il nuovo
Anestesista Rianimatore

LUGLIO - AGOSTO 2015 4 Anno XXXVI

AAROI EMAC
Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

L'Editoriale

È tempo di riprendere la contrattazione

Con un secco comunicato, la Corte Costituzionale ha sancito l'illegittimità del blocco dei contratti per i prossimi anni, ma non per quelli già trascorsi. Un colpo al cerchio, un colpo alla botte, quindi, con in mezzo i lavoratori della Pubblica Amministrazione, soggetti da quasi sei anni al blocco economico delle progressioni di carriera comunque denominate. La decisione, in pratica, considera gli oltre 2.000 giorni trascorsi dall'ultimo rinnovo del contratto del Pubblico Impiego come un balzello che più di tre milioni di dipendenti hanno forzosamente dato allo Stato.

Il blocco dei contratti degli ultimi anni è incostituzionale. Si deve tornare alla realtà e riaprire la stagione contrattuale

In attesa di leggere integralmente la sentenza della Consulta e le sue relative motivazioni, attraverso le quali possa essere stata così sorprendentemente attestata una tale singolare "anticostituzionalità a tempo", l'AAROI-EMAC ha diffuso un comunicato stampa con alcune considerazioni in merito alla questione, che approfondiscono l'argomento e pongono l'accento anche su numerose derive anti-contrattuali che si stanno diffondendo pericolosamente, fuori da ogni controllo, in troppe regioni italiane.

a pagina 2

Anestesia generale vs sedazione

Una distorta classificazione può mettere in pericolo i Pazienti

Per salvaguardare la salute dei Pazienti occorre chiarezza: le procedure operative mediche considerate "*a bassa complessità*" e/o "*a bassa invasività*" svolte in "*NORA*" (Non Operating Room), nelle quali sono chiamati a prestare la propria opera i Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione, prevedono un atto anestesiologico a tutti gli effetti che, in quanto tale, deve rispondere a tutti i requisiti di sicurezza previsti.

Per fissare alcuni punti sulla questione e chiedere l'intervento delle Istituzioni, l'AAROI-EMAC, la SIARED, la SIAARTI e la SIAATIP hanno scritto un lungo testo che, prendendo spunto da un tragico fatto di cronaca, punta l'attenzione sul fatto che una distorta classificazione delle prestazioni anestesiologiche richieste per alcune procedure, provoca la pericolosa tendenza a definire come "*sedazioni*", quelle che invece sono vere e proprie "*anestesie generali*".

L'effetto più deleterio di tale deriva è un'inaccettabile aumento dei rischi per Pazienti ed Operatori. Infatti, il solo classificare come "*sedazione*" una procedura anestesiologica complessa come l'anestesia generale basta ad abbassare - a torto - i livelli minimi di diligenza e prudenza necessari per la sicurezza nei locali non classificati come "*sale operatorie*", senza considerare che il confine tra "*sedazione*" e "*anestesia generale*" è quanto mai labile, se non inconsistente.

Principale destinataria del testo è il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin.

a pagina 3

Medici e altri Professionisti del SSN a confronto con la Politica

Presso il Senato della Repubblica hanno avuto luogo due eventi: il 07 luglio la "*Relazione della 12ª Commissione Permanente Igiene e Sanità del Senato sullo Stato e sulle prospettive del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*" che ha inquadrato alcuni dei punti nodali della situazione sanitaria italiana, e il 14 luglio il Seminario "*La formazione di base e specialistica del medico in Italia: criticità e opportunità*", un momento di discussione tra Istituzioni, Università, FNOMCeO, Rappresentanti degli Specializzandi e Sindacati per fare il punto sulle criticità del sistema e sulle attività messe in campo per risolverle. Al centro del dibattito, la necessità che il percorso di formazione in medicina diventi un percorso unico che vada dall'accesso alla facoltà fino all'ingresso al lavoro.

alle pagine 4 e 5

Previdenza

Dal 1° gennaio 2016, la quota di pensione calcolata con il sistema contributivo risulterà inferiore rispetto al calcolo attuale per effetto della revisione periodica dei coefficienti di trasformazione che, per il triennio 2016-18, è stata attuata con decreto del Ministero del Lavoro del 22 giugno 2015, pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

Il dettaglio dei coefficienti e le 5 mosse di Tito Boeri, presidente dell'Inps per correggere la "Fornero".

a pagina 13

ENPAM

Importanti novità all'ENPAM! Due Colleghi Presidenti Regionali dell'AAROI-EMAC sono stati eletti, lo scorso 07 giugno, a due rispettive cariche: l'uno, Antonio Amendola (Puglia) nella Assemblea Nazionale, e l'altro, Marco Chiarello (Marche) nella Consulta della Quota B del Fondo di Previdenza Generale. Inoltre, l'ENPAM ha messo in cantiere, per i Medici suoi contribuenti, l'erogazione di mutui agevolati per l'acquisto o per la ristrutturazione della prima casa.

a pagina 11

APM e Responsabilità professionale

L'errore umano non può minare la fiducia nel medico

Gli esseri umani possono sbagliare, e l'errore è più frequente nelle organizzazioni complesse. Conseguentemente, dobbiamo attenderci degli errori anche nelle organizzazioni deputate alla salute, come gli ospedali, le case di cura, i laboratori d'analisi, i quali sono certamente delle organizzazioni complesse. Questo significa che ogni cittadino può restare vittima di un errore medico e che ogni medico può commettere un errore professionale, ma non per questo sono tollerabili gogne mediatiche o persecuzioni giudiziarie ingiustificate.

APM ha esposto il suo punto di vista sulla responsabilità professionale medica, partendo dall'analisi di tutte le situazioni che minano alla base il rapporto di fiducia tra medico e paziente.

a pagina 6

Sierra Leone: medici in prima linea

Un'intervista esclusiva alla dottoressa Napoleone

La Sierra Leone, lì dove la terribile epidemia di Ebola ha ucciso migliaia di persone, contagiato altrettante, coinvolto medici e sanitari locali e internazionali, è stata per due volte, negli ultimi mesi, la meta delle missioni di Alessandra Napoleone per Emergency.

Direttore della Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda ospedaliera Brotzu di Cagliari, in Dicembre e successivamente in Aprile la Dottoressa Napoleone è partita per dare il proprio contributo all'interno della Terapia Intensiva dell'Ebola Treatment Centres (ETC) a Goderich, sobborgo di Freetown.

In un'intervista esclusiva racconta la sua esperienza, l'attuale situazione in quella terra colpita dal terribile virus, e come ha vissuto il contagio del suo collega di missione, recentemente guarito.

a pagina 14

Un Contratto di categoria, no a "contratti atipici"

L'intervento dell'AAROI-EMAC sulla Sentenza della Corte Costituzionale del 24 Giugno

Un colpo al cerchio, un colpo alla botte, con in mezzo i lavoratori della Pubblica Amministrazione, soggetti, da quasi sei anni, al blocco delle progressioni economiche. È stato questo, probabilmente, il pensiero che si è diffuso maggiormente nei giorni successivi alla Sentenza della Corte Costituzionale del 24 Giugno 2015.

Con un secco comunicato, la Consulta ha definito incostituzionale il blocco dei contratti per i prossimi anni, ma non per quelli pregressi.

Come dire: continuare a bloccare il contratto è contro la Costituzione Italiana, averlo fatto negli anni precedenti, in fondo, non è proprio incostituzionale. O meglio lo è, ma non troppo. In altre parole: esiste una illegittimità costituzionale, ma è "sopravvenuta" quindi guardiamo al futuro e non al passato!

"*La Corte Costituzionale* - si legge nel breve testo diffuso il 24 Giugno -, *in relazione alle questioni di legittimità costituzionale sollevate con le ordinanze R.O. n. 76/2014 e R.O. n. 125/2014, ha dichiarato, con decorrenza dalla pubblicazione della sentenza, l'illegittimità costituzionale sopravvenuta del regime del blocco della contrattazione collettiva per il lavoro pubblico, quale risultante dalle norme impugnate e da quelle che lo hanno prorogato.*

La Corte ha respinto le restanti censure proposte".

Di seguito il testo integrale del comunicato stampa che l'AAROI-EMAC ha diffuso immediatamente dopo aver appreso la notizia:

«La "illegittimità costituzionale sopravvenuta" attribuita dalla Consulta al blocco dei contratti della PA in vigore dal 2010 suona come l'ennesima acrobazia con la quale la logica del diritto viene spazzata via dalla ragion di cassa.

Con la sentenza in questione, prendiamo atto, sconsolati, che può esistere una demarcazione temporale della legittimità costituzionale, ma, soprattutto, che essa viene riconosciuta solo sacrificando al risparmio economico quella "non sopravvenuta", cioè quella pregressa, considerato che, come riportato dagli organi di stampa, l'Avvocatura dello Stato ricorda che "ormai tra i principi costituzionali ci sia anche il pareggio di bilancio".

I Pubblici Dipendenti, anche attraverso i Governi che si sono succeduti negli ultimi anni, hanno continuato ad essere additati alla pubblica opinione - anche con campagne mediatiche costruite ad arte e reiterate nel tempo - come responsabili del dissesto funzionale ed economico-finanziario della Pubblica Amministrazione del nostro Paese: inefficienti, strapagati, fannulloni, in modo da coprire scandalosamente le responsabilità di chi ha finora governato e amministrato l'intero Sistema Pubblico.

Da oggi possono essere orgogliosi di aver contribuito anche con un altro sacrificio economico alle magnifiche sorti del "risanamento" in corso.

Così come possono essere orgogliosi di essere protagonisti di un teatrino surreale, in cui (recita sempre l'Avvocatura) "in ogni caso le prerogative sindacali risultano salvaguardate e si sono estrinsecate, tra l'altro, nella partecipazione all'attività negoziale per la stipulazione dei contratti integrativi (Ccni), sia pure entro i limiti finanziari normativamente previsti" e "di contratti quadro". E ancora, si aggiunge, è rimasta in piedi la possibilità "di dar luogo alle procedure relative ai contratti collettivi nazionali, sia pure per la sola parte normativa", il che dimostrerebbe come "un'intensa attività contrattuale sia stata svolta, anche in pendenza del nuovo complesso normativo, ed abbia riguardato sia la contrattazione integrativa che quella nazionale".

Ed infatti le Organizzazioni Sindacali sono stremate dall'attività di contrattazione di questi ultimi anni, che ha portato a risultati mirabolanti sia in termini economici sia, soprattutto, normativi: riduzioni stipendiali, riduzione reale del potere di acquisto degli stipendi, legislazione che abolisce o snatura normative contrattuali, per non parlare dello Statuto dei Lavoratori, Contratti Quadro che, dopo aver portato una sostanziale riduzione delle prerogative sindacali, hanno visto, con un intervento legislativo, il loro dimezzamento.

Torniamo alla realtà, per favore. Chiediamo di riaprire immediatamente la stagione contrattuale, ma chiarendone preliminarmente e rapidamente i percorsi attraverso i quali tale stagione dovrà riaprirsi. Tra questi percorsi, riteniamo irrinunciabili due questioni: innanzitutto la specificità professionale, e quindi contrattuale, dei medici ospedalieri; in secondo luogo la definizione di un contratto che non lasci spazio in alcun modo a rapporti di lavoro "atipici" nelle Aziende Sanitarie Pubbliche. Tra questi, particolarmente devastante è la crescente sostituzione di Dirigenti Medici assunti con regolare CCNL con Colleghi reclutati da Cooperative, a cui di fatto viene appaltato un Servizio Pubblico, e che applicano ai Colleghi condizioni di lavoro e di retribuzione tutte da chiarire, su cui le Istituzioni si bendano entrambi gli occhi.

Gli Anestesisti Rianimatori Italiani non si stancheranno di sostenere che perseverare a negare norme e regole contrattuali pubbliche, chiare e univoche, a tutti i lavoratori della Sanità Pubblica equivale a distruggere la stessa esistenza ed il funzionamento di quel Bene Comune che è il nostro Sistema Sanitario Nazionale».

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

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

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

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

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

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo Anestesista Rianimatore

Periodico Ufficiale dell'A.A.R.O.I. - EM.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
POMPILIO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il

Tiratura: 10.600 copie
Spedito il

No alla denominazione “Sedazione” per l’Anestesia Generale

Per salvaguardare la salute dei Pazienti occorre chiarezza: le procedure operative mediche considerate “a bassa complessità” e/o “a bassa invasività” svolte in “NORA” (Non Operating Room), nelle quali sono chiamati a prestare la propria opera i Medici Specialisti in Anestesia e Rianimazione, prevedono un atto anestesiologico a tutti gli effetti che, in quanto tale, deve rispondere a tutti i requisiti di sicurezza previsti.

Per fissare alcuni punti sulla questione e chiedere l’intervento delle Istituzioni, l’AAROI-EMAC, la SIARED, la SIAARTI e la SIAATIP hanno scritto una lettera congiunta al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, al Sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo e al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Sergio Chiamparino. Di seguito il testo integrale.

Prendendo spunto da quanto riportato dai media in relazione al tragico evento avvenuto in data 10 Giugno u. s. presso il Centro di Fecondazione Assistita di Conversano (Ba), l’Organizzazione Sindacale AAROI-EMAC (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani – Emergenza Area Critica), e le Società Scientifiche SIARED (Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore), SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva), SIAATIP (Società Italiana di Anestesia, Analgesia e Terapia Intensiva Pediatrica) pongono alla Vostra cortese attenzione 3 precise richieste urgenti.

Tali richieste si basano su alcune considerazioni relative a quanto accade comunemente nel nostro Paese, in particolare per quanto riguarda le procedure operative considerate “a bassa complessità” e/o “a bassa invasività” svolte in “NORA”, nelle quali sono chiamati a prestare la propria opera i medici specialisti in anestesia e rianimazione, come per esempio nel caso degli interventi finalizzati alla procreazione medicalmente assistita, che quasi ovunque sono condotti in “NORA”.

Con la presente, le scriventi non esprimono alcun commento sul caso specifico del tragico evento consumatosi a Conversano, ma intendono richiamare l’attenzione sul fatto che, in generale, alcune prassi in uso per alcune delle suddette attività prevedano che esse possano essere eseguite in locali non classificati come “sale operatorie”, e pertanto in mancanza di uno o più requisiti che normalmente sono invece richiesti, anche nel rispetto delle norme di accreditamento, in queste ultime.

Tra le attività “a bassa complessità” e/o “a bassa invasività” che oggi risultano eseguibili in locali non classificati come “sale operatorie”, vi sono, oltre alle procedure finalizzate alla procreazione medicalmente assistita, anche quelle finalizzate alle attività endoscopiche, a quelle radiologiche, ad alcune prestazioni nei Pronto Soccorso

Orbene, tali prassi si basano sempre più spesso:

- su una distorta applicazione “per attrazione” del falso concetto che ad attività individuate come “a bassa complessità” e/o “a bassa invasività” corrispondano prestazioni anestesiologiche di livello “poco specializzato”, che provoca una deregulation inaccettabile della sicurezza;

- su una distorta classificazione delle prestazioni anestesiologiche richieste per tali procedure, che provoca la tendenza a definirle come “sedazioni”, camuffando con tale termine quelle che invece sono vere e proprie “anestesie generali”.

Le prestazioni dell’anestesista-rianimatore, per loro stessa natura, dovendo garantire globalmente le funzioni vitali dei pazienti affidati alle sue cure, sono altamente specialistiche di per se stesse, e non subordinate a quelle di altri specialisti.

La denominazione “sedazione”, peraltro, si basa su classificazioni (la più utilizzata è quella rappresentata dalla “Ramsay Scale”, introdotta nel lontano 1974), che attengono puramente agli effetti clinici raggiunti, e non a quelli precisamente prevedibili con la somministrazione anche combinata di farmaci ad azione non solo sedativa “pura”, ma analgesica maggiore, o addirittura propriamente anestetica, che inoltre, per possibili e descritte variazioni di rapporto dose/effetto soprattutto di queste due ultime classi di farmaci, possono molto rapidamente far variare il livello di sedazione raggiunto, lungo un continuum, fino all’anestesia generale.

Tale distorta classificazione di “anestesie generali” sotto le mentite spoglie di “sedazioni” è oggi sempre più a rischio di essere strumentalizzata, a scapito della sicurezza, unicamente per poter incrementare il numero delle suddette attività, che devono comunque prevedere, ovunque siano svolte, percorsi organizzativi, oltre che requisiti anche strutturali, codificati e sicuri.

L’effetto più deleterio di tale deriva è un’inaccettabile aumento dei rischi per Pazienti ed Operatori. Infatti, il solo classificare come “sedazione” una procedura anestesiologica complessa come l’anestesia generale basta ad abbassare – a torto – i livelli minimi di diligenza e prudenza necessari per la sicurezza nei locali non classificati come “sale operatorie”, senza considerare che il confine tra “sedazione” e “anestesia generale” è quantomai labile, se non inconsistente.

Tale abbassamento dei suddetti livelli di diligenza e prudenza riguarda in estrema sintesi, per esempio non esaustivo, spesso in ancor più pericolosa combinazione tra loro:

- il considerare la NORA, surrettiziamente e senza alcuna base né scientifica né organizzativa, come sinonimo di “sedazione”;

- il considerare le visite anestesiologiche necessarie prima di ogni prestazione specialistica come inutili, o non necessarie, o nella migliore delle ipotesi come un mero atto formale;

- il procedere in modo meno scrupoloso all'informazione e all’ottenimento del consenso;

- il sottovalutare i fattori di rischio, non solo anestesiologico in senso stretto, ma più in generale peri-operatorio, che in una sala operatoria comporterebbero di per sé il rinviare o il cassare le procedure gravate, p. es., di sproporzionato rapporto rischio/beneficio;

- l’affidare l'esecuzione di atti medici specialistici, in completa autonomia e senza supervisione diretta, a medici in formazione specialistica, o ancor peggio ad altri professionisti non medici (sia nella valutazione pre-operatoria che nelle procedure operative);

- il prevedere, per l’anestesista-rianimatore dedicato alla NORA, il dono dell’ubiquità, assegnandogli contemporaneamente altre funzioni (p. es. guardia per urgenze di vario genere, o guardia in UO di Rianimazione).

Ad oggi, mancano raccomandazioni scientifiche complete e validate, sia anestesiologiche che di altra natura specialistica, sia a livello italiano che europeo, per la “NORA”, e pertanto, anche in assenza di una normativa nazionale, alcune Regioni hanno emanato DGR per nulla omogenee, mentre alcune Strutture Sanitarie si sono dotate di procedure interne, ancor meno omogenee, p. es. sulla base di raccomandazioni mutuate dall’ASA (American Society of Anesthesiologists), che quasi mai, tuttavia, sono state adottate nella loro interezza. Per effetto di tali disomogeneità, Operatori e Pazienti si trovano oggi nella più totale babele organizzativa.

Recentemente, l’AAROI-EMAC e la SIARED, in collaborazione con la SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva), hanno prodotto un documento congiunto che pone alcune basi sull’argomento in questione, ma necessita di ulteriori indispensabili precisazioni che sono in corso di redazione a cura delle scriventi.

Le 3 richieste di cui al momento si ravvisa l’urgenza sono le seguenti:

1) vietare la denominazione “sedazione” per tutti i casi in cui vengono utilizzati farmaci “ipnotici”, che per loro specifica farmacodinamica non sono deputati ad un effetto sedativo, ma che sono da riservarsi all’anestesia generale, cioè ad effetto ipno-induttore per indurre un’anestesia generale (p. es. propofol), o ad effetto analgesico maggiore (p. es. remifentanyl);

2) vietare, e prevedere sanzioni in caso di abuso, l’utilizzo di farmaci riservati ai medici specificatamente individuati dalla farmacopea ufficiale a soggetti da essa non autorizzati (ancora p. es. propofol e remifentanyl – nello specifico di questo argomento le scriventi si riservano apposita successiva nota);

3) predisporre al più presto, e quindi vigilare adeguatamente sulla loro effettiva presenza e sul loro rispetto, adeguati requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi, di dotazioni farmacologiche, di personale, modulati sulle esigenze specifiche delle diverse categorie delle cosiddette “Non Operating Rooms”, ma che in ogni caso debbano prevedere l’eventualità di poter o di dover, in sicurezza, trasformare una “sedazione” (qualora effettivamente sia tale) in una “anestesia generale”, o gestirne l’evoluzione imprevista ma possibile per la stessa natura della prestazione specialistica anestesiologica.

Le scriventi si rendono disponibili per una definizione scientificamente aggiornata di quali siano, allo stato attuale dell’arte, le caratteristiche teoriche e cliniche delle principali procedure anestesiologiche (sedazione, analgesia, anestesia, e loro varie combinazioni), e per una previsione metodologicamente corretta dei requisiti in questione, tra i quali, nel caso sia richiesta agli anestesisti-rianimatori la loro opera specialistica anestesiologica:

- la presenza fisica e non virtuale nei locali deputati alla NORA, sia durante l’attività programmata che durante quella urgente, di un anestesista-rianimatore specialista, e di almeno un’unità infermieristica che possieda esperienza specifica di sala operatoria e possa collaborare con l’anestesista-rianimatore;

- la presenza in servizio, almeno durante l’attività programmata, di almeno un altro anestesista-rianimatore, che già alcune linee-guida esistenti (p. es. quelle sulla gestione delle vie aeree) prevedono debba essere chiamato in aiuto in caso di difficoltà.

Le scriventi, pertanto, chiedono alle SS.LL. un cortese ed autorevole riscontro, in tempi brevi, alle richieste suddette, auspicando la convocazione di un tavolo tecnico, per condividere regole, azioni e processi, e per costruire, nel più breve tempo possibile, percorsi diagnostici e terapeutici sicuri.

In mancanza di riscontri positivi si vedrebbero costrette ad avviare una campagna di informazione, al riguardo, trasparente e puntuale, a tutela di Cittadini ed Operatori.

AAROI EMAC
Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Il Presidente Nazionale Dr Alessandro Vergallo

SIARED
SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA RIANIMAZIONE EMERGENZA E DOLORE

La Presidente Dr.ssa Adriana Paolicchi

SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

Il Presidente Prof. Massimo Antonelli

SIAATIP

Il Presidente Dr Dario Galante

"Il Servizio Sanitario Nazionale rappresenta un modello riconosciuto a livello internazionale, a cui i Paesi Europei guardano con estrema attenzione. La sfida è che rimanga sostenibile"

Emilia Grazia De Biasi, Presidente 12ª Commissione Sanità del Senato

"Siamo di fronte ad una condizione di logoramento, sofferenza e crisi strutturale del sistema. Bisogna intervenire perchè è un modello unico che va preservato"

Luigi D'Ambrosio Lettieri, Membro 12ª Commissione Sanità del Senato

"Al personale sanitario non si può continuare a chiedere, bisogna aprire uno spiraglio verso un maggiore riconoscimento del ruolo e il superamento delle attuali difficoltà"

Nerina Dirindin, Membro 12ª Commissione Sanità del Senato

"Più si dimostra che le risorse vengono utilizzate bene, più sarà facile per il Ministero perorare la causa della sanità italiana. In alcune Regioni c'è possibilità di Spending"

Vito De Filippo, Sottosegretario Ministero della Salute

Il SSN, fiore all'occhiello dell'Italia, va tutelato

La Relazione della 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato

Un documento approvato all'unanimità che vuole essere anche uno strumento per incidere sulle politiche del governo. È la "*Relazione della 12ª Commissione Permanente Igiene e Sanità del Senato sullo Stato e sulle prospettive del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*".

Presentata il 07 Luglio al Senato, l'analisi inquadra alcuni dei punti nodali della situazione sanitaria italiana che sono stati illustrati dalla Presidente della Commissione, **Emilia Grazia De Biasi**, dai relatori del documento, i senatori **Luigi Lettieri D'Ambrosio** e **Nerina Dirindin**, in presenza del Sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**.

L'universalismo fino ad oggi garantito dal Servizio Sanitario Nazionale in Italia, come affermato dalla presidente De Biase in apertura, rappresenta un modello riconosciuto a livello internazionale, a cui i Paesi Europei guardano con attenzione. Modello che fino ad ora ha retto, nonostante la spesa sanitaria italiana sia inferiore del 2,3% rispetto ai maggiori Paesi Europei. La sfida è quindi proprio questa: fare in modo che il sistema rimanga sostenibile, senza compromettere l'equità e la qualità dei servizi, in presenza di una situazione economica e sociale in profondo cambiamento. L'aumento della cronicità e l'allungamento della vita - ha sottolineato De Biase -, sono nuovi scenari da affrontare concretamente.

Sulle difficoltà del SSN è intervenuto anche D'Ambrosio Lettieri che ha parlato di una condizione di "*logoramento, sofferenza e crisi strutturale del Sistema*" da risolvere al più presto rilanciando i contenuti della governance per tutelare "*un modello unico che va preservato*". Tra le criticità emerse, il Senatore ha citato la differenziazione delle performance a livello regionale, con 7 Regioni che ad oggi non riescono a garantire i LEA e il diffondersi del fenomeno di rinuncia alle cure per motivi economici, per la presenza di liste d'attesa molto lunghe o per un'oggettiva difficoltà di accesso alle terapie. Governare la sanità oggi, quindi, vuole dire gestire le difficoltà e la complessità della situazione. Sono per questo necessarie politiche che vadano nel segno dell'efficacia, efficienza e appropriatezza.

Per far questo occorre prestare attenzione alle variabili demografiche, al cambiamento del quadro epidemiologico e all'importanza delle ricerca e dello sviluppo. Sono diverse - ha concluso D'Ambrosio Lettieri - le azioni da mettere in campo, dall'unione delle competenze e delle professionalità, alla lotta alla corruzione, dal ridimensionamento della medicina difensiva - perchè "*non si può lavorare con il rischio continuo dell'avviso di garanzia*" - a un piano di prevenzione che comprenda una campagna di sensibilizzazione sugli stili di vita corretti. Altro nodo cruciale, segnalato nel corso della conferenza, è quello relativo al personale sanitario, "*il più delicato al momento*", come indicato dalla senatrice Dirindin. Ambito in cui i vincoli di spesa hanno portato ad una riduzione di 1,5 miliardi incidendo in maniera negativa sulla condizione lavorativa caratterizzata da un'alta intensità di lavoro, turni massacranti, retribuzioni bloccate. "*Non si può continuare a chiedere, anzi bisogna aprire uno spiraglio verso un maggiore riconoscimento del ruolo e il superamento delle attuali difficoltà*", ha affermato Dirindin. Nel suo intervento il sottosegretario De Filippo ha sottolineato l'importanza di documenti che mettano in luce i punti di forza del SSN perchè "*più si dimostra che le risorse vengono utilizzate adeguatamente più sarà facile per il Ministero perorare la causa della sanità italiana*". In diverse Regioni, esistono ancora possibilità di spending che vadano nel segno dell'appropriatezza. Nonostante le differenze esistenti tra regione e regione, è impossibile - secondo De Filippo - rinunciare al doppio livello SSR - SSN. L'Italia è un Paese troppo differenziato per poter cogliere le differenze a livello centrale, ma sono necessari metodi di valutazione certi. Per far questo è indispensabile un coordinamento molto stretto, una governance basata su diversi livelli di responsabilità e di territorio: "*Governo, Regioni, Agenzie devono essere palombari dell'innovazione*".

All'incontro, in rappresentanza dell'AAROI-EMAC, è intervenuto Antonio Amendola: "*La costituzione riconosce che la salute è un bene fondamentale* - ha affermato -, *ma questo bene fondamentale è strettamente collegato alle risorse, tanto è vero che il Ministero dell'Economia e delle Finanze è quello più autorevole nell'ambito della spesa sanitaria. I continui tagli, però, non possono essere tagli lineari perché ci sono sempre più regioni che non garantiscono neanche i LEA e allora un criterio potrebbe essere quello, chiaramente istituendo forti sistemi di controllo, che queste regioni fossero obbligate a colmare il gap anche attraverso una differenziazione dei tagli stessi. Potrebbe essere questo un modo per riportare lo Stato ad essere realmente solidale in campo di assistenza sanitaria in tutte le Regioni*.

Amendola è intervenuto anche sulla responsabilità professionale*: "Abbiamo bisogno di chiarezza tra ruoli, competenze e attribuzioni di queste competenze* - ha sottolineato -. *Occorrono grandi professionisti per l'assistenza e grandi professionisti per la diagnosi e la cura con una netta separazione di ruoli e responsabilità in modo da sapere chi deve fare cosa assumendosene ognuno la piena responsabilità per sua parte. Interventi legislativi in tal senso contribuirebbero inoltre, anche se non da soli, a ridurre il fenomeno della medicina difensiva facilitando sia la correlazione tra i vari professionisti e operatori in ambito sanitario che il fondamentale e imprescindibile rapporto medico-paziente*".

Mozioni sul SSN in Parlamento

Si chiede al Governo lo sblocco del turnover

Nei giorni scorsi il Parlamento si è espresso a favore di alcune mozioni - presentate da diverse parti politiche - che riguardano il SSN. Importanti i temi sul tavolo: ricambio generazionale, limiti al blocco del turnover, mobilità interregionale del personale sanitario e adozione di efficaci misure in tema di formazione.

In dettaglio, la mozione a prima firma di Anna Miotto (PD) punta l'attenzione sul ricambio generazionale attraverso provvedimenti che lo favoriscano e sull'assunzione di personale a tempo indeterminato che garantisca i servizi strategici come l'emergenza-urgenza, la terapia intensiva e subintensiva, i centri trapianti e l'assistenza domiciliare. Viene chiesta anche la limitazione al blocco del turnover, la rimozione degli ostacoli alla mobilità interregionale e di valutare una distinta area negoziale per la dirigenza sanitare del SSN.

Anche la mozione presentata da Giulia Grillo (M5S) richiama lo sblocco del turnover: si richiede al Governo che la Conferenza Stato-Regioni proponga una rivisitazione delle norme di gestione del personale del SSN oltre a una deroga al blocco del turnover del personale, valida anche per le regioni sottoposte ai piani di rientro e una semplificazione della mobilità interregionale del personale sanitario.

La mozione presentata a prima firma da Raffaele Calabrò (AP) richiede un metodo chiaro e univoco che stabilisca il fabbisogno di personale sanitario in ogni Regione e misure per la mobilità interregionale.

Viene chiesto conto della spending review con riferimento ai LEA e un monitoraggio degli eventuali effetti prodotti nella mozione presentata da Rocco Palese (FI).

Pierpaolo Vargiu (SC), nella mozione a sua prima firma, chiede limitazioni allo sblocco del turnover anche per le Regioni sottoposte a piano di rientro ma che presentano criticità nell'erogazione del servizi, una maggiore autonomia delle aziende sanitarie locali, risoluzione del problema dei pensionamenti in condizione di blocco del turnover, garanzia in tutte le regioni delle figure professionali meno presenti sul mercato, il superamento della precarietà degli assunti a tempo determinato, un'accelerazione sulla piena applicazione del Patto per la salute.

La mozione a prima firma di Marco Rondini (LN) invece punta a privilegiare le Regioni virtuose con sblocco del turnover e su una maggiore autonomia regionale in materia di assunzione di personale.

Infine la mozione a prima firma di Gian Luigi Gigli (PI-CD) chiede risorse per limitare il blocco del turnover e per accelerare l'adozione del meccanismo di finanziamento delle regioni attraverso il sistema dei costi standard.

Direttiva orario di lavoro

Allarme per possibile pioggia di ricorsi

È stata presentata nei giorni scorsi dal senatore Luigi D'Ambrosio Lettieri (Conservatori e Riformisti) un'interrogazione indirizzata al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin e al titolare dell'Economia Pier Carlo Padoan, circa il mancato rispetto dell'orario di lavoro dei medici e delle ore di riposo giornaliero così come previsto dalla Direttiva Europea 2003/88.

"*Se il Governo non trova una soluzione* - avrebbe detto D'Ambrosio Lettieri come si legge su Quotidiano Sanità che ha riportato la notizia - , *chi presenta ricorso per la mancata applicazione della Direttiva Europea avrà davanti a sé una autostrada spianata. L'indicazione comunitaria era stata recepita dal decreto legislativo 66 del 2003, ma il quadro è stato modificato dalla Finanziaria del 2008 che ha determinato di fatto una deregulation degli orari di lavoro dei medici*".

L'Italia è infatti inadempiente, e la UE ha aperto una procedura di infrazione che non è stata annullata dal provvedimento di emergenza, che ripristina sì il tetto orario massimo nel rispetto della direttiva, ma che entra in vigore tra un anno.

Per arginare i danni dei possibili ricorsi, D'Ambrosio Lettieri suggerisce di ripristinare i diritti dei medici, visto che sono stati privati del trattamento economico spettante. Andrea Tortorella, Amministratore Delegato di Consulcesi, propende per un accordo equilibrato che tuteli i medici "*non contro le aziende ospedaliere ma al loro fianco*".

Sinceramente, su tale ultima prospettiva "*ecumenica*" restiamo comprensibilmente scettici, dato che sono ben poche le Aziende Ospedaliere che hanno finora dimostrato un'almeno minima sensibilità al tema in questione.

Standard Ospedalieri: regolamento operativo

Secondo il testo, la riorganizzazione necessaria si deve basare sul principio dell'intensità di cura

È stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il Regolamento sugli standard ospedalieri. Il testo, che l'anno scorso ha subito una battuta d'arresto con la bocciatura del Consiglio di Stato che l'ha rispedito al mittente a causa di errori formali e sintattici, è già operativo. Critici del provvedimento i sindacati, che avevano stroncato già la prima versione dello scorso anno.

La nuova versione del testo, quella pubblicata in Gazzetta, mette sul piatto la riorganizzazione ospedaliera sulla base del principio dell'intensità di cura, molto contestata da alcuni e fortemente voluta da altri addetti ai lavori.

"I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera - si legge nella premessa alla relazione tecnica che accompagna il testo del provvedimento - *richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea, anche a seguito dell'adozione della Direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate. Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una inevitabile ridistribuzione delle risorse (...). Gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate".*

Gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare servizi e prestazioni che incidono sulla qualità dell'assistenza

Formazione medica, un percorso a ostacoli

I nodi della questione approfonditi in un Seminario organizzato al Senato

La qualità della formazione in medicina in Italia è di ottimo livello, ma esiste un imbuto dopo la laurea che non consente a migliaia di laureati di accedere alle Scuole di Specializzazione e alla Formazione Specifica in Medicina Generale con il rischio per molti di dover andare a lavorare all'estero. Diversi Paesi, europei e non, sono infatti pronti ad accoglierli proprio per la loro preparazione. È questo in sintesi il principale problema affrontato nel corso del seminario "*La formazione di base e specialistica del medico in Italia: criticità e opportunità*" organizzato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato lo scorso 14 Luglio a Roma. Un momento di confronto tra Istituzioni, Università, FNOMCeO, Rappresentanti degli Specializzandi e Sindacati per fare il punto sulle reali criticità del sistema e sulle attività messe in campo per risolverle.

Al centro del dibattito, la necessità che il percorso di formazione in medicina diventi un percorso unico che vada dall'accesso alla facoltà fino all'ingresso nell'ambito lavorativo, passando per la specializzazione prescelta. "*In questi anni tale risultato* - ha affermato il Ministro della Salute Lorenzin nel messaggio inviato in occasione del seminario - *non si è realizzato sia per il perdurare di un lungo periodo di crisi, caratterizzato dal blocco del turn over nelle Regioni in Piano di rientro e dai vincoli economici sulla spesa del personale introdotti con varie finanziarie ancora in vigore, sia per lo scarso numero di contratti per gli specializzandi rispetto al numero dei laureati in medicina, in un sistema sanitario in cui si accede solo se in possesso del diploma di Specializzazione o del titolo di formazione specifica in Medicina Generale. Ciò comporta che ogni anno un numero elevato di professionisti rimane escluso dal completamento del percorso formativo*".

Percorso che dovrebbe invece essere garantito a tutti gli aspiranti medici attraverso anche una programmazione adeguata che parta fin dalla scuola secondaria superiore con un'azione di orientamento in grado di equilibrare il numero di richieste d'accesso a medicina: in Italia 1 studente su 4 aspira a diventare medico.

In questo senso dovrebbe già andare il test sperimentale di orientamento e di autovalutazione, senza incidenza sul punteggio, lanciato dal MIUR proprio nel giorno del seminario e che "*vuole essere una bussola per gli studenti*", come affermato dal Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca, Stefania Giannini nel corso del suo intervento di apertura dei lavori. Il Ministro ha anche parlato dello sforzo fatto per ottenere gli oltre 6500 contratti di formazione specialistica, circa 2000 in più rispetto al 2014, grazie anche ad una maggiore consapevolezza su dove incidere e ad un confronto con tutte le forze coinvolte. "*Sono ancora pochi* - ha affermato il Ministro - . *L'obiettivo è di creare un percorso formativo unitario dall'inizio alla fine*".

I dati attuali, tuttavia, non vanno in questa direzione. Il quadro descritto nell'incontro da Angelo Mastrillo, Segretario della Conferenza Permanente Corsi di Laurea Professioni Sanitarie, mostra una netta divaricazione tra numero di studenti in medicina e disponibilità di contratti di formazione specialistica a partire dal 2008 quando, in particolare per l'incremento dei fabbisogni da parte delle Regioni, è aumentato il numero dei posti alle Facoltà di Medicina ma non quelli delle Scuole di specializzazione. Tendenza che, nonostante le azioni messe in campo quest'anno, non sembra essere ancora sotto controllo: "*Nel 2020* - ha affermato Mastrillo - *si registrerà un'esplosione di laureati tra gli iscritti 6 anni prima, che salirebbero a 15.015 rispetto ai 9.951 del 2019*".

La chiave principale per invertire la rotta indicata nei diversi interventi è la programmazione, intesa come corretta definizione dei fabbisogni reali. Fino ad oggi, ha segnalato Rossana Ugenti, Direttore Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Ministero della Salute, la mancanza di un vero e proprio confronto tra i soggetti coinvolti ha reso molto difficile fare una stima precisa. Per affrontare la questione è invece necessario mettere a punto una metodologia unica e condivisa da seguire. L'obiettivo, a partire dal 2016, è di definire i reali fabbisogni entro il 30 aprile di ogni anno. Obiettivo condiviso anche a livello europeo attraverso la partecipazione dell'Italia alla "*Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting*", un progetto che prevede la creazione di una piattaforma di scambio e collaborazione tra gli stati membri, a supporto dei processi di pianificazione del personale sanitario per prevedere il relativo fabbisogno a livello nazionale e comunitario.

Il dibattito si è soffermato anche sul percorso formativo, considerato, nonostante il numero ridotto di docenti rispetto agli altri Paesi europei e all'entità degli investimenti, di ottimo livello e "*omogeneo in tutto il territorio nazionale, da Udine a Palermo*", come dichiarato da Eugenio Gaudio, rettore dell'Università La Sapienza di Roma -. "*Lo conferma il fatto che il SSN italiano si è sempre classificato nelle prime posizioni a livello mondiale*".

Rimane però da completare un passaggio importante per la formazione specialistica che è quello, sottolineato anche dal Ministro Giannini, di una reale integrazione tra Università e Ospedale per la formazione specialistica. Un rapporto che dovrebbe essere di "osmosi", ma che allo stato attuale è tale soltanto in alcune Regioni, soprattutto - secondo Gaudio - perchè manca uno schema di accordo Università - Regioni che renda concreta la compenetrazione tra didattica e ospedale. Senza un regolamento nazionale in un'ottica di reale collaborazione nell'interesse del cittadino persisterà la situazione attuale "*a macchia di leopardo*".

Per raggiungere un simile traguardo occorre tuttavia una strategia condivisa che preveda anche l'accreditamento della formazione ospedaliera attraverso una valutazione rigorosa delle strutture che dovrebbero occuparsene. È inoltre necessario garantire pari dignità ai percorsi specialistici con la definizione di un percorso unico universitario e sanitario in cui sia ben chiaro che lo specializzando, all'interno dell'ospedale, non deve essere utilizzato come medico. Preoccupazione messa in luce da Andrea Lenzi, presidente del Consiglio Universitario Nazionale (CUN), che ha anche sottolineato come il compito principale sia di preparare oggi medici che devono esserlo per 40 anni e che quindi devono essere in grado di aggiornarsi e adeguarsi alle situazione che cambiano. Tra le proposte anche quella di una laurea abilitante di cui ha parlato Costantino Troise, Segretario nazionale ANAAO che ha inoltre sottolineato il diritto di completare il percorso formativo fino all'accesso al mondo del lavoro perchè al momento "*stiamo finanziando la formazione medica di metà Europa*".

E proprio sul confronto con gli altri Paesi Europei si è focalizzato Enrico Reginato, presidente della Federazione europea medici specialisti, che ha descritto i diversi sistemi europei di specializzazione partendo dal presupposto che l'Italia rappresenta un'eccezione nel panorama europeo. In quasi tutti gli altri Paesi il percorso viene fatto negli ospedali sulla base di una programmazione precisa grazie alla quale il numero di posti disponibili per la specializzazione corrisponde al numero dei laureati. Il problema per alcuni Paesi, semmai è un altro, ossia la carenza di medici che secondo i dati della Commissione Europea nel 2020 sarà pari al 13%. Attualmente diversi Paesi, tra cui la Germania, "*importano*" medici non solo dall'Europa. Il problema però è che le condizioni lavorative e la tutela dei lavoratori non è garantita allo stesso modo in tutti gli stati.

È stato inoltre puntualizzato dalla Presidente della FNOMCeO, Roberta Chersevani, che la strada verso l'estero per un medico italiano è senz'altro aperta, l'importante però è che sia una scelta e non un'imposizione dovuta alla mancanza di lavoro in Italia.

"*L'Italia costruisce Ferrari* - ha aggiunto il senatore Amedeo Bianco nell'ambito della Tavola Rotonda collegata al seminario (nella foto al centro) - *per regalarle agli altri Paesi*".

Science & Conscience Corner
di Terry Peacock

***Comiche**...ma se ridi così tanto che ti fa male la pancia è una comica addominale?*

***

***Eventi da ricordare**...nei convegni degli Urologi, il lunch è affidato di solito a un servizio di catetering, da non confondersi con l'omonimo sport olimpico: il lunch del catetering…*

***

***Blitz a effetti speciali**...magnate dei fagioli in scatola arrestato quest'oggi. È accusato di bancarotta flatulenta...*

***

***Conseguenze inaspettate**...passo una serata a mangiare pietanze troppo calde, e mi ritrovo al mattino con una bolla dietro il labbro. Dolore. Bruciore. The day afta…*

***

***Chakra**...È venuto a mancare il signor Plesso. Peccato, era un tipo così solare…*

***

***Rischio tacchi alti**...quando una donna vede un paio di scarpe alte e avverte un fremito e un'accelerata al cuore, ha un attacco di tacchicardia…*

***

***Primo Soccorso**...la Scozia ha obbligato tutti gli uffici pubblici, le scuole e i locali privati ad adeguarsi al nuovo decreto sulla sicurezza sul lavoro. Ognuno di loro dovrà esibire in luogo facilmente raggiungibile il proprio kilt di primo soccorso…*

***

***Contratti particolari**...ogni tanto la mia schiena si blocca, non riesco a muovermi e ho dolore, i muscoli come un blocco unico di cemento incandescente. Poi all'improvviso dopo poco passa. Sono contratto a tempo determinato…*

T.P.

Responsabilità Professionale: APM scrive al Ministro

I medici e i cittadini sono vittime di una situazione che mina il rapporto fiduciario tra medico e paziente. Alleanza per la Professione Medica ha inviato una lettera al Ministro della Salute, ai Presidenti delle Commissioni Sanità di Camera e Senato e alla Presidente FNOMCeO. Di seguito il testo integrale

Gli esseri umani possono sbagliare e l'errore è più frequente nelle organizzazioni complesse. Conseguentemente, dobbiamo attenderci degli errori anche nelle organizzazioni deputate alla salute, come gli ospedali, le case di cura, i laboratori d'analisi, i quali sono certamente delle organizzazioni complesse. Questo significa che ogni cittadino può restare vittima di un errore medico e che ogni medico può commettere un errore professionale.

Con l'evolversi della cultura sociale, la diffusione delle conoscenze e l'ampliamento delle possibilità di cura offerte dalla scienza medica, il cittadino/paziente ha accresciuto l'aspettativa di una completa guarigione, con il recupero integrale della sua forma fisica. Tale aspettativa, talvolta irrealizzabile, è stata alimentata anche dalla diffusione acritica di scoperte non ancora validate, che favoriscono l'identificazione della medicina con una pratica salvifica, che potrebbe garantire un prolungamento della durata della vita a tempo indeterminato.

Negli ultimi decenni del novecento l'importazione di modelli medico-legali dal Nord America ha favorito il diffondersi della conflittualità fra medico e paziente. Il fenomeno ha subito progressivamente un'amplificazione incontrollata, anche grazie alla rispondenza da parte della magistratura. L'incremento del contenzioso giudiziario esprime anche un sottostante scontro di natura politica fra interessi socialmente avvertiti e politicamente rappresentati. Il medico è spesso rappresentato come il cinico detentore di una conoscenza che gli consente di arricchirsi sulle disgrazie altrui e che utilizza le strutture pubbliche a fini privati.

Contemporaneamente, le Aziende sanitarie, incapaci di gestire la spesa, si preoccupano sempre meno di garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti. In molti casi, pur di continuare a erogare la stessa quantità di prestazioni, le Aziende utilizzano personale precario e non adeguatamente formato, ricorrono al servizio della pronta disponibilità, al posto della guardia medica, sapendo di non poter garantire la tempestività nell'intervento. Come se questo non bastasse, in molte aziende sanitarie non viene rispettato il diritto dei medici a usufruire delle pause e dei periodi di riposo, impedendo loro il recupero delle energie psicofisiche e accrescendo di conseguenza il rischio clinico.

La "medicina difensiva" è la prima reazione del medico al rischio di contenzioso sanitario e determina l'aumento dei costi del Servizio sanitario nazionale con un danno enorme che attualmente si ritiene arrivi a pesare sui contribuenti per 10-13 miliardi di euro ogni anno.

Contrariamente a quanto comunemente si ritenga, i medici non possono neanche impartire disposizioni dirette al personale infermieristico, poiché la legge stabilisce che gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva. Detta autonomia ha inciso negativamente sulla direzione unitaria dell'équipe, precedentemente attribuita al primario o direttore del reparto o servizio. Inoltre, la mancata definizione dell'atto medico e i comportamenti ambigui assunti dagli assessori alla salute di alcune regioni contribuiscono ad alimentare i conflitti di competenze fra medici e professioni sanitarie.

In capo a ogni medico, come per ogni altro cittadino, incombe la responsabilità del proprio operato, tuttavia, in caso di contenzioso sul medico grava l'onere di provare la propria diligenza e non, come ci si aspetterebbe, che debba essere il danneggiato a provare la colpa del medico. I medici non comprendono perché possano essere chiamati a difendersi senza che venga preliminarmente identificato o almeno ipotizzato il loro errore. La medicina non è una scienza esatta e non è concepibile che ad ogni prestazione medica debba corrispondere un risultato benefico e in linea con le aspettative del cittadino/paziente.

Un particolare problema all'interno della questione della responsabilità professionale è costituito dai medici dipendenti, la cui obbligazione nei confronti del paziente viene considerata di natura contrattuale, ancorché fondata su quello che è stato definito dalla giurisprudenza come "contatto sociale", vale a dire, il rapporto che si instaura tra il cittadino/paziente che si rivolge ad una struttura sanitaria ed il professionista dipendente da detta struttura. In tal modo, i medici dipendenti, pur non avendo alcuna possibilità di intervenire nella gestione dell'azienda, rispondono penalmente e civilmente degli errori anche in presenza di carenze e disfunzioni della struttura.

In una situazione così controversa il Governo ha pensato bene di introdurre l'assicurazione obbligatoria per i medici, attraverso una legge che contiene una palese contraddizione, poiché obbliga i medici ad assicurarsi e nello stesso tempo non obbliga le compagnie assicurative ad assicurarli con polizze che li tutelino realmente. In tal modo lascia i professionisti in balia di un avido mercato assicurativo che offre solo polizze basate sulla formula del "claims made".

Per cercare delle soluzioni ad un problema così complesso è importante fare chiarezza sul fatto che in campo sanitario, nel quale lo Stato e le Regioni hanno un ruolo concorrente, la questione della responsabilità sanitaria inevitabilmente debba ricadere in primo luogo sullo Stato. Occorre riconoscere che la responsabilità nella società contemporanea equivale alla distribuzione e attribuzione sociale dei rischi tipici delle attività socialmente accettate, perché necessarie utili e socialmente ammesse. [Trimarchi P., "Rischio e responsabilità oggettiva", Milano, Giuffrè, 1961] Di conseguenza, i rischi tipici della sanità ordinariamente non possono essere posti a carico dei singoli sanitari.

Fermo restando che i medici sono aperti a tutti i contributi che possono concorrere alla soluzione di questo complesso problema, ritengono che gli interventi dovrebbero muoversi secondo le seguenti direttive.

Per quanto riguarda i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, così come i rischi tipici dell'attività d'impresa vengono sopportati dall'imprenditore, parimenti lo Stato dovrebbe farsi carico degli errori che si verificano nelle Aziende sanitarie, salvo rivalersi in via amministrativa su chi ha commesso l'errore, in caso di provata inosservanza delle norme.

L'assicurazione obbligatoria per la responsabilità dei medici libero-professionisti dovrebbe poter usufruire di una disciplina rapportabile a quella dell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore. Il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria dovrebbe essere risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste. (L. 189/2012, art.3, c.3).

L'Alleanza si allarga

Entrano ANPO - NUOVA ASCOTI - FIALS

ANPO - NUOVA ASCOTI - FIALS entrano in Alleanza per la Professione Medica. Le nuove adesioni, accolte all'unanimità dall'assemblea di APM, portano a 10 il numero dei Sindacati aderenti all'Aggregazione, che raccoglie unicamente Sigle rappresentative di soli Medici.

Il portavoce di APM, Riccardo Cassi, nell'esprimere soddisfazione per l'ingresso di altre sigle, ha evidenziato che "*con queste nuove adesioni e insieme ad AAROI-EMAC, CIMO e FESMED, Alleanza per la professione Medica raccoglie tutti i sindacati autonomi della dipendenza che hanno scelto di rappresentare esclusivamente i Medici, ritenendo che questa fosse l'unica strada per difendere validamente la categoria.*

La nuova struttura di APM ci permetterà di rafforzare le iniziative che abbiamo deciso di attuare dopo la pausa estiva a sostegno del SSN ed a tutela dei diritti dei cittadini in tema di salute".

L'AAROI-EMAC ha accolto con grande favore l'ingresso di ANPO e di Nuova Ascoti, pur se attualmente federate con FIALS.

Gas Alogenati e Inquinamento Ambientale

Riconosciuto all'AAROI-EMAC il legittimo interesse

Coerentemente con quanto già esposto sul tema, in qualità di Presidente della Commissione Clinical Risk Management della nostra Associazione, nel n° 4/2014 di questo Giornale, a pag. 12, in un articolo sulla necessità di scongiurare il rischio di inquinamento ambientale conseguente all'utilizzo di prodotti contenenti Sevoflurano, ero intervenuto presso la Regione Lazio, in qualità di Presidente dell'AAROI-EMAC regionale, formulando alcune osservazioni tecniche, corredate anche di precisi riferimenti normativi, nel merito di una gara d'acquisto su base regionale, alla quale tali prodotti erano stati ammessi.

La Regione Lazio, dopo avere esaminato tali osservazioni, riconoscendone appieno la fondatezza, con propria determinazione dirigenziale n. G10414 del 21 Luglio 2014, aveva prontamente annullato in autotutela la gara stessa, rimettendo alle singole aziende il compito di approvvigionarsi "*nel rispetto delle procedure interne*" del "*prodotto più confacente al proprio fabbisogno*", tenendo anche conto del prezzo di riferimento regionale.

Nel prosieguo, avverso tale annullamento, una Ditta, parte in causa nella gara in questione, aveva proposto ricorso al TAR del Lazio, che l'aveva respinto con propria sentenza n° 12516/2014; ancora, contro tale sentenza del TAR del Lazio, una Ditta aveva poi presentato ricorso presso il Consiglio di Stato, tra l'altro contestando specificatamente una "*indebita interferenza*" dell'AAROI-EMAC nella vicenda.

Orbene, a tal proposito ho il piacere di poter annunciare, non senza orgoglio, che il Consiglio di Stato, oltre a rigettare il suddetto ricorso, ha esplicitamente ed incontrovertibilmente riconosciuto il ruolo della nostra Associazione, in modo ufficiale, nel delicatissimo ambito della prevenzione dell'inquinamento ambientale, argomentando nella propria sentenza n° 02086/2015 REG.RTC. che «*Quanto all'intervento dell'Associazione di medici anestesisti, esso consiste proprio nella rappresentazione degli interessi (peraltro coincidenti con l'interesse pubblico evidenziato dalla stazione appaltante) degli iscritti, a cui non è certo precluso esprimere la propria opinione in qualità di sanitari addetti alle mansioni che implicano l'uso dell'anestetico, dunque particolarmente e professionalmente esperti in materia; opinione formulata in ambito esterno alla gara, oltretutto mediata dall'intervento del Dirigente dell'area "politica del farmaco". Pertanto, non v'è stata interferenza indebita nella gara stessa da parte dell'Associazione, né per i suoi membri è configurabile l'incompatibilità prevista dall'art. 84, co. 4, del d.lgs n. 163 del 2006*».

Pertanto, l'AAROI-EMAC, attraverso l'intervento della Sezione Regionale Lazio sul tema della prevenzione dell'inquinamento ambientale da gas alogenati, ha pienamente raggiunto due obiettivi di grande rilievo, che in un panorama più ampio potrebbero prospettarsi applicabili anche oltre i confini dello specifico campo degli agenti chimici pericolosi.

Il primo obiettivo, molto importante, si è concretizzato attraverso la suddetta sentenza del TAR del Lazio n° 12516/2014, che consolida in giurisprudenza il principio in base al quale la stazione appaltante non deve tenere soltanto conto del prezzo, ma bensì deve soprattutto tenere in debita considerazione le indispensabili misure di prevenzione e protezione per gli operatori sanitari e per il paziente.

Il secondo obiettivo, non meno apprezzabile, è stato raggiunto proprio attraverso la successiva sentenza del Consiglio di Stato n° 02086/2015 REG.RTC., che riconosce alla nostra Associazione una fondamentale ed indiscutibile legittimità di intervento negli ambiti di tali misure.

Per un approfondimento, vedasi anche l'ottimo articolo a cura dell'Avv. Antonio Oddo, pubblicato sul n° 4/2015 della Rivista ISL "Igiene e sicurezza del lavoro", alle pagg. 169-176, dal titolo "*La sicurezza degli operatori è imprescindibile nelle strategie di gara per l'acquisizione dei prodotti*").

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

Nota Bene: le "Pagine Utili" riportano esperienze professionali e/o fonti scientifiche sugli argomenti trattati, ma non devono in alcun modo essere intese come linee-guida o raccomandazioni a valenza medico-legale

le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Blocchi centrali nelle partorienti con patologie intracraniche

Anesthesiology 2013; 119:703-18

Per l'effetto della riduzione dei casi mortali per anestesia generale per il parto cesareo da 16,8 casi per milione (1991-1996) a 6,5 per milione (1997-2002), il blocco centrale (spinale e/o epidurale) resta la tecnica di scelta per la maggior parte di questi interventi.

L'applicazione tempestiva e sicura del blocco centrale può evitare la strumentazione delle vie aeree della partoriente, l'esposizione del feto all'effetto tossico dell'anestesia generale sullo sviluppo del cervello, l'alto rischio di risvegli durante l'anestesia generale e l'effetto di rilasciamento uterino degli anestetici per inalazione.

Inoltre il blocco centrale per il parto cesareo permette alla partoriente e al compagno di vivere l'esperienza della nascita. Per l'analgesia postoperatoria la letteratura è favorevole all'uso di oppioidi per via epidurale per migliorare l'efficacia rispetto alla somministrazione endovenosa o intramuscolare degli oppioidi.

È ben noto che per il travaglio, l'analgesia epidurale determina un'importante riduzione del punteggio della scala del dolore rispetto alla somministrazione ripetuta di meperidina per via endovenosa o intramuscolare, all'inalazione di protossido d'azoto, o ad altri supporti non farmacologici.

Si ritiene che le partorienti con lesioni cerebrali abbiano un aumento della pressione intracranica (PIC) e il rischio di erniazione è citato frequentemente come una controindicazioni al blocco centrale.

Per la gestione di queste pazienti e per verificare quale di loro possono essere sottoposte ad anestesia o analgesia spinale e/o epidurale, dobbiamo conoscere i fattori che contribuiscono all'erniazione del tessuto cerebrale, come un aumento della PIC, l'edema cerebrale o l'idrocefalo.

Gli anestesisti devono valutare i rischi e i vantaggi relativi di un blocco centrale per queste pazienti e programmare una gestione periparto.

Di seguito sono analizzati i più importanti concetti di anatomia e fisiologia cerebrale e sono discussi casi della letteratura di anestesia ostetrica e neurologica per illustrare il rischio dei blocchi centrali nelle pazienti con patologia intracranica. Sono riportati esempi di partorienti con tumori cerebrali, malformazioni di Arnold-Chiari, ipertensione intracranica benigna, e lesioni vascolari intracerebrali e presentato un approccio pratico per determinare se la partoriente è o non è una candidata all'anestesia spinale, epidurale e altre tecniche di analgesia centrale.

ANATOMIA E FISIOLOGIA INTRACRANICA

Le tre componenti principali intracraniche

Per valutare l'associazione tra PIC ed erniazione cerebrale è indispensabile comprendere la compliance intracranica. La compliance è la relazione tra PIC e volume delle componenti primarie intracraniche (cervello, liquor e sangue) all'interno della struttura rigida del cranio. La figura 1 illustra il contributo in volume di queste tre componenti in condizioni normali. Di seguito sono spiegate l'alterazione di ciascuna di queste componenti intracraniche e le leggi fisiche che regolano la compliance.

Tessuto cerebrale. Il cervello ha un volume di 1400 ml ed è costituito prevalentemente da acqua intra ed extra cellulare (fig. 1) che

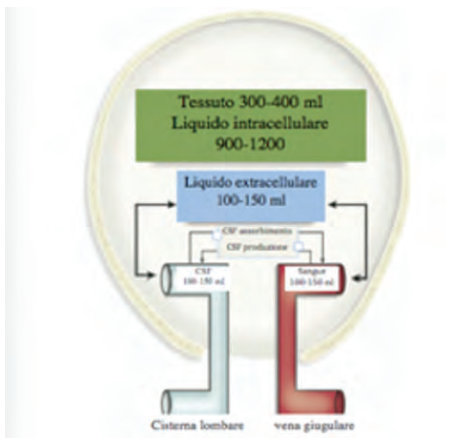


Figura 1. Illustrazione schematica delle tre principali componenti intracraniche – cervello, liquor (CSF) e sangue – e loro contributo volumetrico relativo.

è relativamente incomprimibile. Il volume del tessuto cerebrale può aumentare per una crescita patologica di cellule di un tumore cerebrale benigno o maligno o per un aumento dell'acqua intra o extracellulare. I tumori cerebrali maligni, una forma comune di una lesione che occupa spazio, si accompagnano a edema cerebrale localizzato, tessuto necrotico ed emorragia che determinano un nuovo aumento del volume cerebrale. Gli anestesisti sono pertanto riluttanti a eseguire un blocco centrale nei pazienti con queste patologie per paura di determinare un'erniazione e causare un deterioramento neurologico.

CSF. Il volume del liquido cefalorachidiano (CSF) è di circa 150 ml ed è contenuto nei ventricoli cerebrali, un sistema di camere comunicanti che collega le cavità intracraniche con lo spazio subaracnoideo spinale e la cisterna lombare (fig. 1). Il CSF circola tra i due ventricoli laterali, il terzo ventricolo, l'acquedotto e il quarto ventricolo.

Passa poi attraverso il forame occipitale alla base del cranio nello spazio subaracnoideo spinale che termina nella cisterna lombare. Il CSF è prodotto dai plessi coroidei nella porzione intracranica del sistema a una velocità di 20 ml/h. In condizioni normali, il CSF intracranico comunica liberamente con lo spazio subaracnoideo extracranico.

Il CSF è infine riassorbito dalle granulazioni aracnoidee che si svuotano nei seni venosi intracranici che sono canali non comprimibili scavati nell'osso del cranio (fig. 2).

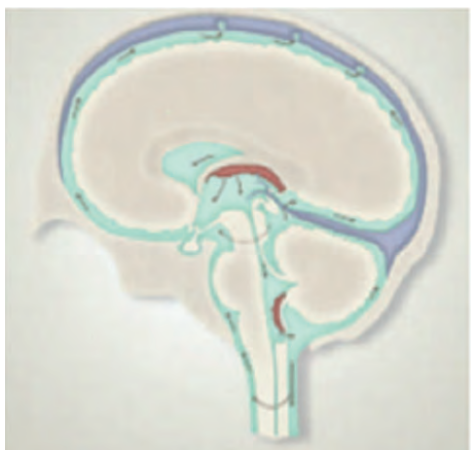


Figura 2. Illustrazione schematica della circolazione del CSF, la direzione del flusso del CSF è indicata da frecce scure e il plesso coroideo dove è prodotto il CSF è indicato in rosso.

Il sistema del CSF gioca un ruolo nello scambio dei nutrienti e nell'allontanamento delle scorie dal sistema nervoso centrale e peraltro funziona come una vescica comprimibile e un cuscino dentro e attorno al cervello. Di solito sono prodotti circa 400-550 ml di CSF ogni giorno. Ciascuno dei due compartimenti del CSF intracranico e spinale contiene circa 150 ml di CSF e il resto è continuamente riassorbito.

La pressione normale del CSF varia tra 13 e 20 cm H20 se misurata con un manometro o meno di 10-15 mmHg se misurata con un dispositivo a fibre ottiche. Se il flusso all'interno dei ventricoli o tra i ventricoli è ostacolato, si sviluppa un idrocefalo "non comunicante" o ostruttivo (fig. 3).

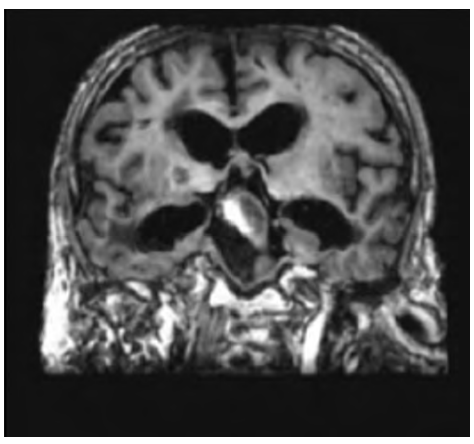


Figura 3. Risonanza magnetica del cervello con ostruzione del 3° ventricolo.

Idrocefalo (dal greco acqua nel cervello) è un rilievo radiologico di aumento del volume ventricolare. Un aumento del volume ventricolare non si accompagna sempre a una pressione aumentata. Per esempio quando l'atrofia cerebrale causa dilatazione dei ventricoli (ventricolomegalia) e "idrocefalo ex vacuo" di solito la PIC è normale. L'idrocefalo che si accompagna a PIC aumentata può essere dovuto ad alterato assorbimento del CSF (idrocefalo comunicante) o al flusso ostruito del CSF (idrocefalo ostruttivo).

In genere, mentre un'improvvisa e grave ostruzione del flusso del CSF intracranico può determinare sintomi entro minuti o ore, l'inizio del peggioramento neurologico per un'ostruzione parziale può essere molto ritardato di giorni o settimane. Come descritto in seguito, *le partorienti con idrocefalo non comunicante presentano un maggiore rischio relativo di deterioramento neurologico acuto rispetto a quello con idrocefalo comunicante in seguito a una puntura spinale intenzionale o accidentale*.

Volume del sangue cerebrale. I vasi intracranici e il sangue al loro interno assolvono numerose funzioni vitali comprese quella di permettere lo scambio di ossigeno, dell'anidride carbonica, del glucosio, e degli aminoacidi nel tessuto cerebrale.

Il volume normale del sangue cerebrale di circa 150 ml (fig. 1) è influenzato da numerosi fattori, compreso il grado di vasocostrizione e vasodilatazione in risposta alle condizioni del tessuto vicino o alla pressione parziale di C02.

Oltre a costituire una barriera fisica per impedire l'entrata di alcune grosse molecole o so-stanze dannose, la barriera emato-encefalica regola il flusso di nutrienti, ioni, e liquidi al cervello.

Anche se è costituita da una membrana multistrato complessa progettata per supportare l'attività elettrica neuronale ottimale e il metabolismo, non è completamente impermeabile come molti credono.

Anche in condizioni normali la barriera ematoencefalica permette il passaggio non solo di molecole desiderabili ma anche di quelle non desiderabili come l'alcool e anche altre sostan-ze proibite.

In presenza di un tumore maligno o di condizioni come l'eclampsia, la rottura della barriera emato-encefalica determina frequentemente la comparsa di edema vasogenico con aumento dell'acqua extracellulare e quindi del volume del tessuto all'interno della scatola cranica.

Alterazioni dei vasi del sangue all'interno del cervello possono avere un effetto sul volume intracranico in diversi modi. Alterazioni della parete delle arterie e delle vene possono pro-durre dei tratti displasici o aneurismi, malformazioni artero-venose o fistole che possono sanguinare, rompersi o occludersi. Le piccole vene durali a ponte e le piccole arterie nelle vasculopatie ostruttive, come la Moyamoya, sono fragili e con un rischio di rottura elevato. Se i vasi si rompono, si ha un'emorragia intracranica (emorragia sottodurale, intracerebrale, suba-racnoidea). L'occlusione delle vene può determinare un'emorragia intracerebrale secondaria. Tutte le emorragie intracraniche o qualsiasi altro aumento del volume cerebrale improvviso possono determinare un aumento della PIC impedendo il libero flusso del liquor con un effetto massa sul sistema ventricolare o determinando una trombosi nei ventricoli. Inoltre la trombosi arteriosa o venosa può determinare un edema vasogenico o citotossico che può aumentare la PIC e quindi il volume dei tessuti. Tutte queste condizioni possono aumentare il rischio di deterioramento neurologico associato al blocco centrale.

Compliance intracranica

All'interno delle ossa craniche non distensibili la somma totale dei volumi resta costante, per cui l'aumento di volume di una componente determina una riduzione compensatoria dell'altra.

Questo "gioco a somma zero" dei volumi del cervello, CSF e sangue è noto come principio di Monro–Kellie. La compliance intracranica (C) è definita come la variazione di pressione (ΔP), che deriva da una determinata variazione di volume (ΔV) o $C = \Delta P/\Delta V$. La compliance intracranica deriva dalla somma delle compliance di ciascuno dei tre elementi intracranici. Il volume cerebrale contribuisce alla parte ripida della curva perché è composto principalmente da acqua intracellulare e extracellulare che per loro natura non è comprimibile.

La pendenza iniziale della curva della compliance intracranica è appiattita perché, in condizioni normali un volume equivalente di sangue o di liquor può essere sposato fuori dal cranio all'aumentare del volume cerebrale. Quando il sangue o il liquor non riescono più a uscire dal cranio (o per ostruzione o per esaurimento) essi contribuiscono all'aumento della pressione come qualsiasi altra sostanza incomprimibile all'interno della scatola cranica rigida.

Poiché aumenti di volume del cervello piccoli e lenti spesso determinano con successo lo spostamento di CSF o sangue nelle rispettive riserve extracraniche, la curva della compliance intracranica inizialmente è piatta (fig. 4).

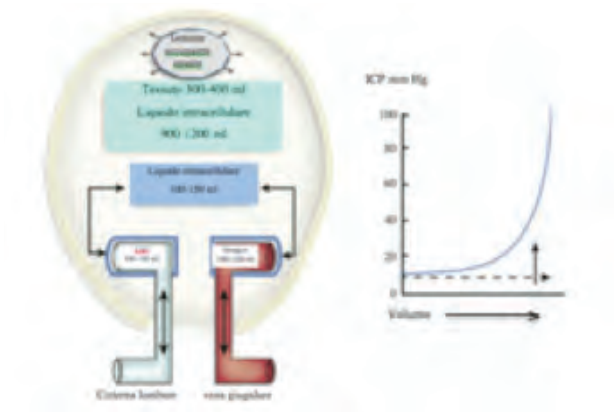


Figura 4. Schema dell'impatto di una lesione occupante spazio delle tre principali componenti intracraniche: tessuto cerebrale; CSF e sangue e loro rispettivi volumi. Il grafico a destra evidenzia la compliance intracranica.

Tuttavia una volta che quest'adattamento della compliance nel sistema intracranico si esaurisce, ulteriori piccoli aumenti di volume intracranico possono determinare un aumento importante e rapido della PIC (fig. 4).

L'IMPATTO DELLE ALTERAZIONI FISIOLOGICHE DI BASE E LE MODIFICAZIONI DURANTE LA GRAVIDANZA E IL TRAVAGLIO

Nei soggetti normali, la risonanza magnetica del cervello mostra che durante la sistole cardiaca il CSF si sposta dallo spazio intracranico nello spazio subaracnoideo spinale. Questo fenomeno è la risposta fisiologica al corrispondente aumento del volume del cervello-sangue che avviene a ogni contrazione sistolica (un esempio di omeostasi basato sul principio di Monro-Kellie).

Durante la diastole, il CSF torna nello spazio intracranico. *Quindi, le modificazioni fisiologiche del volume del sangue cerebrale sono costituite da un transitorio aumento della PIC seguite da un rapido equilibrio che non compromette la funzione neurologica*. Si è visto che anche il ciclo respiratorio può produrre piccoli e ben tollerate oscillazioni della pressione del CSF.

Sono stati eseguiti numerosi studi sull'effetto della gravidanza, del travaglio e della manovra di Valsalva prolungata sul volume del CSF e sulla PIC. Hogan ha dimostrato che l'obesità e la compressione addominale esterna, simulando l'effetto dell'utero gravido determinano una riduzione del volume del CSF lombare. Ha ipotizzato che il meccanismo di spostamento del CSF lombare sia determinato dalla compressione dello spazio subaracnoideo spinale attraverso il tessuto molle circostante i forami intervertebrale dell'addome e del torace.

Nel 1960, Marx ha misurato la pressione lombare del CSF in 20 donne gravide normali, a riposo e durante il travaglio, e ha trovato un aumento della pressione CSF con contrazioni solo quando la partoriente ansimava, spingeva, o metteva in funzione i muscoli respiratori. Successivamente, utilizzando informazioni più precise con la misura della pressione intrauterina continua mediante cateteri, Hopkins è stato in grado di dimostrare che la pressione CSF aumenta con le contrazioni in modo prevedibile, con un aumento medio di 2,5 mmHg. Quest'aumento corrisponde a un aumento della pressione venosa centrale, che si mantiene anche durante il sonno o il blocco sensitivo completo. Questi risultati illustrano che la PIC è influenzata dalle pressioni dei compartimenti adiacenti del torace, dell'addome e dei fluidi al loro interno. Le pressioni in questi compartimenti sono più importanti quando i soggetti sono sulla parte ripida della curva di compliance intracranica.

L'effetto dell'iniezione epidurale lombare

L'iniezione di farmaci nello spazio epidurale lombare comprime il sacco durale, altera la compliance dello spazio subaracnoideo spinale e sposta il CSF in alto verso il cranio. La gravidanza e il travaglio aumentano la pressione epidurale lombare di base, un effetto che è più intenso rispetto all'effetto della gravidanza sulla pressione lombare del CSF. L'aumento della pressione epidurale si manifesta lentamente durante la gravidanza e potrebbe essere dovuto all'aumento del volume del sangue delle vene epidurali distese. Nella popolazione non gravida gli studi sull'animale e sull'uomo hanno confermato che i soggetti con PIC aumentata di base presentano un maggiore aumento transitorio della PIC dopo iniezione epidurale rispetto ai soggetti con PIC normale prima dell'iniezione. In particolare *in un paziente con una PIC pre-iniezione elevata un bolo di 10 ml di anestetico locale somministrato in 20-30 secondi determina un aumento medio della PIC di 21 mmHg (da 18,8 a 39,5 mmHg) della durata di 4,5 minuti rispetto ad un aumento medio di 6 mmHg (da 9,3 a 15,6 mmHg) per 2,3 minuti in un paziente con PIC normale prima dell'iniezione*.

Riducendo il volume d'iniezione a 5 ml in un paziente con PIC alta prima dell'iniezione si riducono fortemente le modificazioni della PIC a 5 mmHg per una durata di 2,8 minuti. In un modello porcino con PIC alta, si è visto che l'iniezione epidurale si correla con più del 90% della riduzione transitoria del flusso ematico cerebrale.

PATOLOGIA INTRACRANICA E RISCHI DEL BLOCCO CENTRALE PER ANESTESIA E ANALGESIA

In condizioni normali il volume intracranico normale (cervello, CSF e sangue cerebrale) è sufficientemente basso per cui nonostante le comuni alterazioni fisiologiche associate al ciclo cardiaco e respiratorio come anche quelle della gravidanza e del parto vaginale, le variazioni della PIC oscillano in un range normale e non determinano conseguenze neurologiche.

Tuttavia le modificazioni patologiche nel tessuto cerebrale, del CSF o del volume del sangue cerebrale possono rompere questo equilibrio e determinare un aumento della PIC, lo spostamento dei tessuti cerebrali e la rottura di vasi cerebrali danneggiati.

L'impatto delle lesioni che occupano spazio. La diagnosi di massa cerebrale durante la gravidanza può essere devastante. Fortunatamente l'incidenza di tumori cerebrali maligni durante la gravidanza è molto bassa sebbene non ben quantificata. La gravidanza non modifica la frequenza di base dello sviluppo di tumori cerebrali. *Tra i tumori intracranici scoperti durante la gravidanza a causa della comparsa di sintomi neurologici il glioma è quello più frequente, seguito dal meningioma e dal neurinoma dell'acustico.* Tumori come il meningioma e l'adenoma ipofisario possono essere ormoni-produttivi e pertanto ingrandirsi durante la gravidanza.

Fondamentale per valutare il possibile deterioramento neurologico causato dal blocco centrale in presenza di un tumore al cervello o di altra lesione occupante spazio è l'analisi del suo effetto sulla compliance intracranica.

Sebbene si possano prendere in considerazione molti fattori, le caratteristiche più importanti della lesione sono la sua posizione e le dimensioni, la rapidità con cui il tessuto cerebrale globale e il volume associato è aumentato, e la presenza d'immagini che evidenziano lo spostamento preesistente di fluidi o tessuti o l'ostruzione della circolazione del CSF.

Per eseguire in sicurezza qualsiasi puntura durale, dovrebbe essere mantenuta la circolazione del CSF ed essere assente una sostanziale differenza di pressione tra il compartimento intracranico e spinale.

Se è presente una differenza di pressione quando si ha una sufficiente perdita di volume attraverso la puntura durale si può spingere il tessuto cerebrale a spostarsi da un compartimento all'altro.

Inoltre, poiché ci sarà sicuramente una perdita di liquor lombare dopo una puntura durale, *ci dovrebbe esserci una grande quantità di CSF a livello intracranico in modo che per equilibrare la pressione si sposterà il CSF piuttosto che il tessuto cerebrale*. La decisione finale sarà il risultato della valutazione di molti fattori contemporaneamente, poiché vi sono spesso rischi concorrenti.

Le seguenti generalizzazioni sulle partorienti con lesioni occupanti spazio non sono supportate dall'evidenza:

- una lesione occupante spazio si accompagna sempre a una PIC aumentata;
- una PIC normale è sempre espressione di un basso rischio di erniazione dopo puntura durale;
- l'aumento della PIC si accompagna sempre a un rischio elevato di erniazione dopo puntura durale;
- la somministrazione di anestetico per via epidurale è un'alternativa sicura rispetto a una puntura durale che anche con aghi spinali sottili è troppo rischiosa;
- un anestetico per via spinale con un ago sottile è un'alternativa sicura rispetto ad una puntura durale durante il posizionamento di un ago epidurale considerato troppo rischioso;
- se tutti i tipi di blocco centrale presentano rischi di erniazione, è sempre preferibile l'anestesia generale;
- una partoriente con una lesione arteriosa o venosa non deve essere sottoposta a blocco centrale per un rischio aumentato di rottura dei vasi.

La lesione occupante spazio si accompagna sempre a un aumento della PIC?

Se un tumore primitivo del cervello o una metastasi cerebrale è localizzato in una zona lonta-na dal flusso del CSF ed è di dimensioni piccole o moderate o cresce lentamente col tempo può non causare o causare un modesta compressione ventricolare e non avere alcun effetto sul flusso del CSF.

Un esempio comune sarebbe un piccolo glioma nel lobo frontale anteriore a crescita lenta. Questo tumore può causare una distorsione meccanica del tessuto cerebrale o un effetto massa minimo.

Come descritto in precedenza, ci può essere un aumento della PIC scarso o nullo in quanto l'aumento di volume del cervello è compensato dallo spostamento caudale del CSF o del volume di sangue cerebrale.

Una perdita improvvisa di CSF lombare nel momento della puntura durale causerà un gra-diente di pressione transitoria attraverso il forame magno. In questa situazione, si sposterà il CSF e non il tessuto cerebrale dallo spazio intracranico nel distretto lombare del CSF. In altre parole non ci dovrebbe essere erniazione del tessuto cerebrale. Allo stesso modo, ci si aspetterebbe che in questo paziente con una PIC normale prima dell'anestesia, l'aumento transitorio della PIC associato all'iniezione epidurale sarebbe anche ben tollerato.

Ci sono diversi esempi di casi illustrativi riportati in letteratura in cui partorienti con tumori cerebrali benigni o maligni sono state sottoposte con successo ad anestesia epidurale per parto cesareo o vaginale.

Tipicamente, queste pazienti non avevano sintomi clinici o segni di aumento della PIC (ad esempio, mal di testa, nausea, vomito, diminuzione della vigilanza, convulsioni recenti, emiparesi, o alterazioni della pupilla) e immagini radiologiche suggestive di un aumento della PIC (tabella 1).

Al contrario se le lesioni intracraniche ostruiscono parzialmente o completamente la circolazione del CSF allora il rischio di erniazione del cervello è aumentato dopo puntura durale volontaria o involontaria.

Ciò è molto probabile che accada se la lesione si trova in un segmento anatomicamente vicino al sistema ventricolare (ad esempio, in prossimità del terzo ventricolo o acquedotto cerebrale) o presso il forame magno. Se la lesione cresce, sposta il CSF intracranico caudalmente, o in caso di ostruzione di deflusso liquorale, causa aumento del volume ventricolare e idrocefalo.

Tabella 1. Manifestazioni associate ad aumento della PIC

Manifestazioni cliniche:

- Modificazioni pupillari o asimmetria
- Movimento degli occhi alterato
- Emiparesi
- Volto stanco
- Comparsa di convulsioni
- Ridotto livello di coscienza

Rilievi radiologici della TAC o RMN

- Dura madre tesa
- Circonvoluzioni appiattite
- Solchi ridotti
- Scomparse delle cisterne
- Ventricoli schiacciati (o se ostruiti dilatati)
- Spostamento laterale delle strutture mediane
- In stadio avanzato, lo spostamento del tessuto cerebrale da un compartimento a un altro.

Le lesioni occupanti spazio che riducono l'apertura del forame magno solitamente grande, si trovano nella fossa posteriore, causano una strozzatura al flusso del CSF e possono mettere la partoriente a rischio significativo di ernia. Questo può essere causato da tumori benigni o maligni ovunque nella fossa posteriore o all'apertura del forame magno. Si può anche verificare con tonsille cerebellari basse, a causa di un preesistente Arnold-Chiari, o per ipotensione intracranica da una perdita di CSF persistente. Se il CSF intracranico è esaurito e la pressione del CSF lombare si riduce improvvisamente per una puntura durale, allora il tessuto cerebrale si potrà spostare in una zona intracranica vicina (cioè, ernia transtentoriale o uncale) o nel canale vertebrale (ernia tonsillare); ne consegue in genere un significativo deterioramento neurologico.

Nella sua review sull'erniazione del cervello da puntura lombare, van Crevel ha descritto lo spostamento del cervello con reperti d'immagini di modificazioni anatomiche come la distensione della dura madre, l'appiattimento delle circonvoluzioni, la riduzione dei solchi, la scomparsa delle cisterne, i ventricoli compressi e nello stadio avanzato l'erniazione, per esempio lo spostamento del cervello da un compartimento intracranico all'altro.

L'evidenza relativa alla sicurezza della puntura lombare diagnostica nei pazienti con sospetta meningite acuta batterica peraltro apporta un'importante lezione per la gestione delle partorienti con patologia intracranica e aumentata pressione intracranica. La puntura lombare in questa condizione di solito è eseguita con un ago spinale a punta di Quinke di calibro 20 G poiché aghi di calibro inferiore non consentono un adeguato drenaggio del liquor denso infetto.

La brusca riduzione della pressione liquorale lombare associata alla puntura lombare è spesso coinvolta nel deterioramento neurologico di alcuni pazienti in cui si ha erniazione immediatamente dopo la procedura, nonché di altri che manifestano i sintomi 12-24 h più tardi.

Si ritiene che i maggiori indizi dei pazienti ad alto rischio di erniazione siano la presenza di segni clinici d'imminente o preesistente ernia fatale, in particolare il deterioramento del livello di coscienza, segni di sofferenza del tronco (ad esempio, modificazioni o asimmetrie pupillari, alterata motilità oculare, sguardo divergente, disfagia, respiro irregolare), recente comparsa di convulsioni, o presenza di emiparesi.

Se i segni di ernia si aggravano, allora è di particolare importanza porre attenzione alle vie aeree, alla respirazione, alla circolazione sistemica e cerebrale. Le manovre consigliate per ridurre rapidamente la PIC comprendono la terapia iperosmolare (ad esempio, la rapida infu-sione endovenosa di 100 g di mannitolo o 15-30 cc di soluzione salina al 23,4%), l'intubazione, e l'iperventilazione (con obiettivo di una PaCO2 di 25-30 mmHg), mentre si esegue una consulenza neurochirurgica d'emergenza. Se è inserito un ago spinale, si deve reinserire il mandrino e mantenerlo in situ fino alla normalizzazione della PIC evitando così la perdita di un grande volume di CSF.

Una PIC normale è sempre indice di basso rischio di ernia dopo la puntura durale?

Se l'espansione di una massa intracranica avviene molto lentamente, nell'arco di settimane o mesi, può causare pochi sintomi associati con una PIC elevata che potrebbe essere nei limiti superiori della norma. Ciò che è importante è che questi pazienti hanno esaurito tutte le riserve per tollerare l'eventuale differenziale di pressione attraverso il forame magno per cui ogni piccolo cambiamento di volume intracranico causerà uno spostamento di tessuto cerebrale, piuttosto che del volume di sangue o di liquor. Un grande tumore dell'emisfero destro con un importante edema intorno che causa un grave effetto massa e lo spostamento del tessuto cerebrale (ernia sottofalciana) è mostrato nella figura 5.

Se si tentasse una puntura durale, questo paziente presenterebbe sicuramente un rischio aumentato di ernia.

Le partorienti con malformazioni di Arnold-Chiari rappresentano una sfida interessante per valutare la sicurezza dei blocchi centrali. Poiché, per definizione, le tonsille cerebellari discendono almeno 5 mm attraverso il forame magno, ci può essere l'ostruzione parziale o intermittente del flusso del CSF e un'ernia dinamica o statica del tessuto cerebrale. Le partorienti con la forma più comune, di tipo I, possono essere asintomatiche o possono

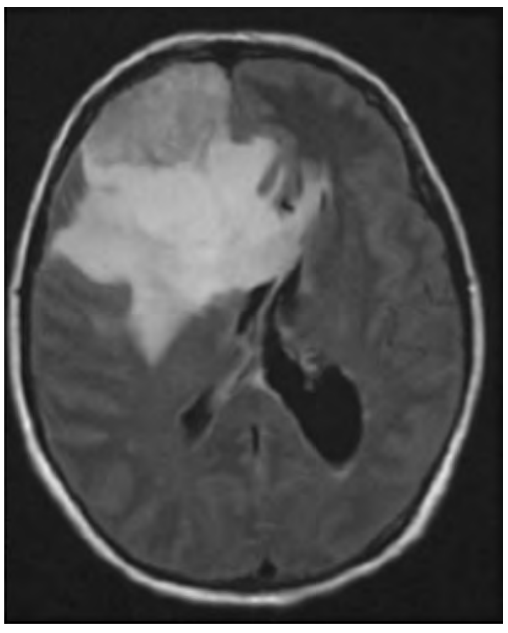


Figura 5. Immagine di un grosso tumore frontale destro che comprime il ventricolo laterale, causa un ernia sottofalciana e lo spostamento dalla linea mediana causa l'ostruzione del forame di Monro e dilatazione del corno laterale temporale sinistro.

manifestare sintomi, come mal di testa, atassia e/o menomazioni sensitivo-motorie delle estremità. Le pazienti con malformazione Chiari classica di tipo II, malformazioni normalmente presenti nella prima infanzia, con associato un mielomeningocele, il tessuto cerebellare e il tronco encefalico si spingono nel forame magno con conseguente apnea episodica, disfunzione dei nervi cranici e debolezza delle estremità superiori. Nella malformazioni tipo III Chiari, vi è un ulteriore protrusione del cervelletto e del tronco cere-brale nel forame magno e nel midollo spinale, con conseguente grave disfunzioni neurologiche. La malformazione di tipo IV comporta ipoplasia cerebellare. La correzione chirurgica con successo della malformazione di Arnold-Chiari con decompressione craniocervicale ex-traaracnoidale e plastica durale rimuove l'ostacolo e migliora queste malformazioni. Tuttavia, alcune delle anomalie associate, come per esempio un midollo spinale bloccato, può persistere e rappresentare una controindicazione importante al blocco centrale.

Numerose descrizioni singole e una serie di 30 parti documentano il successo dell'anestesia e analgesia spinale e epidurale in un gruppo eterogeneo di pazienti con malformazioni di Chiari. Tra loro ci sono pazienti in cui la malformazione era stata diagnosticata o non diagnosticata in precedenza, e tra quelli diagnosticate in precedenza, c'erano alcune corrette chirurgicamente e altre non corrette.

Nella casistica pubblicata una delle partorienti con una malformazione Arnold-Chiari non corretta era stata sottoposta ad anestesia combinata spinale-epidurale e ha manifestato una cefalea post-puntura durale. Fortunatamente, è stata trattata con successo con un blood patch di sangue epidurale. È stata l'unica partoriente ad avere una complicanza correlata all'anestesia in quella serie. In un'altra pubblicazione, è stata descritta una malformazione di Arnold-Chiari in una partoriente che ha sviluppato un persistente mal di testa, dopo un'anestesia epidurale fallita, seguita da un'anestesia spinale che ha richiesto ripetuti tentativi. Poiché il mal di testa non ha risposto a un blood patch epidurale, una successiva risonanza magnetica del cervello ha rivelato la malformazione di Arnold-Chiari. C'è un numero crescente di comunicazioni pubblicate di pazienti con cefalea persistente dopo puntura durale, in cui una successiva risonanza magnetica del cervello ha evidenziato la discesa cerebellare espressione di una malattia di Arnold-Chiari acquista.

Questi casi confermano che la puntura durale con aghi di grosso calibro o la persistente liquorrea può determinare una discesa cerebellare, anche in pazienti senza preesistente malformazione di Chiari. Come tale, può essere ragionevole procedere a un'anestesia o analgesia spinale o epidurale nelle partoriente con una malformazione asintomatica di Arnold-Chiari, di tipo I con minima discesa tonsillare iniziale. Tuttavia se è stata eseguita un'involontaria puntura durale con un ago di grosso calibro e/o compare una cefalea persistente o altri sintomi neurologici è necessaria una consulenza neurologica e l'esecuzione precoce di un blood patch.

Una PIC aumentata significa sempre un'elevata incidenza di ernia dopo la puntura durale?

L'ipertensione intracranica idiopatica o benigna (noto anche come pseudo tumor cerebri) è una condizione comune, in cui una PIC aumentata non implica il rischio di ernia dopo la pun-tura durale. Questo disturbo che di solito si verifica nelle donne obese in età fertile, è definito da un aumento della ICP (> 20 centimetri H2O) con composizione del CSF normale e l'assenza di una causa nota di fondo (come una lesione occupante spazio o vascolare, effetto massa, o idrocefalo).

Il volume di CSF extra ventricolare e la PIC sono elevati in queste donne, che spesso presentano sintomi di mal di testa, rigidità del collo, papillo-edema, e perdita della vista. Tuttavia, non vi sono ostacoli al flusso di CSF e non c'è nessuna differenza di pressione basale tra i compartimenti CSF intracranici e spinali. Pertanto, un improvviso calo di volume CSF durante la puntura lombare durale, sarà rapidamente compensato dal flusso caudale del liquor e non comporta lo spostamento del cervello o erniazione. In realtà, punture lombari seriali per la rimozione deliberata di grandi volumi di CSF, insieme con il controllo del peso, diuretici e steroidi sono i pilastri della terapia per la malattia. In queste pazienti l'anestesia neurassiale è stata usata efficacemente per partorienti con ipertensione endocranica benigna con o senza shunt. Un dosaggio incrementale lento del farmaco epidurale è meglio tollerato nei pazienti sintomatici; altrimenti potrebbero verificarsi esacerbazione dei sintomi a causa dell'aumento della PIC prima del travaglio. Sono stati raccomandati dosi di 5 cc ogni 5-7 min.

L'anestesia epidurale è una scelta sicura quando una puntura durale, anche con un ago spinale piccolo calibro, è considerata troppo pericolosa? Al contrario un'anestesia spinale con un ago di piccolo calibro è una scelta sicura quando una puntura durale accidentale durante il posizionamento epidurale è considerato troppo pericoloso?

Perché il posizionamento epidurale di un ago comporta sempre il rischio di una puntura durale anche nelle mani esperte, essa non è mai un'alternativa completamente sicura se l'anestesia spinale è controindicata. Ciò è particolarmente vero quando l'accidentale puntura durale avviene durante il posizionamento epidurale di un ago di calibro molto grande. Viceversa, anche un ago spinale di piccolo calibro provoca una lacerazione durale e potenziale perdita di CSF, quindi l'anestesia spinale non è priva di rischio quando si cerca di evitare una rilevante perdita di CSF.

In modelli sperimentali in vitro si è evidenziato che le punture durale con aghi di calibro più piccolo determinano una durata più breve della perdita di CSF: *la perdita di liquidi cessa entro 5 minuti nel 10% delle punture durali realizzati con un ago 22 G e nel 65 % di quelli realizzati con un ago 29 G*. Il confronto sul cadavere delle perdite dopo puntura con aghi epidurali con calibro compreso tra 17 e 20 G ha evidenziato che l'ago 20 G determina la minore perdita. La misura non invasiva della perdita di liquor dopo una puntura lombare ha dimostrato notevoli variazioni nella quantità di perdita di CSF, anche quando si usa lo stesso ago. In sintesi, ci sono ampie prove che la fuoriuscita di liquor può persistere dopo la puntura durale con aghi spinali e epidurali e che fino ad oggi, nulla può prevenire in modo affidabile la cefalea dopo puntura durale da ipotensione cerebrale compreso il posizionamento del paziente, il blood patch profilattico o la somministrazione endovenosa di farmaci. Sono stati descritti casi di anestesia epidurale e spinale con aghi di piccolo calibro in pazienti con lesioni intracraniche con effetto massa.

Tuttavia, ci sono due casi salienti che illustrano i pericoli dell'anestesia neurassiale quando la puntura durale è considerato rischiosa. Su ha descritto una partoriente con ernia cerebrale fatale dopo accidentale puntura durale associato ad analgesia epidurale per il travaglio e il parto. Nel corso del travaglio, ha sviluppato un forte mal di testa e ipertensione sistemica e, infine, dopo il parto, coma profondo. La tomografia computerizzata cerebrale urgente ha rivelato un tumore nell'emisfero sinistro, spostamento della linea mediana a destra e ernia transtentoriale. La spiegazione più probabile per il danno neurologico di questa paziente è che l'aumento del volume intracranico determinato dal tumore non riconosciuto, aveva esaurito i suoi meccanismi di compensazione, con spostamento sulla porzione ripida della curva della compliance intracranica prima dell'anestesia epidurale. L'aumento del volume intracranico durante le contrazioni del travaglio e le manovre di Valsalva durante il parto probabilmente hanno spinto la PIC su valori pericolosi. La PIC aumentata probabilmente ha provocato la traslocazione della maggior parte del CSF intracranica nel distretto lombare con collasso associato dei ventricoli. L'associazione della puntura durale accidentale ha determinato una perdita continua di CSF lombare, creando un ulteriore gradiente di pressione attraverso il tentorio. Quando si è esaurito il compenso dello spostamento a livello spinale del CSF intracranico, si è avuta la traslocazione del tessuto cerebrale, con la formazione di un'ernia transtentoriale.

In un'altra partoriente con un esteso tumore frontoparietale noto è stato indotto il parto vaginale in analgesia epidurale per la presenza di sintomi di PIC aumentata.

Nonostante questo espediente, l'assenza di manovre di Valsalva e l'assenza di puntura durale la paziente durante il parto ha accusato intensa cefalea. Una TAC urgente dopo il parto ha evidenziato un aumento del volume del tumore e un idrocefalo ostruttivo controlaterale. Questo era causato da un ventricolo laterale bloccato incapace di svuotarsi poiché la sua comunicazione nel sistema ventricolare attraverso il forame di Monro era bloccata. Sebbene il suo tumore è stato decompresso con urgenza, la signora ha manifestato un effetto massa per edema e infine a un'erniazione del cervello mortale.

Questi casi evidenziano che il posizionamento di un catetere epidurale può essere altrettanto rischioso di un'anestesia spinale nei pazienti con scarsa compliance intracranica. In molti casi l'uso di un ago spinale sottile per la puntura spinale può essere il minore dei mali, ma bisogna considerare tutte le possibilità per valutare se questa è la tecnica con il migliore rapporto rischio/beneficio.

Quando il blocco centrale per l'anestesia e l'analgesia presenta dei rischi di erniazione l'anestesia generale è la scelta migliore?

L'anestesia generale può presentare molti rischi per il deterioramento neurologico in una paziente con scarsa compliance intracranica.

Occorre porre attenzione a minimizzare il Valsalva durante l'induzione a sequenza rapida e l'anestesia generale d'emergenza in quanto, poiché in queste pazienti i riflessi delle vie aeree sono ridotti, può aumentare il rischio di ab-ingestis. Le modalità per ridurre la risposta simpatica all'intubazione comprendono l'associazione di oppioidi ai farmaci d'induzione (come un bolo di 2-5 μg/kg fentanyl o la somministrazione di 1 μg/kg di remifentanil in 1 minuto) o di 5 mg di labetalolo. Alcuni esperti sostengono che si debba sostituire la succinilcolina che può teoricamente causare un aumento transitorio della PIC per la contrazione dei muscoli addominali e del torace con un miorilassante non depolarizzante (come rocuronio 1,2 mg/Kg) per un'induzione in sequenza rapida. Paradossalmente mentre l'iperventilazione è utile per la madre riducendo la PIC e incrementando al massimo il flusso ematico cerebrale nei pazienti con PIC aumentata, può essere dannosa per il feto poiché riduce il flusso ematico della pla-centa. Per bilanciare la perfusione materna e fetale si raccomanda di tenere la PaCO2 intorno a 25-30 mmHg e la pressione del sangue materna vicina ai valori basali.

Considerando che il rischio di ernia in una partoriente può limitare il desiderio di un blocco centrale, Semple ha illustrato una condizione convincente per eseguire un'anestesia epidurale per il parto cesareo, quando ci sono altrettanti o più importanti rischi connessi con l'anestesia generale. Ha illustrato la gestione di una partoriente con una malformazione di Chiari senza papilloedema o altri sintomi associati a un aumento della PIC, ma le cui vie aeree si presentavano con una classe Mallampati III, con palato ogivale, mento sfuggente, e incisivi sporgenti. Gli autori hanno inizialmente preso in considerazione un'anestesia generale (intubazione da sveglio con un fibroscopio o previa tracheostomia d'elezione), ma d'accordo con la paziente, hanno deciso invece di procedere con un'anestesia epidurale a causa delle condizioni sfavorevoli delle vie respiratorie. Hanno somministrato lentamente in oltre 30 minuti per via epidurale 23 ml di una miscela di lidocaina al 2% e bupivacaina allo 0,5% con 50 μg di fentanyl, e la paziente ha partorito senza alcuna complicanza acuta o subacuta.

In un altro case report è descritta una partoriente con un glioblastoma, con effetto massa e un "quarto ventricolo ristretto, ma non ostruito2 che è stato gestito con successo per il parto cesareo, con un'anestesia spinale utilizzando un ago 24 G con punta a matita.

Gli autori hanno evidenziato che questa partoriente è stata particolarmente a rischio per ab-ingestis per una disfunzione di un nervo cranico e a basso rischio per erniazione con l'uso di un ago di piccolo calibro a punta di matita anche in presenza di un leggero aumento della PIC che probabilmente ha determinato sono una modesta perdita di liquor. In base all'evidenza su esposta gli autori possono essere stati molto fiduciosi sulla sicurezza di una puntura durale in questa paziente. Un'alternativa con un approccio più prudente potrebbe essere stata un'anestesia generale, garantendo in tal modo un controllo delle vie aeree ed evitando il rischio piccolo ma molto reale di una perdita persistente di liquor con l'anestesia spinale.

In sintesi, non ci sono stati pubblicati studi controllati randomizzati di confronto tra la sicu-rezza dei blocchi centrali rispetto all'anestesia generale nei pazienti con lesioni intracraniche, né è possibile che ce ne siano. Pertanto, per ogni partoriente con una lesione intracranica, ci deve essere una discussione collegiale, che comprenda l'anestesista, l'ostetrico, il neurologo, e il neonatologo, con una valutazione razionale del rischio di un aumento della PIC e dei rischi delle complicanze associate. Per formulare raccomandazioni sulla scelta anestesiologica adeguate per ogni singolo caso, è necessario valutare il contributo relativo di ciascuno dei rischi individuati, per gravità e probabilità, e soppesarli con i potenziali benefici.

È pericoloso per una partoriente con patologia arteriosa o venosa intracranica essere sottoposta a un blocco centrale per anestesia o analgesia per un aumento del rischio di rottura del vaso o per l'effetto di massa?

Alcuni autori ritengono che sia da evitare il blocco centrale nelle partorienti con emorragia intracranica o con alterazioni del sistema vascolare intracranico per la preoccupazione di complicanze neurologiche. Poiché in questa popolazione ci sono molti rischi connessi all'anestesia generale e ampia variabilità nella fragilità nei vasi del sangue di tutti i pazienti, la conoscenza di dettagli precisi delle lesioni vascolari e il rischio di rottura sono la chiave per prendere decisioni informate sulla gestione anestesiologica. In genere è necessario eseguire una consulenza neurologica o neurochirurgica o di chirurgia endovascolare per un'adeguata analisi del rapporto rischio/beneficio. Anche se il parto cesareo d'urgenza o d'elezione è stato la modalità del parto raccomandata più frequentemente per le persone con gravi lesioni vascolari a rischio di emorragia, è controverso il grado con cui la gravidanza e la modalità del parto sono fattori di rischio per emorragia in questi casi.

Storicamente, il motivo per cui alle pazienti in gravidanza con aneurisma cerebrale asintomatico è stato consigliato di evitare sforzi espulsivi è la preoccupazione per la seguente catena di eventi: l'aumento del sangue cerebrale e del volume del CSF durante il Valsalva prolungato può aumentare la PIC; questo aumento della PIC può causare un aumento compensatorio della pressione arteriosa per mantenere costante la perfusione cerebrale, che può a sua volta aumentare la pressione transmurale attraverso la parete del vaso aneurismatica già indebolito e precipitare la rottura aneurismatica. Inoltre, l'ipotensione intracranica a causa di una perdita di CSF persistente, dopo un'anestesia spinale o puntura durale accidentale durante il posizionamento del catetere epidurale, potrebbe teoricamente causare un aumento compensatorio del volume ematico cerebrale. Questo potrebbe innescare aumenti simili della pressione transmurale attraverso la parete aneurismatica vulnerabile. A nostra conoscenza questa complicanza del blocco centrale non è mai stata segnalata.

Da notare, in una recente analisi retrospettiva delle donne con emorragia subaracnoidea aneurismatica, Tiel Groenestege ha rilevato che la gravidanza, il travaglio o il puerperio non sembrano aumentare il rischio di emorragia da aneurisma subaracnoideo. L'autore ha concluso che non vi era alcuna necessità di consigliare le donne, con una storia precedente personale o familiare di emorragia subaracnoidea aneurismatica, di evitare la gravidanza o il parto vaginale. *Dai dati di un ampio database dei pazienti ricoverati in ospedale negli Stati Uniti si rileva che la maggior parte delle emorragie subaracnoidee nel puerperio sono di natura non aneurismatica*. Considerando che le eziologie precise richie-

dono ulteriori indagini, l'età avanzata, la razza Afro-americana, l'etnia ispanica, i disturbi ipertensive, le coagulopatia, il tabagismo, l'uso di droga o alcool, la trombosi venosa intracranica, l'anemia falciforme e l'ipercoagulabilità sono stati identificati come fattori di rischio per emorragia subaracnoidea legate alla gravidanza. I rischi associati con i blocchi nell'ambito di queste eziologie non aneurismatiche non sono noti.

Se una paziente gravida sviluppa emorragia subaracnoidea da rottura aneurismatica, c'è consenso sul fatto che la gestione neurochirurgica dovrebbe essere la stessa che si avrebbe se la paziente non fosse gravida.

Ci sono diverse comunicazioni relative a craniotomie o embolizzazioni che sono state eseguite contemporaneamente o prima di un parto cesareo. Per queste procedure combinate si utilizza in genere l'anestesia generale con anestetici volatili associati ad anestetici per via endovenosa o una tecnica di anestesia endovenosa totale. Per il parto cesareo che non richiede la riparazione di un aneurisma, si può utilizzare un blocco centrale (spinale, epidurale o un blocco combinato spinale epidurale) in una paziente stabile, ed ha il vantaggio di evitare il Valsalva associato all'intubazione, riduce al minimo l'esposizione del feto agli anestetici generali, permette alla madre di essere sveglia e partecipare pienamente all'esperienza della nascita. L'ipotensione è ben controllata con l'infusione profilattica di fenilefrina alla dose di 25-120 μg/min o con boli intermittenti di 120 μg.

La storia naturale degli aneurismi arterovenosi durante la gravidanza è oggetto di discussione, sebbene le malformazioni arterovenose non sanguinino durante la gravidanza, le conseguenze possono essere devastanti. Horton ha fatto una revisione retrospettiva di donne in gravidanza con malformazioni arterovenose intracraniche sintomatiche non trattate, e ha rilevato che queste pazienti presentano lo stesso rischio di emorragia fatale come quelle non gravide. Tuttavia, poiché queste donne erano state individuate retrospettivamente consultando il registro delle pazienti trattate con fascio di protoni, non erano state incluse le partorienti che avevano subito un sanguinamento mortale e quelle trattate chirurgicamente.

Al contrario, in una review retrospettiva recentemente pubblicata relativa a donne con dia-gnosi angiografica di malformazione arterovenosa, Gross e Du hanno rilevato un aumento del rischio di emorragia da malformazioni artero-venose durante la gravidanza. Pur riconoscendo le piccole dimensioni del campione, la natura retrospettiva del disegno ed essendo le malformazioni arterovenose congenite, gli autori hanno concluso che l'intervento terapeutico è indicato idealmente prima della gravidanza, particolarmente se la malformazione artero-venosa ha già sanguinato.

Di particolare interesse anestesiologico nelle partorienti con emorragia intracranica da rottura delle malformazioni arterovenose è la possibilità di ostruzione del flusso del CSF o un aumento della PIC. Come nelle pazienti con lesioni occupanti spazio di altra natura, la chiave per decidere se è sicuro procedere con un blocco centrale è quella di determinare la probabilità della presenza di una pressione differenziale tra il compartimento intracranico rispetto a quello intraspinale, capace di determinare una traslocazione del tessuto cerebrale verso il basso. Un'ulteriore priorità nella gestione anestesiologica di una partoriente con recente emorragia intracranica è quella di mantenere una forte stabilità emodinamica. L'ipertensione può verificarsi dopo un trattamento aggressivo d'ipotensione indotta dal blocco centrale o durante l'induzione o il risveglio dall'anestesia generale con un aumento del rischio di emorragia fatale nelle lesioni predisposti al sanguinamento. L'ipotensione, tuttavia, può ridurre la perfusione del cervello materno e feto-placentare.

Nel caso di una malformazione arterovenosa non rotta rilevata durante la gravidanza, gli esperti raccomandano una discussione multidisciplinare del rischio relativo di un intervento neurochirurgico rispetto a un parto cesareo prima di un intervento di neurochirurgia.

L'analgesia e l'anestesia spinale ed epidurale sono state utilizzate con successo per il parto cesareo e vaginale nelle partorienti con malformazione artero-venosa intatta o asportata par-zialmente o in toto. In questi casi la scelta anestesiologica è stata fatta seguendo i concetti su descritti.

La sindrome di Moyamoya, una vascolopatia obliterante che interessa il tratto distale della carotide interna e la metà prossimale dell'arteria cerebrale anteriore richiede gli stessi principi di gestione anestesiologica delle altre patologie cerebrovascolari discusse.

Nella sindrome di Moyamoya si sviluppano arteriole più piccole nella sede dell'occlusione prossimale delle arterie. Questi vasi tendono a rompersi ma un abbassamento della pressione del sangue può aumentare il rischio d'infarto ischemico cerebrale per riduzione del flusso collaterale. Lo scopo anestesiologico principale per le partorienti con sindrome di Moyamoya è di evitare l'ipertensione che può causare emorragia ed evitare anche l'ipotensione o l'ipocapnia che può ridurre la perfusione placentare e compromettere anche il flusso ematico cerebrale.

Nella maggior parte delle partorienti affette dalla sindrome di Moyamoya sottoposte con successo a parto cesareo con blocco centrale (spinale, epidurale o anestesia spinale-epidurale combinata) spesso è stato eseguito un monitoraggio emodinamico arterioso invasivo.

La trombosi venosa cerebrale periparto è una patologia intracranica rara ma probabilmente sotto diagnosticata che si verifica più spesso nel post-parto, ma può presentarsi prima del parto. La trombosi dei seni venosi cerebrali si accompagna tipicamente a forte mal di testa, a volte peggiora in posizione sdraiata, e può essere accompagnata da disturbi della vista, nausea, vomito, convulsioni, o segni neurologici di lato. La diagnosi di trombosi dei seni venosi cerebrali di solito è confermata dalla tomografia computerizzata o la venografia con risonanza magnetica. Clinici esperti consigliano fortemente la terapia anticoagulante anche in molte pazienti con infarto emorragico in atto.

Case report descrivono l'uso della terapia trombolitica attraverso il catetere o sistemica in pa-zienti selezionati con gravi sintomi neurologici dovuti a trombosi dei seni venosi cerebrali, ma non sono stati pubblicati studi controllati randomizzati. Sebbene sia stato descritto la presenza di edema cerebrale in più del 50 % delle pazienti non gravide con questa patologia, si pensa che la terapia osmotica, con o senza intervento di decompressione, sia necessaria solo nel 20 % delle pazienti. È stato descritto il successo dell'anestesia spinale per il parto cesareo in una partoriente con una trombosi diffusa del seno venoso cerebrale in trattamento con eparina non frazionata endovena. Nonostante una lieve ipertensione e una bradicardia intermittente suggeriscano la presenza di un aumento di un certo grado della PIC, gli autori hanno scelto di eseguire l'anestesia spinale con un ago di piccolo calibro a punta di matita. Questi clinici sono stati indotti ad agire in questo modo per la presenza di un grande volume di CSF non bloccato in modo che il flusso si potesse spostare in basso evitando l'erniazione del cervello. In base al loro giudizio questo è stato meno rischioso che cercare di attenuare l'aumento della PIC associato all'induzione e al risveglio dell'anestesia generale. *In altri studi pubblicati i sintomi di trombosi del seno venoso cerebrale sono stati scambiati per cefalea dopo puntura spinale o si sono verificati in concomitanza di una cefalea dopo puntura durale*. È interessante notare che la puntura durale sia stata proposta come un fattore di rischio per la trombosi dei seni venosi cerebrali. Quando si rompe l'integrità della barriera emato-encefalica, si può manifestare un edema vasogenico.

Quest'aumentato contenuto di acqua dei tessuti intracranici può causare un aumento della PIC documentato in alcune partorienti con eclampsia. Poiché nelle pazienti in gravidanza non è regolarmente monitorata la PIC, l'incidenza complessiva di aumenti della PIC asintomatici o lievemente sintomatici in pazienti con eclampsia non è nota. Utilizzando lo spessore del diametro della guaina del nervo ottico come indice non invasivo della PIC, un recente studio pilota ha confermato una PIC più elevata nelle pazienti con preeclampsia rispetto alle donne sane in gravidanza. Gli autori non sono stati però in grado di dimostrare una relazione tra l'entità del diametro aumentato della guaina del nervo ottico e la gravità delle preeclampsia. Come discusso da Rollins e Flood nel loro editoriale di accompagnamento, è importante considerare se l'aumento rilevato della PIC in questo studio sia di qualche significato clinico.

La maggior parte delle pazienti preeclamptiche sottoposte ad analgesia e anestesia spinale o epidurale non presentano sintomi neurologici o altri eventi spiacevoli. Le attuali linee guida della Società Americana degli Anestesisti incoraggia *"l'inserimento precoce di un catetere spinale o epidurale per le partorienti ad alto rischio come quelle con preeclampsia"*. Il vantaggio si ritiene sia dato da una riduzione delle catecolamine circolanti, e la presenza di un catetere in situ permette di ottenere un'anestesia chirurgica come alternativa all'anestesia generale in queste partorienti che sono ad aumentato rischio di parto cesareo.

Valutazione delle singole pazienti

Come per tutte le partorienti ad alto rischio è di fondamentale importanza per le pazienti gravide con patologia intracranica assicurare la consulenza anestesiologica e una valutazione multidisciplinare prima del parto. Le decisioni riguardanti le modalità del parto sono per loro natura legate al tipo di anestesia. Pertanto è necessaria una valutazione tempestiva se la paziente è candidata a un blocco centrale. Utilizzando i principi di base anatomici, fisiologici e radiologici l'anestesista collaborando con i colleghi neurologi può valutare l'adeguatezza di un blocco centrale in una partoriente.

La valutazione dei rischi di un blocco centrale nelle partorienti con lesioni occupanti spazio richiede la disponibilità di una scansione del cervello (di solito la risonanza magnetica) che riflette accuratamente la patologia attuale e un neurologo o un clinico con esperienza neurora-diologica per interpretarla. Salvo che la partoriente non presenti sintomi neurologici, o un tumore con probabilità che sia ormone reattivo non è spesso necessario ripetere la scansione. In ultima analisi, le decisioni riguardanti il tipo d'immagine radiologica più appropriata e se o non è necessario ripetere lo studio radiologico per la programmazione ottimale preparto deve essere presa da un neuroradiologo esperto.

Alla luce della mancanza di evidenza di un possibile danno fetale dovuta all'esecuzione di una risonanza magnetica del cervello della madre, questo esame diagnostico se necessario non deve essere sospeso durante la gravidanza.

Per riassumere, in assenza di controindicazione non correlate con il blocco centrale, le partorienti con lesioni occupanti spazio che non presentano alcun effetto massa, idrocefalo, o riscontri clinici o immagini suggestive di un aumento della PIC possono non presentare un rischio aumentato di ernia per puntura durale.

Partorienti ad alto rischio di ernia da puntura durale sono quelle con lesioni che comprimono il tessuto cerebrale normale in maniera da farlo spostare attraverso la linea mediana (cioè, "spostamento della linea mediana") o verso il basso, con o senza ostruzione del flusso di CSF. Conoscere il rischio di un peggioramento neurologico in una partoriente permette non solo alle pazienti a basso rischio di usufruire dei potenziali vantaggi di un blocco centrale ma permette anche una preparazione adeguata quando necessario per un anestesia generale per il controllo della PIC nelle partorienti ad alto rischio.

Test d'apprendimento

Quesiti	
1. Durante la sistole il CSF nello spazio intracranico:	a. aumenta; b. non varia; c. si riduce
2. Durante la diastole la PIC:	a. aumenta, b. resta pressoché invariata; c. diminuisce
3. nella paziente gravida il volume del CSF:	a. si riduce; b. non varia; c. aumenta
4. L'aumento medio della pressione del CSF durante le contrazioni uterine è di:	a. 7 mmHg; b. 5 mm Hg; c. 2,5 mmHg
5. Per un blocco spinale sicuro è indispensabile che: sia maggiore di quella spinale.	a. la pressione liquorale spinale sia maggiore di quella intracranica; b. che non ci siano differenze di pressione tra liquor spinale e intracranico; c. che la pressione liquorale intracranica sia maggiore di quella spinale
6. Una PIC normale è indice di basso rischio di ernia cerebrale:	a. si; b. no; c. non sempre
7. Una PIC elevata significa un'alta incidenza di ernia dopo puntura durale?	a. mai; b. sempre; c. non sempre
8. Un'anestesia spinale con un ago di piccolo calibro è una scelta sicura quando una puntura durale accidentale durante il posizionamento epidurale è considerato troppo pericoloso?	a. si; b. no; c. non sempre
9. Quando il blocco centrale per l'anestesia e l'analgesia presenta dei rischi di erniazione l'anestesia generale è la scelta migliore?	a. sì; b. non sempre; c. no
10. Nella partoriente con aneurisma cerebrale asintomatico è:	a. preferibile l'anestesia generale; b. è controindicata il parto vaginale; c. è preferibile il blocco centrale

Le risposte corrette sono sottolineate

Riforma PA: definire un'area specifica per riaprire i contratti

INTERSINDACALE

ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD - AAROI-EMAC - FP CGIL MEDICI – FVM - FASSID - CISL MEDICI – FESMED – ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI -UIL FPL MEDICI - UGL MEDICI

L'Intersindacale della Dirigenza Medica e Sanitaria, lo scorso 26 Giugno, ha inviato una lettera al Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, Marianna Madia, per l'apertura della contrattazione della PA, previa definizione di un'area specifica per la Dirigenza medica, Veterinaria e Sanitaria. Di seguito il testo.

«La Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimo il protrarsi del blocco dei contratti del pubblico impiego. Pur con una formula "ad hoc" che indica non una illegittimità originaria della norma ma una "illegittimità sopravvenuta", la Suprema Corte in parole povere ha stabilito che il Governo è tenuto a riaprire la negoziazione dei contratti del personale della Pubblica Amministrazione. Rimarcando che il personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria rappresenta il comparto con le maggiori responsabilità nella tutela del "diritto fondamentale salute" e che ha dovuto assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza anche sopportando oltre al blocco contrattuale, contemporaneamente gli effetti del blocco reiterato delle assunzioni per il turn over del personale pensionato, le scriventi OO.SS. chiedono che con la massima urgenza venga avviata la procedura legislativa per definire - come indicato dal Parlamento - una specifica area di contrattazione della suddetta dirigenza medica, veterinaria e sanitaria. A questo preliminare provvedimento dovrà succedere immediatamente la riapertura della contrattazione nazionale. Per quanto sopra esposto, con la presente nota le OO.SS. sottoscritte chiedono di essere audite al fine di rappresentare le esigenze di specificità e di innovazione contrattuale nella suddetta area».

COSMED

Di seguito l'Informativa della COSMED, Confederazione sindacale medici e dirigenti, dello scorso 3 Luglio in cui la Confederazione, di cui fa parte anche l'AAROI-EMAC, ha denunciato il mancato accoglimento da parte della Commissione Affari Sociali di un emendamento alla Riforma PA, presentato per istituire un ruolo specifico e un'area contrattuale autonoma per la Dirigenza Medica e Sanitaria.

Di seguito in testo dell'Informativa.

"Alla Commissione Affari Costituzionali della Camera, il nostro emendamento principale tendente al riconoscimento per la dirigenza medica e sanitaria sia di un ruolo specifico che di un'autonoma area contrattuale non è stato accolto.

A parziale accoglimento è stato riformulato l'articolo precisando che la dirigenza sanitaria è normata da legge speciale (legge 502 e smi) che resta ferma.

Si riconosce pertanto l'esistenza e la specificità della dirigenza sanitaria, fatto apprezzabile, ma resta discutibile la portata della norma sia in termini di limitazione della delega che di esclusione della dirigenza sanitaria da futuri provvedimenti generalizzati per la restante P.A.

Del tutto negativo l'atteggiamento del governo sul riconoscimento sia di un'area negoziale autonoma per la dirigenza sanitaria, ma anche bocciando tutti gli emendamenti che tentavano di semplificare la determinazione delle aree.

In definitiva la determinazione delle aree, atto preliminare per l'avvio di qualunque trattativa contrattuale, non è all'ordine del giorno.

Nonostante la sentenza della Corte Costituzionale nessuna apertura del governo sui rinnovi contrattuali e nemmeno sugli adempimenti preliminari. Persiste il muro di gomma".

ENPAM / 1

Il voto del 7 Giugno

Eletti Amendola e Chiarello

L'elezione all'ENPAM di Antonio Amendola (Presidente AAROI-EMAC Puglia) nella Assemblea Nazionale, e di Marco Chiarello (Presidente AAROI-EMAC Marche) nella Consulta della Quota B del Fondo di Previdenza Generale è senza dubbio un piccolo grande successo per la nostra Associazione.

L'AAROI-EMAC, di fronte alla procedura e alla tempistica piuttosto precipitose dell'Ente di previdenza e quindi in una condizione di estrema urgenza, ha scelto, con altre Sigle Sindacali (ANAAO-ASSOMED, ANPO, CIMO, FASSID, FESMED, UGL) di sostenere la candidatura di alcuni Colleghi (tutti Pubblici Dipendenti) che si sono presentati nelle rispettive liste, allo scopo di ottenere una giusta rappresentanza dei Medici Pubblici Dipendenti all'interno di tali Organi.

È stato quindi deciso di creare una LISTA UNITARIA denominata LISTA N°1 MEDICI DIPENDENTI per l'Assemblea Nazionale in cui è stato candidato Antonio Amendola; mentre per il Comitato Consultivo dei Medici Dipendenti che versano la quota B, è stato individuato un Candidato Unitario Nazionale, Marco Chiarello, e Candidati unitari nelle diverse province.

"*La nostra Associazione* - ha sottolineato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC -, *anche per mia specifica e determinata volontà, anche ma non solo attraverso i nostri due Rappresentanti, ha l'intenzione di entrare a pieno titolo nella più opportuna programmazione e nella più ampia diffusione delle attività svolte dall'Ente Previdenziale a cui tutti i nostri Iscritti versano i contributi previsti.*

Un sentito ringraziamento va quindi a tutti coloro che hanno reso possibile il raggiungimento di un simile risultato, sottoscrivendo le liste a suo tempo formate, e recandosi poi a votarle".

Di seguito gli obiettivi da conseguire e le motivazioni dichiarate dall'Intersindacale alla vigilia delle elezioni. Il voto è stato infatti richiesto perchè:

- Ci sia una Presidenza comunicativa, dinamica e vicina a tutta la categoria
- Le colleghe in allattamento abbiano la tutela previdenziale
- I colleghi che fanno lavori usuranti (C.A., 118, P.S. etc…) abbiano il riconoscimento del valore aggiunto ai fini pensionistici
- I giovani medici e gli specializzandi abbiano l'opportunità di riduzione o astensione volontaria dai contributi Enpam per i primi 3 anni dalla laurea
- Agevolazioni volontarie sulla quota A per i redditi minimi
- Tutti i medici possano usufruire dei mutui a tasso agevolato
- Si riformi l'attuale statuto dando voce alle minoranze
- Si garantisca una reale alternanza nelle cariche Enpam
- Ci sia trasparenza nel rinnovo delle convenzioni nei vari settori di interesse per tutti i medici (bancario, viaggi, formazione, assicurazione, etc….)

ENPAM /2

Concessione Mutui Edilizi agevolati

Click Day tra il 22 Settembre e il 4 Ottobre 2015

La Fondazione ENPAM ha stanziato 100 milioni di euro per la concessione di Mutui agevolati a favore dei contribuenti medici ed odontoiatri da impiegare per l'acquisto della prima casa, per la ristrutturazione della prima casa o per la sostituzione di mutuo ipotecario esistente.

Il Bando come si legge nel Regolamento si rivolge *"a iscritti, con almeno tre anni consecutivi di anzianità minima d'iscrizione ed effettiva contribuzione e in regola con gli adempimenti statutari in materia di iscrizione e contribuzione*".

Occorre inoltre possedere alcuni requisti di reddito:

- reddito annuo pari ad almeno € 20.000 lordi per chi ha meno di 35 anni e lavora in partita iva con il regime dei minimi;
- reddito pari ad almeno € 26.046,00 (quattro volte il minimo Inps) per chi ha meno di 45 anni e per gli specializzandi di qualsiasi età;
- reddito annuo pari ad almeno € 32.557,00 (cinque volte il minimo Inps) per chi ha più di 45 anni

Se il reddito supera i 65.114,40 euro non si può richiedere il mutuo. Per quel che riguarda la quota finanziabile, il mutuo per acquisto o per costruzione prevede un limite di 300.000 euro, quello per ristrutturazione ha un limite di 150.000 euro. La durata massima dell'ammortamento del mutuo è di 30 anni pari a 360 rate mensili ma la somma dell'età del richiedente con gli anni di mutuo non può essere superiore a 80 anni come stabilito dal Regolamento ENPAM.

Le rate, secondo il Regolamento, hanno cadenza mensile e devono essere pagate entro il giorno cinque del mese successivo a quello di scadenza con bonifico bancario oppure con un altro sistema di pagamento che l'ENPAM può decidere a proprio giudizio come, per esempio, con bollettini Mav.

I tassi sono più vantaggiosi per i giovani. Le condizioni stabilite dalla Fondazione Enpam, prevedono per medici e odontoiatri con meno di 45 anni e per gli specializzandi di qualsiasi età il tasso annuo del 2,55%, che diventa del 2,95% per tutti gli altri.

«Si tratta comunque di condizioni molto vantaggiose - afferma Alessandro Vergallo -. *Prendendo ad esempio in considerazione i mutui trentennali, i migliori tassi fissi odierni non convenzionati sono tutti nettamente ben oltre il 4%. Già l'1% in meno comporta un significativo risparmio, rispetto ad altri prodotti, in termini di interessi rimborsati all'Istituto erogante. Per una valutazione adeguata occorre confrontare i TAEG, nonchè tutte le spese accessorie "obbligatorie" (obbligo di assicurazione immobile con la banca, eventuale obbligo di apertura nuovo conto corrente presso l'Istituto bancario erogante, etc. etc.)*

L'offerta di mutuo ENPAM è conveniente sicuramente per chi stipula il mutuo "AB INITIO". La surroga di un mutuo già in corso, invece, conviene solo dopo attenta valutazione e confronto dei rispettivi piani di ammortamento, per effetto delle rate "alla francese", ossia rimborso quota capitale a crescere e quota interessi a scalare».

Le domande di richiesta del mutuo devono essere compilate online dall'area riservata del sito dell'ENPAM e inoltrate a partire dalle ore 7 del 22 settembre 2015 fino alle ore 24 del 4 ottobre 2015. Le richieste verranno istruite dagli uffici secondo l'ordine cronologico di arrivo. Non verranno prese in considerazione - come indicato nel Bando - tutte le domande inviate prima del 22 settembre e dopo il 4 ottobre, e le domande che non verranno inoltrate tramite l'area riservata.

AAROI-EMAC Puglia

Negli ospedali solo tramite Concorso o Avviso

Non si può ricorrere a somministrazione per incarichi da Dirigenti

Ancora una volta in Puglia, come già accaduto lo scorso anno, una Asl, in questo caso la Asl BT, ha fatto ricorso al lavoro in somministrazione per ricoprire la carenza di personale sanitario, medici compresi. Netta e immediata l'opposizione dell'AAROI-EMAC nei confronti della delibera in questione che prevedeva, appunto, di assegnare a privati e/o società cooperative, tramite bando di gara, ore lavorative mediche di Anestesia e Rianimazione e di Pronto Soccorso in ambito ospedaliero, al di fuori quindi di qualunque inquadramento nell'ambito del rapporto di dipendenza obbligatoriamente previsto per la dirigenza.

Posizione condivisa dall'Area Politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità dell'Assessorato al Welfare della Regione Puglia che nel condividere l'opposizione dell'AAROI-EMAC ha inviato una comunicazione precisa ai Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo della ASL BT. Di seguito il testo del documento:

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ
Oggetto: Opposizione AAROI
www.regione.puglia.it

«*Sono pervenute allo scrivente da parte della 0.S. in oggetto (AAROI-EMAC ndr) note di opposizione in merito alla procedura di gara per l'affidamento a società esterne della fornitura di prestazioni sanitarie mediche.*

In proposito, si comunica che i rilievi sollevati dalla organizzazione sindacale sono condivisi da parte dello scrivente Servizio, in particolare si sottolineano le disposizioni di cui all'art' 35, comma 2 del D.lgs 165/2001 che espressamente riporta "non è possibile ricorrere alla somministrazione di lavoro … per l'esercizio di funzioni direttive e dirigenziali".

La carenza di personale, purtroppo è una problematica comune a tutte le Aziende Sanitarie della Regione, ma non per questo le Aziende devono venir meno ai dettati normativi in tema di personale.

Tuttavia è possibile trovare soluzioni alternative per rispondere alla alle esigenze assistenziali, quali ad esempio:

- *l'accorpamento delle attività, mediante anche una organizzazione dipartimentale, previsto dall'art.17-bis del D.lgs 502/92 s.m.i.;*
- *disattivazione parziale dei posti letto;*
- *accordi con Aziende Sanitarie viciniori;*
- *diversa organizzazione del lavoro;*
- *ridistribuzione del personale e altre iniziative adottate sulla base di attenta analisi complessiva della realtà aziendale, ter ritoriale, epidemiologica, etc...*

Per quanto sopra, pertanto si invita codesta Direzione, a revocare i provvedimenti adottati e a darne tempestiva comunicazione allo scrivente Servizio».

Nonostante l'invito della Regione, l'ASL BT è andata avanti nella strada intrapresa e la vicenda ha suscitato l'attenzione dei media.

"*Si tratta di una scelta illegale e incomprensibile* - ha spiegato Antonio Amendola, Presidente AAROI-EMAC Puglia alla stampa - *visto che quei turni si potrebbero anche coprire chiedendo ai medici interni al sistema sanitario pubblico di fare orario aggiuntivo di lavoro. In questo modo, invece, si gestisce tutto in sub appalto, l'unica regola è il ribasso di gara. Ma vorrei ricordare che negli ospedali si può lavorare solo tramite concorso o avviso pubblico. Questa è l'ennesima dimostrazione della totale mancanza di rispetto della legalità da parte delle istituzioni".*

La gravità della situazione ha indotto anche il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, ad intervenire attraverso un'intervista alla testata Doctor33: «*Siamo in piena sintonia con l'Ares Puglia. Un'azienda sanitaria non può sostituire i medici dipendenti con medici a contratto interinale per ovviare alle carenze estive. Stiamo assistendo alla deriva del servizio sanitario pubblico verso l'appalto ai privat*i.

L'allarme delle ASL desta perplessità - sottolinea Vergallo - *fermo restando che esiste una gravissima carenza di personale, delle due l'una, o specie d'estate c'è cattiva programmazione delle ferie, o far leva sulla necessità di garantire le ferie estive al personale dipendente serve a giustificare l'assunzione di manodopera privata a basso costo in luogo di professionisti vincitori di pubblico concorso.*

Il contratto in questo caso è tra struttura SSN e cooperativa. Dalle delibere aziendali però - prosegue Vergallo - *appare il quantum erogato con soldi pubblici alla cooperativa, ma non si capisce come la cooperativa retrocede gli emolumenti ai soci. Già il nostro sindacato è molto critico con i contratti a partita Iva, ma ci sono voci secondo cui in certi casi alcuni medici sarebbero pagati con la formula del rimborso spese, e se così fosse, sarebbe gravissimo. Ma ci chiediamo anche quanto sia autorizzato ad esternalizzare privatamente servizi un manager che ha ricevuto un pubblico mandato.*

In passato - conclude il Presidente Nazionale AAROI-EMAC - *ci siamo opposti a che l'esternalizzazione a soci coop di servizi avvenisse nel privato quando offre prestazioni in convenzione con l'Asl, ora il problema è dentro il SSN e il turn over bloccato non giustifica le soluzioni adottate, anche perché queste generano risparmi infimi rispetto ai problemi a monte - deficit di personale e dei conti ospedalieri - e a valle interruzione della catena delle responsabilità in reparto: a chi fanno capo questi medici?*».

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

Intesa Stato - Regioni

Raggiunto l'Accordo sui tagli al FSN

Il mese di Luglio si è aperto con un Accordo che si attendeva da mesi. Il 2 è stata, infatti, siglata l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano per l'individuazione di misure di razionalizzazione e di efficientamento della spesa del Servizio Sanitario Nazionale che prevede il taglio di 2,352 milioni di euro al Fondo Sanitario Nazionale 2015, come indicato dalla Legge di Stabilità. Il Veneto, che ha espresso parere contrario, non ha partecipato al voto consentendo così l'approvazione del documento.

"*Sono soddisfatta dell'accordo trovato* - ha affermato il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin - *perché l'Intesa, di fatto, permette di compensare il mancato incremento sul fondo senza che ci sia uno stravolgimento delle leve nè dell'impianto del Patto della Salute. Quindi questo per noi è estremamente importante. Le leve vanno a operare, a differenza che nel passato, e, invece che attuare i tagli lineari, si lavora sulla produttività e questo è un inizio molto importante. Tuttavia sono anche convinta che il patto vada aggiornato, verificando anche la sua piena attuazione. Avremo anche l'occasione di implementare i vari tavoli di lavoro aperti, compreso quello sulla spesa farmaceutica, sul quale ci sono meccanismi che possiamo rivedere e aggiornare dopo tanti anni al fine di rendere più fluido ed efficiente il sistema".*

Il via libera è arrivato con l'accordo sugli emendamenti proposti dalle Regioni che prevedono che i circa 113 miliardi del FSN per il 2016 non siano messi in discussione e che venga rivisitato il Patto per la Salute.

"*Abbiamo accettato il sacrificio sulla sanità ponendo come condizione che nel 2016 si mantenga l'impegno di portare il Fondo dagli attuali 109,9 mld ai 113 mld come previsto nel piano pluriennale* - ha affermato il Presidente della Conferenza delle Regioni Sergio Chiamparino -. *Su questo siamo intransigenti se no è impossibile dare risposte ai cittadini, a cominciare dal tema sensibile dei farmaci innovativi*".

E stato inoltre confermata l'apertura di un tavolo sulla farmaceutica composto da Ministero della Salute, MEF, Regioni e Aifa per predisporre una proposta di revisione delle norme relative al governo della spesa farmaceutica, incluse quelle sul payback nel rispetto degli equilibri programmati per il settore sanitario che dovrebbe portare a un'Intesa tra Stato e Regioni entro il 10 ottobre.

AAROI-EMAC Umbria

No all'UDI al Santa Maria della Misericordia

Le OO.SS. ricorrono al Tar dopo l'attivazione del Reparto

Dal 4 Maggio è stato attivato il nuovo reparto a gestione infermieristica al Santa Maria della Misericordia di Perugia. Immediata la reazione di alcuni Sindacati Medici, tra cui l'AAROI-EMAC Umbria. In linea con la posizione dell'Associazione a livello nazionale, il Presidente regionale Alvaro Chianella ha espresso diverse perplessità tra cui l'elevato rischio di predisporre un simile reparto in un Ospedale ad alta specializzazione e la mancanza di chiarezza di ruolo e responsabilità tra Medici da una parte e Infermieri dall'altra.

Le OO.SS. umbre, proprio per segnalare le diverse criticità, hanno diffuso in maniera congiunta un comunicato stampa sui motivi dell'opposizione a tale tipologia di reparti.

"*Premesso che i Sindacati dei Medici non intendono osteggiare il ruolo delle varie professioni sanitarie* - si legge nella nota -, *pretendiamo però che vi sia una chiara e netta definizione dell'Atto Medico e delle relative responsabilità sulla gestione della nuova modalità organizzativa proposta dalla Direzione Generale. In particolare non risulta chiaro quale sia il ruolo del medico di riferimento nella UDI. Se come detto nella delibera, a tale reparto afferiscono i pazienti "dimessi ad altro regime di ricovero" dai reparti per acuti dell'Azienda Universitaria di Perugia, appare evidente che la presa in carico del paziente deve essere necessariamente del medico individuato dalla Direzione Generale come referente, che diventa quindi responsabile della prescrizione della terapia, della compilazione della documentazione clinica e del monitoraggio clinico dello stesso per tutta la durata della degenza. Risulta quindi di difficile comprensione* - prosegue il documento - *come poi, in caso di eventuale peggioramento del paziente, ad intervenire debbano essere i medici di guardia. Questa modalità di lavoro sperimentale, se non adeguatamente inquadrata nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale ampiamente condiviso con tutte le figure professionali coinvolte, rischia di ingenerare confusione negli stessi operatori oltre che nei pazienti e nei familiari. Altro aspetto da conoscere meglio e definire riguarda l'esatta composizione dell'equipe assistenziale di valutazione, responsabile sempre secondo la delibera, dell'ammissibilità del paziente nell'unità di degenza infermieristica e i criteri clinico assistenziali da essa utilizzati. Infine* - conclude la nota -, *non da ultimo, ci sembra che l'apertura di tale reparto dentro l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia, documenti il fallimento della politica sanitaria regionale che individuava in strutture territoriali specifiche (le Case della Salute), il luogo ideale dove attuare tali forme innovative di sperimentazione organizzativa, mentre una struttura di alta specialità come il Santa Maria della Misericordia dovrebbe avere una missione diversa come previsto dal recente documento nazionale sugli Standard Ospedalieri*».

L'AAROI-EMAC e la CIMO hanno anche deciso di ricorrere al TAR, come peraltro è stato fatto nella Regione Lazio dove il Tribunale Amministrativo Regionale ha bocciato il Dipartimento per le professioni sanitarie a guida infermieristica.

Niente succinilcolina?

Un addio … sarcastico

Riceviamo e volentieri pubblichiamo il seguente sfogo di un Collega, con il quale ancora una volta rimarchiamo il ricorrente "strano" problema di approvvigionamento di farmaci a basso costo.

Addio Mia Regina, abbiam passato bei momenti insieme.

Mi hai salvato in molte occasioni, quando eravamo solo io e te in sale isolate dell'ospedale con Mallampati 4 e colli corti e ipomobili, quando alla laringoscopia non vedevo una mazza se non un accenno di qualcosa che forse era un'epiglottide, ma tu eri con me, ed mi hai permesso sempre un risveglio precoce e sicuro spendendo pochi centesimi di euro.

Da domani non ci sarai più, almeno finché qualche Farmacista dell'Ospedale non si illumini e decida di andarti a comprare all'estero di nascosto.

O finchè qualche Responsabile non scriva una letteraccia di minacce allo stesso Farmacista.

O finchè qualche Anestesista senza Bridion a portata di mano non incrocierà le braccia perché non in grado di lavorare in sicurezza.

Mi mancherai tanto, con i tuoi brividi scuotenti e le tanto millantate iperpotassiemie che qualche Profexorone sosteneva scatenassi nel paziente critico (tranquilla, so che non eri tu la vera responsabile!).

Domani in sala aprirò l'ultima Confezione: 5 fiale rimaste in tutto l'Ospedale, 5 ultime pallottole a mia disposizione.

E sai che farò? Come un soldato in trincea, solo e accerchiato, uscirò allo scoperto sotto i colpi del nemico, e prima di soccombere, da Eroe vuoterò l'ultimo caricatore urlando il grido di battaglia:

"*5 FIALE IN 100 ML IN DRIP!!!*"

Filippo Poncina

La lezione di Boeri

Il Presidente dell'INPS corregge la Fornero in cinque mosse

Cinque le proposte per correggere la riforma Fornero e il Welfare, con l'asserito obiettivo prioritario di contrastare il forte aumento della povertà, che ha contraddistinto l'Italia rispetto agli altri Paesi avanzati negli anni della crisi. Sono quelle che ha presentato il presidente dell'Inps, Tito Boeri, illustrando alla Camera il Rapporto annuale dell'istituto.

Proposte che hanno suscitato reazioni generalmente negative, nonostante il ministro del Lavoro, Giuliano Poletti, abbia subito messo le mani avanti ridimensionandole a «utile contributo» che sarà preso in considerazione dal governo insieme a tanti altri, in vista delle decisioni che verranno prese a ottobre con la legge di Stabilità.

In particolare il professor Boeri ha indicato:

a) Una rete di protezione sociale da 55 anni in su, perché è in questa fascia che la povertà si è triplicata negli ultimi sei anni. Boeri pensa che chi sta sotto la soglia di povertà (le soglie variano in relazione all'età, al numero dei componenti della famiglia e all'area geografica) debba vedere il proprio reddito integrato fino alla soglia stessa. Per via assistenziale, se non ha altri redditi, o ripristinando l'integrazione al minimo nel sistema contributivo per chi altrimenti avrebbe pensioni da fame. Ma in ogni caso separando appunto l'assistenza dalla previdenza perché la prima deve essere a carico della fiscalità generale.

b) Rendere possibile la ricongiunzione tra diversi regimi pensionistici senza oneri a carico del lavoratore per avere una pensione unica mettendo insieme i contributi versati in diverse gestioni, compresa quella dei parasubordinati.

c) Un contributo di solidarietà sui chi ha redditi pensionistici elevati, in virtù di trattamenti molto più vantaggiosi, dovuti, a detta del presidente dell'Inps, al calcolo retributivo, di quelli che avranno i pensionati che usciranno col contributivo.

d) Flessibilità sostenibile dell'età pensionabile. Cioè la possibilità di lasciare prima il lavoro utilizzando le regole del sistema contributivo, prendendo meno per ogni anno di anticipo. Non si tratta, ha poi precisato Boeri, davanti al coro di "no" dei sindacati, di uscire con una pensione calcolata interamente col contributivo (che comporterebbe tagli del 25-30%) ma di un taglio più soft, ma non precisato.

e) Consentire a chi esce prima e alle aziende che vogliono favorire i pensionamenti anticipati, di versare contributi aggiuntivi che poi diventeranno un supplemento di pensione a partire dall'età di vecchiaia. Per quest'ultima proposta sarebbe bene ricordare al professor Boeri che esistono già i fondi pensione complementari ai quali, peraltro anziché favorirli il governo ne ha aumentato la tassazione.

Ma la relazione ha compreso anche i dati dell'ultimo bilancio dell'istituto previdenziale che ha archiviato il 2014 con un risultato economico di esercizio negativo per 12,7 miliardi e un disavanzo finanziario di competenza di 7,8 miliardi, gravoso ma ridotto di circa 1 miliardo rispetto a quello del 2013. A pesare sono ancora gli squilibri dell'ex Inpdap e in particolare della cassa dei dipendenti degli enti locali in sofferenza di circa sei miliardi. Ma anche nell'Inps vi sono gravi deficit come è il caso dei commercianti che presentano un negativo, anch'essi di sei miliardi di euro. Il patrimonio netto dell'istituto previdenziale è salito da 9 a 17,9 miliardi, grazie al ripiano dello stato dei debiti Inpdap di 21,7 miliardi mentre l'avanzo di amministrazione da 43,8 è sceso a 36 miliardi.

C.T.

Pensioni: cambiano i coefficienti

Aggiornati i coefficienti di trasformazione dei contributi previdenziali

Dal 1° gennaio 2016, la quota di pensione calcolata con il sistema contributivo risulterà inferiore rispetto al calcolo attuale per effetto della revisione periodica dei coefficienti di trasformazione che, per il triennio 2016-18, è stata attuata con decreto del Ministero del Lavoro del 22 giugno 2015, pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

I coefficienti rappresentano l'elemento fondamentale per il calcolo dell'importo della pensione nel regime cosiddetto contributivo, regime universalmente esteso a tutti i lavoratori a partire dalle anzianità contributive maturate dal 1° gennaio 2012.

Il sistema contributivo funziona grosso modo come un libretto di risparmio. Il lavoratore accantona annualmente parte dei propri guadagni: il dipendente delle aziende sanitarie accantona, con il concorso dell'azienda, il 33 % dello stipendio. I contributi sono versati fino a una certa soglia. il così detto massimale contributivo che, fissato in lire 132 milioni al 1° gennaio 1996, è stato annualmente rivalutato sulla base dell'indice Istat. I contributi versati costituiscono il montante contributivo, il quale produce una sorta di interesse composto, con un tasso legato alla dinamica quinquennale del Pil. All'atto del pensionamento, al montante contributivo si applica il coefficiente di trasformazione (ossia di conversione) e si ottiene l'importo annuo di pensione spettate.

La revisione dei coefficienti di trasformazione era stata disposta dalla riforma del Welfare (la legge n. 247/2007), con decorrenza dal 1° gennaio 2010, a fronte dell'allungamento della vita media. Successivamente l'adeguamento è stato prodotto nel 2013, in quanto la cadenza era triennale e non più decennale. Una delle novità della manovra Monti a proposito della nuova pensione di vecchiaia è stata la facoltà, per i lavoratori, di rimanere al lavoro fino a 70 anni al fine di migliorare il proprio assegno di pensione. A tal fine, la manovra stabilisce (ovviamente) che i coefficienti di trasformazione vengano estesi fino a raggiungere la predetta età di 70 anni. Così è avvenuto e, infatti, sono stati determinati i coefficienti anche per le età che vanno dai 66 ai 70 anni. Dall'anno 2019 in avanti, anno, peraltro, a partire dal quale l'età per la pensione di vecchiaia andrà portata automaticamente a 67 anni, se tale limite sarà stato raggiunto con la speranza di vita, invece, la revisione dei coefficienti avrà una cadenza biennale. Per coloro che avevano almeno 18 anni di contributi entro il 1995, la quota contributiva decorre dal 2012 per effetto della riforma Monti-Fornero, mentre per gli altri la quota contributiva decorre dal 1996 in poi.

Un lavoratore medio, con meno di 18 anni di contributi al 1995, che accede quest'anno alla pensione di vecchiaia a 66 anni 3 mesi, a fronte di un montante contributivo di 200 mila euro, avrà una rendita maggiore di 18 euro lordi mensili rispetto a chi andrà in pensione con gli stessi requisiti il prossimo anno.

Tuttavia, dal 2016, la pensione di vecchiaia si conseguirà con 66 anni 7 mesi e pertanto, fermo restando l'importo del montante contributivo, la pensione scenderà soltanto di 8 euro al mese.

I lavoratori che hanno già maturato un diritto a pensione (o che lo matureranno entro l'anno), e che quindi possono scegliere quando uscire dal mondo del lavoro, hanno tutta la convenienza a farlo entro il prossimo mese di novembre (entro il 30 dicembre per il settore pubblico) affinché possano beneficiare di coefficienti più generosi

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali

Età	2013-2015		2016-2018	
	Divisori	Valori %	Divisori	Valori %
57	23,236	4,304	23,550	4,246
58	22,647	4,416	22,969	4,354
59	22,053	4,535	22,382	4,468
60	21,457	4,661	21,789	4,589
61	20,852	4,796	21,192	4,719
62	20,242	4,940	20,593	4,856
63	19,629	5,094	19,991	5,002
64	19,014	5,259	19,385	5,159
65	18,398	5,435	18,777	5,326
66	17,782	5,624	18,163	5,506
67	17,163	5,826	17,544	5,700
68	16,541	6,046	16,922	5,910
69	15,917	6,283	16,301	6,135
70	15,288	6,541	15,678	6,378

COEFFICIENTI A CONFRONTO. Riportiamo una tabella comparativa degli attuali coefficienti di trasformazione e di quelli che entreranno in vigore dal prossimo anno.
Nota: tasso di sconto = 1,5%

Consenso informato

Negligente chi non lo raccoglie

Il medico che non raccoglie il consenso informato può essere accusato di negligenza professionale.

In una recente sentenza (21537/2015) la Corte di Cassazione ha infatti condannato un chirurgo per danno a un paziente nonostante un intervento riuscito.

Non avendo raccolto il consenso informato, il chirurgo non sapeva se il paziente avrebbe potuto subire effetti collaterali della cura. La mancata raccolta è stata quindi, secondo i giudici, indice di superficialità nell'approccio al malato. Una superficialità che si sarebbe potuta trasformare in colpa medica se fosse successo qualcosa.

La Cassazione in questo caso riempie un vuoto normativo, perchè, pur essendo la raccolta del consenso imposta dal Codice deontologico (art. 35), il fatto di non raccoglierlo non è penalmente sanzionabile. Il consenso informato però è costituzionalmente protetto (sentenza 438/08 Corte Costituzionale) e in sua assenza (sentenza 1572/2001 Cassazione) il medico non può curare né il chirurgo "*mettere le mani addosso*" al paziente, a meno che quest'ultimo non sia talmente grave da non riuscire a dire sì o no alla cura (art. 54 del codice penale).

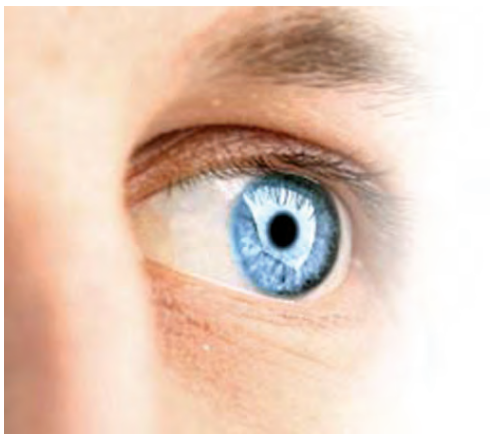
La "complicanza" non salva

Medico condannato a risarcire

Un intervento agli occhi che non riesce alla prima volta e che va ripetuto più volte prima che l'esito sia quello desiderato. Un medico che va a giudizio e che incolpa della mancata riuscita una "*complicanza*". Una corte che non lo assolve (*Corte di Cassazione, sentenza 13328/2015*) perchè la "*complicanza*", anche se rilevata dalla statistica sanitaria, non basta a discolparlo.

La Cassazione è chiara: «*al diritto non interessa se l'evento dannoso non voluto dal medico rientri o no nella classificazione clinica delle complicanze: interessa solo se quell'evento integri gli estremi della "causa non imputabile*"», dovendosi compiere tale accertamento nel caso concreto.

Quindi, secondo la sentenza, o il medico riesce a dimostrare di avere tenuto una condotta conforme alle *Ieges artis*, ed allora egli va esente da responsabilità o, all'opposto, il medico quella prova non riesce a fornirla, e allora non gli gioverà la circostanza che l'evento di danno sia in astratto imprevedibile ed inevitabile, giacché quel che rileva è se era prevedibile ed evitabile nel caso concreto. Prevedibilità ed evitabilità che è onere dei medico dimostrare.



In Sierra Leone, faccia a faccia con Ebola

Il racconto di Alessandra Napoleone al rientro da due missioni in uno dei Paesi più colpiti

La Sierra Leone, lì dove la terribile epidemia di Ebola ha ucciso migliaia di persone, contagiato altrettante, coinvolto medici e sanitari locali e internazionali, è stata per due volte, negli ultimi mesi, la meta delle missioni di Alessandra Napoleone per Emergency.

Direttore della Struttura Complessa di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda ospedaliera Brotzu di Cagliari, in Dicembre e, successivamente in Aprile la Dottoressa Napoleone è partita per dare il proprio contributo all'interno della Terapia Intensiva dell'Ebola Treatment Centres (ETC) a Goderich, sobborgo di Freetown.

Secondo i dati del 2014, dal 2001 Emergency ha curato in Sierra Leone oltre 509.000 persone e ha costruito diverse strutture sanitarie in cui operano a turno i tanti volontari della ONG.

Tra questi, Alessandra Napoleone che ha risposto ad alcune domande sulla sua esperienza e sull'attuale situazione.

Dottoressa, quando è partita in missione per la Sierra Leone e qual è la situazione?

Nell'ultimo anno ho partecipato a due missioni. La prima volta sono partita nel mese di Dicembre e sono rimasta in Sierra Leone fino al 7 Gennaio. La seconda da metà Aprile al 7 Maggio.

Durante la prima missione, eravamo nel pieno dell'epidemia, con più di 15 persone per volta costantemente ricoverate in terapia intensiva. In Aprile la situazione era cambiata radicalmente e, tanto per dare una stima, in terapia intensiva c'erano al massimo 2 pazienti per volta. L'epidemia è ora circoscritta, in particolare nel nord del Paese, ma il virus ebola è comunque ancora considerato emergenza internazionale di salute pubblica e quindi non bisogna abbassare la guardia.

Quali sono stati gli strumenti utilizzati per arginare l'epidemia?

Uno dei principali fattori è stato l'enorme lavoro di sensibilizzazione svolto da Emergency e da altre ONG che ha condotto la popolazione locale a modificare le proprie abitudini, prestando più attenzione alle misure di sicurezza.

Lavoro affiancato da alcune importanti azioni delle Istituzioni locali che hanno istituito i block down con divieto di frequentazione di luoghi affollati e i blocchi stradali con il controllo della temperatura delle persone fermate.

L'ebola è una malattia endemica dal 1976, ma era molto circoscritta, la costruzione di strade e la maggiore possibilità di spostamento ha determinato la diffusione del contagio. È un virus che passa solo attraverso i fluidi, ma inizialmente la popolazione non aveva ancora le benché minime conoscenze delle precauzioni da prendere, al punto che sono morti anche moltissimi medici e sanitari proprio per disinformazione.

Ad esempio il culto del morto con la tradizione di vegliarlo, di lavarlo e toccarlo, in un momento in cui la carica virale è più forte, ha sicuramente prodotto il dilagare dell'epidemia. Con il passare dei mesi si è poi visto, così come ad esempio per i casi europei, che di fronte al contagio la cosa principale è riuscire a supportare bene le funzioni vitali, ma è necessario che l'intervento sia tempestivo.

Al contrario, le persone malate arrivavano molto tardi scambiando il virus ebola per forme gastrointestinali. Nella fase iniziale, oltre il 50% delle persone contagiate moriva. Successivamente, con il prendere coscienza e le campagne di sensibilizzazione, la situazione è migliorata, con una mortalità di gran lunga sotto al 50%.

Nella gestione ospedaliera, vengono applicati gli stessi protocolli di sicurezza utilizzati in Italia e negli altri Paesi dove si sono verificati casi di ebola?

Assolutamente sì, la sicurezza degli operatori sanitari è garantita e i protocolli sono i medesimi. In ambito ospedaliero sono state introdotte misure rigorosissime.

Prima di cominciare a lavorare è necessaria una formazione specifica che prevede anche l'insegnamento di come indossare e togliere il PPE - Personal Protective Equipment. Tale procedura è infatti piuttosto lunga e complessa e deve essere fatta sotto la supervisione di altre persone che hanno il compito di controllare l'integrità degli indumenti da indossare. La procedura è altrettanto rigorosa in uscita, al momento in cui bisogna svestirsi.

In quali strutture sanitarie viene gestita l'emergenza ebola?

L'Ebola Treatment Centre è la principale struttura di accoglienza e cura dei casi di ebola in Sierra Leone. Di fronte all'emergenza, è stata costruita in pochissimo tempo, grazie a Emergency UK ed è costituita da parti in muratura e da diverse tende. Conta 100 posti letto ed è l'unica struttura con una Terapia Intensiva completa, in cui, nel periodo di massimo contagio, hanno lavorato 5, 6 intensivisti che turnavano insieme agli infermieri e ai biologi dello Spallanzani, oltre agli addetti alla sicurezza.

Non abbiamo mai avuto problemi di approvvigionamento né di mancanza di macchinari. In generale gli ospedali di Emergency hanno uno standard elevato. La filosofia di questa ONG è infatti di portare uno standard europeo in tutti i Paesi in cui è presente, rendendo le strutture belle anche dal punto di vista estetico in modo da accogliere al meglio popolazioni già tanto provate da epidemie, guerre, carestie...

Come vengono gestiti i rapporti con i pazienti?

La comunicazione avviene in inglese o tramite i sanitari nazionali che aiutano anche nel triage e nello screening. La collaborazione e la disponibilità di chi lavora nelle strutture ospedaliere e, in generale, di tutta la popolazione è incredibile.

Per motivi di sicurezza, tra le diverse zone dell'ospedale si parla via radio con invio per via telematica dei documenti scansionati. La zona rossa è infatti completamente isolata attraverso appositi varchi e filo spinato.

Qual è il percorso previsto all'accettazione dei pazienti?

Il percorso per i casi sospetti prevede l'accoglienza da parte dei sanitari locali vestiti con PPE. Il triage viene gestito a distanza di un metro e mezzo da noi medici. Le persone potenzialmente contagiate vengono spogliate di tutto e gli effetti personali bruciati. Successivamente si accede nella holding rossa dove le persone sono sottoposte a prelievo e, in caso di esito positivo, trasferite immediatamente in terapia intensiva per essere sottoposte ad un trattamento adeguato. Solo successivamente i pazienti vengono trasferiti in reparti normali fino a completa guarigione. Alla dimissione, che avviene dopo due test risultati negativi, si rilascia apposita certificazione che consente di tornare alle proprie famiglie.

Al rientro dalla Sierra Leone, è stata sottoposta a quarantena. In particolare, quando è tornata lo scorso Maggio si è verificato il caso di contagio dell'Infermiere Stefano Marongiu. Quali sono le misure adottate in Italia?

Entrambe le volte, quindi a prescindere dal caso di contagio, sono stata sottoposta a quarantena per tre settimane come stabilito da un Decreto della Regione Sardegna che prevede il controllo obbligatorio quotidiano da parte della Asl di riferimento. La Sardegna ha stabilito fin da subito un codice verde per chi rientra dai Paesi con epidemia di ebola, con allontanamento dal lavoro e osservazione quotidiana da parte dell'Ufficio di Igiene Pubblica dell'Asl.

Una misura in più rispetto a quanto previsto dal Ministero della Salute che richiede un auto controllo quotidiano con misurazione della temperatura.

La Sardegna ha quindi gestito perfettamente il caso dell'Infermiere contagiato?

In seguito alla notizia del contagio di Stefano Marongiu, rapidamente trasferito allo Spallanzani di Roma, ci sono state tante polemiche su ipotetici ritardi e si è diffuso sul territorio un ingiustificato allarmismo.

La situazione è stata gestita correttamente. Per questo motivo conoscendo perfettamente la situazione, la modalità di contagio e considerando che Stefano, esperto di ebola, si è auto diagnosticato tempestivamente la malattia, ho ritenuto opportuno dire la mia anche per rispondere a quelle che erano pure illazioni.

Ho quindi ringraziato pubblicamente il personale che mi ha seguito in questi periodi perché assolutamente all'altezza della situazione.

E adesso, è già pronta per una nuova missione?

Certamente. Partirò in Agosto, sempre con Emergency. Andrò in Sudan dove c'è un bellissimo Centro di cardiochirurgia, l'unico gratuito in tutta l'Africa e con uno standard elevatissimo di cure.

Zibaldone semi-serio: florilegio arguto di Gian Maria Bianchi

Il Prognostico

Quando si è vittima di un grave incidente, la prognosi all'inizio è riservata. In un primo tempo, infatti, è strettamente legata al destino del paziente, al fato (che è fatale), alla sorte (che tira a sorte), oppure alla Provvidenza (che "*vede prima*" … e provvede).

Da bambino sentivo dire "*Siamo nelle mani della Provvidenza*". Dopo l'iscrizione all'Ordine mi sono sentito dire "*Dottore, siamo nelle sue mani*". Mani in greco si dice *keir*, *keiròs*. *Keir* più *érgon* (opera) è chi opera con le mani (chirurgo). *Keir* più *màntis* (indovino) è chi indovina leggendo le mani (chiromante).

Il medico-chirurgo è chiamato spesso a fare l'indovino: "*Dottore, quando potrò tornare a casa?*" Gli antichi aruspici scrutavano il futuro nelle viscere degli animali. I moderni chirurghi scrutano la prognosi nelle viscere degli operati.

Questa prognosi "*riservata*" a chi è riservata? Ma è ovvio: al titolare del futuro, che fin dall'antichità è la divinità. Ed è sempre il titolare che entra in campo; le "riserve" sono in attesa di essere "*sciolte*", per poter giocare. Si scioglie la prognosi e lei non è più né infausta, né riservata; è favorevole, ti fa il favore di darti un numero (di giorni). Come la Smorfia, che ti da un numero interpretando i sogni. Tu sogni di guarire in 10, 20, 30 giorni e puoi giocarli quei numeri, magari sul tavolo verde (della sala operatoria, col telo sterile verde).

Ma ogni gioco dura poco. Infatti c'è quel famoso "s.c." che unisce due parole sempre in conflitto: salvo - complicazioni. Salvo è uguale a guarito. Complicato è uguale a peggiorato. E qui si cambia il gioco: si gioca a festa o croce.

La particella "*pro*" può avere diversi significati. Pro nel senso di "*a favore*". Pro patria, pro loco, pro domo sua: tutte nell'interesse per le proprie cose, case, città, nazioni. A che pro? Che buon pro ti faccia! Procacciare, provvedere, produrre.

Pro nel senso di "*fare le veci*": prorettore, proconsole.

Pro nelle ricette: tre confetti pro die.

Pro nelle statistiche: un pollo pro capite.

Prognosi deriva dal greco *pro* (prima) e *ghignoskein* (conoscere). Prognosi e prognosticare sono sorelle di una serie di parole che iniziano con "*pro*": *proscenio, prologo, promessa, procreare, prosternare*. Sono tutte cose che ci dicono "*siamo prima, siamo davanti a qualcosa*".

Ma attenzione: la prognosi non puoi stabilirla se prima non hai fatto la diagnosi: *dià* (attraverso) e *gnòsis* (conoscenza). E c'è da chiedersi "*è più facile la diagnosi o la prognosi?*". Dià o pro? Ognuna ha i suoi pro e contro. L'obiettivo è giungere alla conoscenza del "*prima*" grazie all'"*attraverso*". La divinazione grazie alla divina azione (*divinum est curare dolorem*).

Il contrario dell'azione anticipatoria ce lo dice la parola procrastinare: *pro* (a favore) e *cras* (domani), cioè "*rimandare al domani*", sottinteso "*quello che non puoi fare oggi*". È sempre una questione di tempo. Temporibus illis, nei tempi andati. Pro tempore, che è un titolo provvisorio, temporaneo. Proprio come la prognosi. E come la vita. Da pro memoria si passa in memoriam.

Sigmund Freud, parafrasando il motto latino (se vuoi la pace, prepara la guerra), ha scritto: "*Si vis vitam, para mortem*".

QUESITI DAL WEB: l'AAROI-EMAC RISPONDE

Tutti gli Iscritti possono inviare i loro Quesiti a: quesiti@aaroiemac.it

Le risposte di Domenico Minniti
Vice Presidente AAROI-EMAC Calabria

ANZIANITÀ DI SERVIZIO

***Quesito**: Esistono differenze per chi è già a tempo indeterminato, riguardo al mantenimento dell'anzianità di servizio, tra un trasferimento per mobilità e la vincita di un concorso?*

Risposta: No. Nessuna differenza, a patto che, per il vincitore di concorso, non vi sia soluzione di continuità tra le dimissioni dall'Azienda di provenienza e l'assunzione in servizio presso quella di nuova destinazione. Nel caso della mobilità, non comportando questa, a differenza della prima ipotesi, novazione del rapporto di lavoro, le Aziende concordano la data del trasferimento, garantendo così la continuità del servizio.

D.M.

GRADUATORIA MOBILITÀ VOLONTARIA

***Quesito**: Quanto dura la validità di una graduatoria di mobilità volontaria?*

Risposta: Non esiste norma che sancisca la durata della validità di una mobilità volontaria.

La graduatoria di un avviso di mobilità dovrebbe essere però esaurita prima di ricorrere ad un concorso a tempo indeterminato, e ciò a norma dell'*art. 30 comma 2 bis del D.Lgs 165/2000* come modificato dal *DL 7/2005 art 2-bis* che recita:

"*Le Amministrazioni, prima di procedere all'espletamento di procedure concorsuali, finalizzate alla copertura di posti vacanti in organico, devono attivare le procedure di mobilità di cui al comma 1, provvedendo, in via prioritaria, all'immissione in ruolo dei dipendenti, provenienti da altre amministrazioni, in posizione di comando o di fuori ruolo, appartenenti alla stessa area funzionale, che facciano domanda di trasferimento, nei ruoli delle amministrazioni in cui prestano servizio. Il trasferimento è disposto, nei limiti dei posti vacanti, con inquadramento nell'area funzionale e posizione economica corrispondente a quella posseduta presso le amministrazioni di provenienza*".

D.M.

RIPOSO DOPO NOTTE DI LAVORO

***Quesito**: È un diritto godere di una giornata di riposo dopo una notte di lavoro?*

Risposta: Nessuna norma prevede il diritto, dopo aver lavorato la notte, di astenersi dal lavoro nei due giorni successivi.

Il *D.Lgs. 66/2003* che recepisce la normativa europea in materia di orario di lavoro, indica in undici ore il periodo minimo di riposo tra un turno e l'altro. Il *CCNL 2006/2009 con il comma 2 dell'articolo 7* demanda alla Contrattazione Integrativa Aziendale il compito di prevedere "*in particolare, dopo l'effettuazione del servizio di guardia notturna o della turnazione notturna, la fruizione immediata, in ambito diurno, di un adeguato periodo di riposo obbligatorio e continuativo, in misura tale da garantire l'effettiva interruzione tra la fine della prestazione lavorativa e l'inizio di quella successiva*".

La possibilità in questione può essere presa in esame con una gestione dell'orario di lavoro che, garantendo il debito orario, consenta due giorni liberi successivi alla notte.

D.M.

COMPITI E INCARICHI PROFESSIONALI

***Quesito**:Quali sono i compiti relativi ai singoli incarichi professionali?*

Risposta: Il *CCNL 1998/2001* specifica, all'*articolo 27*, quali siano gli incarichi che possono essere assegnati ai Dirigenti Medici:

lettera "a": struttura complessa
lettera "b": struttura semplice, anche a valenza dipartimentale
lettera "c": incarico professionale anche di "alta specializzazione"
lettera "d": incarico conferibile a Dirigenti con anzianità inferiore a cinque anni.

All'atto del conferimento dell'incarico occorre sottoscrivere un contratto individuale nel quale saranno declinati, oltre la denominazione dell'incarico stesso, anche i compiti e gli obiettivi da raggiungere. Annualmente gli obiettivi vengono ridiscussi e condivisi con il Responsabile della Struttura di appartenenza (Semplice o Complessa), in funzione di eventuali variazioni di mezzi o di risorse messi a disposizione del Dirigente cui è stato assegnato l'incarico. Analogamente ogni anno verranno concordati gli indicatori che saranno utilizzati per valutare il raggiungimento degli obbiettivi da parte del Dirigente, ai fini della corresponsione dello stipendio di risultato.

D.M.

ORGANIZZAZIONE TURNI DI SERVIZIO

***Quesito**: Esiste una normativa che definisca entro quando il lavoratore debba essere posto a conoscenza dei turni di servizio relativi al periodo successivo?*

Risposta: Ci troviamo purtroppo davanti ad uno dei tanti vuoti normativi. Il Contratto Collettivo non chiarisce la questione mentre la giurisprudenza può forse venirci in aiuto con la *sentenza 12962 del 21 maggio 2008 - Cassazione Sezione Lavoro* - che, pur non riguardando espressamente la Dirigenza Medica, "*dispone che le aziende esercenti autoservizi pubblici di linea extraurbani adibiti al trasporto dei viaggiatori devono affiggere i turni di servizio negli uffici, nelle autostazioni, nei depositi e nelle officine in modo che il personale ne possa prendere conoscenza*".

Tale disposizione, secondo i Giudici di legittimità, imponendo al datore di lavoro di affiggere i turni, è intesa a consentire al lavoratore stesso una ragionevole programmazione del proprio tempo in relazione agli impegni lavorativi e non può quindi essere interpretata nel senso che l'affissione possa avvenire a ridosso dell'inizio della prestazione.

D.M.

VITTORIA CONCORSO, PREAVVISO E FERIE

***Quesito**: Lavoro con contratto a tempo indeterminato presso un'Azienda Sanitaria. Sono attualmente in astensione obbligatoria per gravidanza ed ho vinto un altro concorso a tempo indeterminato, altrove. Come mi devo comportare per quanto riguarda il preavviso e le ferie da smaltire?*

Risposta: La norma contrattuale da applicare è contenuta nell'articolo 39 del CCNL 1994/97 che recita:

ART. 39: Termini di Preavviso

1. In tutti i casi in cui il presente contratto prevede la risoluzione del rapporto con preavviso o con corresponsione dell'indennità sostitutiva dello stesso, i relativi termini sono fissati come segue:

..Omissis...

2. In caso di dimissioni del dirigente il termine di cui al comma 1 è di tre mesi.

3. I termini di preavviso decorrono dal primo o dal sedicesimo giorno di ciascun mese.

Non potendo godere delle ferie avanzate perché in astensione obbligatoria e perché comunque lo stesso citato articolo non ne prevede la fruizione durante il periodo di preavviso, eventuali residui andranno dunque monetizzati.

D.M.

PRONTA DISPONIBILITÀ

***Quesito**: È lecito che la reperibilità pomeridiana venga utilizzata per fini differenti rispetto alle urgenze di interesse anestesiologico?*

Risposta: Come già in altre circostanze segnalato, l'istituto della pronta disponibilità (PD), come normato dall'*articolo 17 del CCNL 2002/2005*, non prevede turni pomeridiani. Nei giorni feriali è consentito un solo turno di PD, dalle 20.00 alle 8.00, mentre due turni, dalle 8.00 alle 20.00 e dalle 20.00 alle 8.00 sono previsti esclusivamente per le giornate festive.

Fatta questa doverosa premessa, che vuole sottolineare come un turno diurno feriale di PD confligga con la vigente normativa contrattuale, è utile ricordare come "*il lavoro straordinario non possa essere utilizzato come fattore ordinario di programmazione del tempo di lavoro e di copertura dell'orario di lavoro*", e, come tale, debba essere riservato esclusivamente alle urgenze ed alle emergenze di interesse anestesiologico ed intensivistico.

D.M.

TRATTAMENTO DI PAZIENTI PEDIATRICI

***Quesito**: Con riferimento agli interventi chirurgici di elezione su pazienti in età pediatrica, vorrei sapere se esiste una normativa circa l'obbligatorietà del trattamento o dell'eventuale trasferimento di questi pazienti verso le strutture provviste di chirurgia pediatrica?*

Risposta: Non esiste una norma di carattere nazionale, ma non è da escludere che le Aziende possano adottare percorsi diagnostico terapeutici assistenziali ad hoc.

In alcuni casi sono addirittura le regioni ad emanare norme in questo senso: la Calabria, ad esempio, ha prodotto dei criteri di accreditamento delle proprie strutture sanitarie, in relazione ai quali, al di sotto dell'anno d'età, escluse le emergenze, i pazienti devono essere trasferiti presso strutture dotate di chirurgia pediatrica.

D.M.

PATERNITÀ E JOBS ACT

***Quesito**: È vero che l'astensione facoltativa per la paternità, dopo i 3 anni, verrà retribuita al 30% per entrata in vigore del Jobs Act? Vale anche per la Dirigenza Medica?*

Risposta: Il *D.Lgs. 80 del 25 giugno 2015*, attuativo di una parte del Jobs Act integra e modifica parzialmente il *D.Lgs. 151/2001* (che norma la tutela della genitorialità). Quest'ultimo detta ai sensi del suo articolo 2 - ed ove non diversamente stabilito - norme per i lavoratori pubblici e privati. È del tutto evidente come il provvedimento riguardi dunque tutti i lavoratori, inclusa quindi la Dirigenza Medica. È necessario però sottolineare come le misure previste dal D. Lgs. 80/2015 abbiano inizialmente solo carattere sperimentale e limitato al 2015. "*Il riconoscimento dei benefici per gli anni successivi al 2015* - recita infatti il comma 3 dell'articolo 26 - *è condizionato alla entrata in vigore di decreti legislativi attuativi dei criteri di delega di cui alla legge 10 dicembre 2014, n. 183, che individuino adeguata copertura finanziaria*".

D.M.

PART-TIME E LIBERA PROFESSIONE

***Quesito**: Durante un rapporto di lavoro part-time è possibile svolgere attività in libera professione intramuraria o prestazioni aggiuntive?*

Risposta: Il cosiddetto lavoro part-time, meglio definito come "*impegno ad orario ridotto*", richiesto dal Dirigente per particolari problemi personali, è normato dal CCNL 22 febbraio 2001.

Il quesito posto, nello specifico, è affrontato dall'articolo 4, comma 12 che recita: "*L'attività libero professionale intramuraria, comunque classificata, è sospesa per tutta la durata dell'impegno ad orario ridotto*".

Appare inoltre utile ricordare come anche le prestazioni aggiuntive (nel caso dei Dirigenti ex art. 55 CCNL 1998/2001), siano considerate attività libero professionale intramoenia, ed essere pertanto precluse al Dirigente in questione. La medesima esclusione, per inciso, dev'essere applicata, per effetto di normativa analoga, a tutti i Lavoratori, Dirigenti o meno, con "*impegno ad orario ridotto*".

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

AAROI EMAC
Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

ISCRIZIONI 2015

Colleghi Anestesisti-Rianimatori
Colleghi di Emergenza-Area Critica
(Pronto Soccorso e 118)

per un adeguato riconoscimento
delle nostre qualifiche professionali

per una giusta valorizzazione
del lavoro che svolgiamo ogni giorno

per una rispettosa applicazione
dei nostri diritti e dei nostri doveri

iscrivetevi
all'A.A.R.O.I.–EM.A.C.!

la grande Associazione Sindacale a tutela dei 20.000 Specialisti
al servizio del nostro Sistema Sanitario Nazionale
in Anestesia-Rianimazione, in Emergenza, e in Area Critica

Istruzioni sulle modalità di iscrizione a pagina 2,
e sul web al seguente indirizzo: www.aaroiemac.it