMENTO ALL'ESTERO

**Quesito:** In caso di trasferimento all'estero si ha diritto all'aspettativa? Di quanto?

**Risposta:** Il CCNL 2004, articolo 10, comma 8 recita: *L'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità è altresì concessa al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a domanda, per:*

- ... (omissis)
- tutta la durata del contratto di lavoro a termine se assunto con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda o ente del comparto, ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto. L'aspettativa prevista dall'art. 23 bis del d.lgs 165 del 2001 per attuare la mobilità pubblico - privato si applica esclusivamente nei casi in cui l'incarico sia conferito da Organismi pubblici o privati della Unione Europea o da ospedali pubblici dei paesi dell'Unione stessa o da Organismi internazionali. L'incarico già conferito al dirigente dall'azienda o ente che concede l'aspettativa è sospeso per la durata dell'aspettativa e prosegue al suo rientro a completamento del periodo mancante sino alla valutazione. Durante l'assenza, in rapporto alla durata dell'aspettativa, si applica l'art. 18 comma 1 o 5 del CCNL 8 giugno 2000;

Tuttavia, tale automatismo di concessione, "a domanda", è stato sottoposto a concessione dell'amministrazione di appartenenza, a partire dall'entrata in vigore del D.Lgs 150/2009, che ha modificato il D.Lgs 165/2001, con l'art. 23-bis, che recita:

*"1. In deroga all'articolo 60 del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n.*

*3, i dirigenti delle pubbliche amministrazioni, nonché gli appartenenti alla carriera diplomatica e prefettizia e, limitatamente agli incarichi pubblici, i magistrati ordinari, amministrativi e contabili e gli avvocati e procuratori dello Stato sono collocati, salvo motivato diniego dell'amministrazione di appartenenza in ordine alle proprie preminenti esigenze organizzative, in aspettativa senza assegni per lo svolgimento di attività presso soggetti e organismi, pubblici o privati, anche operanti in sede internazionale, i quali provvedono al relativo trattamento previdenziale".*

Pertanto, ad oggi, nello specifico caso di incarico lavorativo presso soggetti e organismi, pubblici o privati, anche operanti in sede internazionale, la concessione dell'aspettativa è subordinata alle preminenti esigenze organizzative dell'amministrazione di appartenenza, alla quale però non è stato abolito l'obbligo di motivarne l'eventuale diniego.

D.M.

## GUARDIA PER URGENZE

**Quesito:** L'Anestesista di guardia per le urgenze pomeridiane può effettuare attività chirurgica di routine?

**Risposta:** L'attività chirurgica d'urgenza va garantita dall'organizzazione interna della Struttura Complessa di Anestesia Rianimazione e va previsto un collega dedicato a tale attività nei turni di servizio.

Sarebbe opportuno che per ciascun turno di servizio fossero specificati i compiti di ciascun dirigente, incluso naturalmente il nominativo del medico destinato a fronteggiare le emergenze/urgenze che, come logica conseguenza, non dovrà effettuare attività chirurgica di routine.

D.M.

## GRADUATORIA ASL

**Quesito:** È lecito che una ASL utilizzi una graduatoria di concorso di un'altra ASL? In caso di mancata accettazione presso una sede diversa dalla ASL che aveva bandito il concorso si è esclusi dalla graduatoria?

**Risposta:** La norma che regola la possibilità di utilizzo di graduatorie di aziende diverse è scritta nell'articolo 4 del Decreto Legge 31 agosto 2013 n. 101 (convertito nella Legge 125/2013)

Dato che la norma in esame prescrive: *"Resta ovviamente ferma la salvaguardia delle posizioni occupate nella graduatoria dai vincitori e idonei per le assunzioni a tempo indeterminato"* appare chiaro che, in caso di non accettazione di sede diversa rispetto alla sede dove si è vinto un concorso, non si debba decadere dalla graduatoria.

D.M.

## COMPENSI PRONTA DISPONIBILITÀ

**Quesito:** I compensi relativi alla pronta disponibilità, tanto l'indennità quanto lo straordinario, rispondono ad un tariffario nazionale? C'è una regolamentazione?

**Risposta:** I turni di pronta disponibilità di 12 ore prevedono un'indennità pari a 20,65 €.

Per quanto riguarda le ore effettuate in seguito a chiamata durante un turno di pronta disponibilità, queste sono classificate come straordinario ed è facoltà del singolo collega il loro recupero o la loro remunerazione. Riguardo quest'ultima, il CCNL normativo 2006 - 2009, primo biennio economico, all'art. 25 specifica che la retribuzione oraria per il lavoro straordinario, maggiorata del 15% è fissata in € 25,78. In caso di lavoro notturno o festivo la tariffa maggiorata del 30% è pari a € 29,14 ed in caso di lavoro notturno festivo maggiorata del 50% è pari a € 33, 63.

Nulla vieta comunque che, nel caso restino, al 31 dicembre, residui all'interno del relativo fondo, le OO.SS. in trattativa aziendale possano decidere di aumentare tali indennità. È possibile quindi che esistano differenze tariffarie tra le varie aziende.

Per questo motivo è consigliabile vigilare sul corretto impiego delle ore di straordinario e delle pronte disponibilità in quanto eventuali utilizzi impropri del fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro andrebbero a depauperarlo impedendo di fatto, a consuntivo, una ridistribuzione di eventuali residui.

D.M.

## FERIE GAS-ANESTETICI

**Quesito:** Esiste un fondamento giuridico-contrattuale all'ipotesi di togliere le ferie gas anestetici agli anestesisti che godono anche di quelle radiologiche?

**Risposta:** Al fine di rispondere al quesito si cita un orientamento applicativo ARAN.

Quali sono le modalità applicative delle ferie per rischio radiologico e per rischio da esposizione ai gas anestetici? I due benefici si cumulano?

Con il CCNL del 6 Maggio 2010, per i dirigenti medici è stata finalmente chiarita la questione attinente al calcolo delle ferie per rischio radiologico. Infatti, a seguito della sentenza della Corte di Cassazione n. 26364 del 16 dicembre 2009, il suindicato CCNL, ha riconosciuto ai dirigenti esposti in modo permanente al rischio radiologico, per la particolare tipologia di attività svolta, un periodo di riposo biologico pari a 15 giorni consecutivi di calendario da fruirsi entro l'anno solare di riferimento in un'unica soluzione. Tali riposi si configurano come periodo unico da fruire annualmente, nel computo del quale sono ricomprese anche le giornate festive e non lavorative ricadenti nello stesso. Un analogo beneficio va riconosciuto, con le medesime modalità di computo e applicative, anche al personale medico anestesista, per il quale i periodi di riposo biologico sono di otto giorni come previsto dall'art. 39 - comma 7, primo periodo - del CCNL del 10 febbraio 2004. Tali permessi devono essere anch'essi fruiti consecutivamente ed in un'unica soluzione. Qualora il medesimo dirigente medico, oltre ad essere esposto ai gas anestetici, sia anche esposto in modo permanente al rischio radiologico, nei 15 giorni di riposo biologico si ricomprendano anche gli 8 giorni sopracitati.

D.M.

## INDENNITÀ ESCLUSIVITÀ E POSIZIONE

**Quesito:** A quanto corrispondono rispettivamente l'indennità di esclusività e quella di posizione per il dirigente primo livello con più di cinque anni?

La retribuzione di posizione si raggiunge coi 5 anni a tempo determinato o indeterminato?

**Risposta:** Per un Dirigente Medico con anzianità di servizio compresa tra 5 e 15 anni, il valore dell'indennità di esclusività corrisponde a € 782,15 mensili.

La retribuzione di posizione minima unificata vale € 371,58 se è stato conferito un incarico professionale ex lettera "c" art. 27 CCNL 2000; vale infine € 759,19 se l'incarico è invece di Struttura Semplice. La componente variabile aziendale dipende dall'entità del relativo fondo all'interno dell'Azienda di appartenenza, dal peso assegnato alla Struttura presso cui si lavora e dalla graduazione delle funzioni declinata in ciascuna Azienda.

La retribuzione di posizione minima unificata viene corrisposta al raggiungimento del quinto anno di anzianità, purché maturata con il solo tempo indeterminato, senza soluzione di continuità.

Per l'indennità di esclusività invece sono sufficienti cinque anni di anzianità maturati indifferently con entrambi, tempo determinato ed indeterminato, sempre a condizione che non ci sia stata soluzione di continuità tra gli incarichi.

D.M.

## PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

**Quesito:** L'Azienda di appartenenza può obbligare a fare le cosiddette ore in "prestazioni aggiuntive"?

**Risposta:** Le prestazioni aggiuntive si configurano come attività libero professionale richiesta dall'Azienda e, di conseguenza, resta libera la facoltà di ciascun Collega sia di poter aderire a tale proposta sia di poter scegliere la tipologia di attività (ex art. 55 comma 2 CCNL 2000 per l'abbattimento delle liste d'attesa, retribuite a 60 €/ora, o le notti di guardia ex art. 18 CCNL 2005 retribuite a 480 euro).

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

Il Centro SimuLearn di Bologna, gestito direttamente dall'AAROIEMAC, l'Associazione Sindacale a cui appartengono oltre 10.000 Medici Anestesiisti Rianimatori Italiani, cioè oltre l'80% dell'intera categoria di questi specialisti, è oggi una delle più importanti realtà italiane nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento in medicina.

La SIARED, come Società Scientifica, fornisce anch'essa risorse umane e culturali al Centro, mentre INTESA Provider ECM cura l'accreditamento dei Corsi e degli Eventi che vi si svolgono. Tale coordinamento tra tutte le attività che fanno capo all'AAROIEMAC, e che nel Centro trovano una perfetta sintesi di offerta formativa, è visivamente rappresentata anche dal "family style" dei rispettivi loghi, recentemente rieditati.

L'obiettivo del Centro SimuLearn è quello di implementare la professionalità e la sicurezza nell'affrontare tutte le situazioni cliniche, spesso imprevedute, in cui i Medici Anestesiisti Rianimatori, oltre ai Medici dell'Area Critica e dell'Emergenza, possono trovarsi nello svolgimento quotidiano del loro peculiare e delicatissimo lavoro in ospedale, attraverso la simulazione di casi reali, con sistemi ad avanzata tecnologia e con metodi didattici costantemente aggiornati.

Oggi, nello svolgimento della propria professione, ogni Medico è tenuto a osservare la cosiddetta "diligenza qualificata", che soprattutto per i Medici operanti in ambienti ospedalieri ad alta tecnologia significa anche familiarità con strumenti ed apparecchiature up-to-date, il cui funzionamento appreso e/o approfondito in modalità simulata è senza dubbio più "user-friendly"; perciò, per fare una buona formazione e un adeguato aggiornamento in ambito medico, soprattutto con metodiche di simulazione avanzata, è sempre più fondamentale essere al passo con i tempi in termini di dotazioni hi-tech, come quelle di cui dispone il Centro SimuLearn e che permette non solo ai discenti, ma agli stessi docenti, estremamente qualificati ed esperti nell'insegnamento interattivo, di calarsi in una "realtà virtuale" perfettamente in grado di simulare un ambiente ospedaliero reale, che nel Centro SimuLearn diviene una vera e propria palestra dove mettere alla prova e le proprie capacità e le proprie competenze teorico-pratiche.

Il Centro SimuLearn oggi non è semplicemente uno dei tanti Centri di simulazione sorti in Italia, ma il Centro di simulazione più attrezzato e moderno, in cui docenti e discenti non solo interagiscono su manichini-simulatori di ultima generazione, che reagiscono come pazienti umani, tramite software aggiornatissimi, ma operano anche con apparecchiature medicali tutte all'avanguardia, le stesse su cui possono contare nei migliori Centri Ospedalieri. Tutto ciò fa del Centro SimuLearn il nuovo standard di riferimento nell'ambito della simulazione medica avanzata.

L'AAROIEMAC, sulla scorta del grande successo ottenuto dal Centro SimuLearn nella formazione e nell'aggiornamento professionale in medicina, è sempre più determinata a mantenere e ad implementare la qualità dei Corsi che vi si svolgono, anche attraverso l'organizzazione di eventi formativi che valorizzino l'importanza dell'alta tecnologia in ambito sanitario.

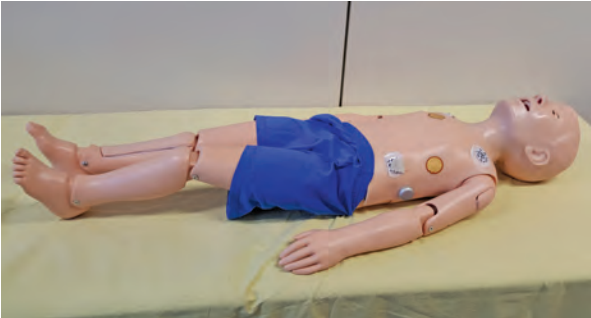
**Le nuove dotazioni strumentali del Centro, all'avanguardia per tecnologia e completezza, con le quali si creano scenari assolutamente realistici**



La Sala Operatoria Virtuale



Un monitor multi-parametrico



Il Sym Baby



La Sala Regia, divisa dalla S. O. da un vetro a specchio



Due Monitor della Sala Regia



L'Aula Didattica di Briefing/Debriefing

**Dopo la pausa estiva torneranno i Corsi di Simulazione Avanzata del Centro SimuLearn di Bologna. I Corsi, strettamente riservati ai soli Iscritti dell'AAROIEMAC, sono strutturati 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](http://www.aaroiemac.it), dove sono pubblicate tutte le informazioni di riferimento.**

**Per ulteriori ragguagli, è possibile rivolgersi al seguente recapito telefonico: 051.18899425**

| CALENDARIO CORSI TERZO E QUARTO TRIMESTRE 2015                                                     |                                                                 |                                 |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Gestione delle aritmie cardiache durante l'intervento chirurgico con Sistemi di Simulazione</b> |                                                                 |                                 |                                         |
| Lunedì 14 / Martedì 15 Settembre                                                                   | Lunedì 5 / Martedì 6 Ottobre                                    | Lunedì 9 / Martedì 10 Novembre  | Lunedì 14 / Martedì 15 Dicembre         |
| <b>Gestione delle problematiche anesthesiologiche in pediatria con Sistemi di Simulazione</b>      |                                                                 |                                 |                                         |
| Lunedì 28 / Martedì 29 Settembre                                                                   |                                                                 |                                 | Lunedì 30 Novembre / Martedì 1 Dicembre |
| <b>Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione</b>                             |                                                                 |                                 |                                         |
| Lunedì 21 / Martedì 22 Settembre                                                                   | Lunedì 19 / Martedì 20 Ottobre                                  | Lunedì 16 / Martedì 17 Novembre | Mercoledì 9 / Giovedì 10 Dicembre       |
| <b>Ecografia In Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione</b>                                   |                                                                 |                                 |                                         |
|                                                                                                    | Giovedì 8 / Martedì 9 Ottobre<br>Lunedì 26 / Martedì 27 Ottobre | Lunedì 2 / Martedì 3 Novembre   |                                         |
| <b>Simulazione Medica Avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia</b>                     |                                                                 |                                 |                                         |
|                                                                                                    | Lunedì 12 / Martedì 13 Ottobre                                  | Lunedì 23 / Martedì 24 Novembre |                                         |