

il nuovo Anestesista Rianimatore

SETTEMBRE - OTTOBRE
2015
5
Anno XXXVI

AAROIEMAC
Associazione Anestesiologi Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

Periodico dell'Associazione Anestesiologi 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

È il momento della Mobilitazione Generale



L'AAROIEMAC condivide la protesta e promuove la mobilitazione

Sono numerosi i motivi alla base della decisione di raccogliere l'invito alla Mobilitazione generale lanciato dalla FNOMCeO. L'AAROIEMAC aderisce insieme alle altre OO.SS. della Dirigenza Medica agli Stati Generali del 21 Ottobre, e fin da ora dichiara che non si tirerà indietro in

caso si decida per la proclamazione di uno sciopero in Novembre. Mai come in questo periodo occorre l'unità di tutta la categoria medica per rilanciare le numerose istanze aperte dalla nostra Associazione a tutela degli Anestesiologi Rianimatori e dei Colleghi di Emergenza/Area Critica.

a pagina 2

La chiamata FNOMCeO Il Documento integrale

I cittadini avvertono sempre di più la difficoltà ad accedere alle cure e i medici italiani, insieme a tutti gli altri operatori sanitari, vivono una condizione di profondo disagio nello svolgere le proprie attività professionali.

La causa di tutto questo risiede in molteplici fattori, primo fra tutti una politica orientata più a mantenere le criticità che gravano sul nostro SSN e a sottometerlo alla logica economicistica dei tagli lineari che all'affermazione dei suoi valori di equità, giustizia e sicurezza, perseguendone la realizzazione con appropriate progettualità.

Con fantasiosi termini tipo "razionalizzazione", "congelamento dell'aumento del fondo per l'anno in corso", e "lotta agli sprechi", si mascherano tagli che producono una drastica riduzione delle prestazioni, causata da stanziamenti assolutamente insufficienti per rispondere ai bisogni sanitari veri e propri, mentre gli sprechi amministrativi continuano.

a pagina 3

Contratti: ancora in sospeso Nonostante la Sentenza della Consulta è tutto fermo



Ancora in attesa della convocazione ufficiale, a mesi di distanza dalla Sentenza della Corte Costituzionale che definì incostituzionale il perpetrarsi del blocco dei contratti nel Pubblico Impiego. Tutto fermo, ma in quest'attesa, tutt'altro che rassicurante, l'AAROIEMAC ha già ben chiaro cosa chiedere. I punti richiamati a pag. 4 di questo numero richiederanno un confronto serrato, una volta che le trattative saranno aperte, e ad essi si aggiungerà una battaglia non facile, a cui l'Associazione si sta preparando, che riguarda ciò che il temporaneamente sopito "Disegno di Legge Delega ex art. 22 del Patto per la Salute" ha in previsione sul ruolo degli Specializzandi in sostituzione degli Specialisti.

a pagina 4

DL Enti Locali Il blitz di Agosto

I tagli previsti dall'Intesa Stato Regioni sono stati inseriti nel "Decreto Enti Locali", approvato in via definitiva nei primi giorni di Agosto.

Un testo che ha fatto discutere anche per un nuovo blitz a danno della sanità italiana: l'inserimento di una disposizione volta a sanzionare i Medici in caso di prescrizioni considerate inappropriate. Ed è proprio degli ultimi giorni la bozza del Decreto Ministeriale sulla "Inappropriatezza Prescrittiva", in cui sono indicate 208 prestazioni specialistiche a "prescrizione limitata".

a pagina 7

Previdenza

Trattenuta del 2,50%: la situazione

A pagina 14, un'analisi della situazione attuale e un excursus normativo per provare a dirimere la nebulosa questione della trattenuta del 2,50% in busta paga su TFS/TFR.

La normativa non è del tutto chiara, in quanto, anche in base alla disamina a cura del Dr. Claudio Testuzza, "... in base alla Sentenza 244/2014 della Corte Costituzionale,

per i dirigenti medici in regime di TFS vige l'obbligo del contributo previdenziale del 2,50%, e pertanto nessuno di costoro può richiederne la sua restituzione, mentre in base alla Sentenza n. 223/2012 della Corte Costituzionale, per i dirigenti medici in regime di TFR, la trattenuta del 2,50% è da considerarsi illegittima".



a pagina 14

Responsabilità Professionale Qualcosa comincia a muoversi, ma non ancora abbastanza

Una relazione della Commissione tecnica del Ministero della Salute e una bozza di Testo unificato per riunire tutte le precedenti proposte di legge. Alcune novità positive sembra stiano arrivando in tema di Responsabilità Professionale.

Con quali tempi? Il neo relatore della bozza legislativa, Federico Gelli, pur escludendo la possibilità di inserire alcune prime disposizioni nella Legge di Stabilità, ha però assicurato di voler chiudere la partita entro l'anno. Stesse rassicurazioni sono arrivate dal Ministro della Salute, Lorenzin, in una riunione con i Sindacati Medici.



a pagina 5

Una mobilitazione della Sanità è ora necessaria

L'AAROI-EMAC aderisce alla proposta lanciata dalla FNOMCeO

Una mobilitazione dei Medici già in atto, gli Stati Generali il 21 Ottobre e un probabile sciopero generale in Novembre. In tanti avevano anticipato che l'Autunno sarebbe stato "caldo". Probabilmente sarà "bollente".

È ormai evidente che non c'è altra strada, se non una levata di scudi unitaria in cui l'AAROI-EMAC deve fare la sua parte per portare avanti le ragioni dei Medici in generale e degli Anestesiisti Rianimatori in particolare.

Una mobilitazione generale compatta di categoria, con obiettivi chiari e comuni, che potrebbe prevedere anche uno sciopero generale, è uno strumento potente per far in modo che, almeno su alcune questioni, il Governo faccia passi indietro. Siamo consapevoli delle ripercussioni e dei possibili rischi: il disagio che gli Anestesiisti Rianimatori potrebbero recare all'utenza bloccando anche solo con un giorno di sciopero tutte le sale operatorie programmate in elezione, a fronte delle difficoltà di una partecipazione massiccia.

Non sarà facile, ma crediamo che di fronte alle tante ragioni che hanno condotto a questa scelta, i Colleghi Iscritti alla nostra Associazione non si tireranno indietro. È superfluo dire che la forza di una simile azione sta nella compattezza della categoria, che sarà tale se ci sarà un'elevata adesione alla mobilitazione e se avremo la capacità quotidiana di far rispettare i nostri diritti - compreso quello di sciopero - sui luoghi di lavoro.

Proprio per questo, se saremo costretti a prendere atto che lo sciopero potrà essere l'unico strumento attraverso il quale far sentire efficacemente la nostra voce, dovremo prepararlo adeguatamente, facendolo precedere, in modo capillare ospedale per ospedale, da ogni iniziativa per tutelare ciascun lavoratore nel diritto ad esercitare tale forma di protesta, diritto che nel recente passato è stato ripetutamente ed ampiamente violato.

In certi casi concreti che riguardano in special modo gli Anestesiisti Rianimatori, tali violazioni si sono realizzate attraverso cooptazioni in servizio non conformi alla normativa vigente, o tramite moltiplicazioni del numero di medici necessario alla copertura dei servizi minimi ed essenziali, o con "recuperi" dell'attività operatoria non svolta, magari attraverso l'applicazione distorta di regolamenti aziendali confezionati per poter essere, alla bisogna, interpretati ad arte, oppure, banalmente, sono consistite in normali liste operatorie confezionate sotto le mentite spoglie di interventi operatori "d'urgenza". Aver tollerato in passato queste violazioni non vuol dire che continueremo a far finta di nulla: amministratori e direttori vari sono avvisati fin d'ora.

Tornando ai motivi che sono alla base di questa mobilitazione unitaria, è sufficiente uno sguardo alle pagine di questo giornale per capire fino a che punto siamo arrivati.

Il documento della FNOMCeO pubblicato a pagina 3 spiega le questioni principali che hanno indotto l'Ordine ad indire una mobilitazione generale. Una chiamata che non arrivava da tempo, e



che sicuramente rappresenta un'evoluzione in positivo dei rapporti con le OO.SS., dopo un lungo periodo di distanza tra le due compagini. Un riavvicinamento che ha dato nuova forza alla mobilitazione, soprattutto in un periodo in cui la caccia alle Streghe nei confronti dei Sindacati è all'ordine del giorno.

È sotto gli occhi di tutti che l'attuale Governo - a partire dalla riduzione dei diritti sindacali, passando attraverso continui attacchi alle OO.SS. e quotidiane minacce di cambiare le regole della rappresentanza, fino ad arrivare a modifiche repentine a colpi di decreto - mina quotidianamente la forza di chi lavora per tutelare i diritti dei lavoratori.

Di qui l'importanza del messaggio FNOMCeO, a tutela della professione medica e contro l'attitudine della politica sanitaria ad additare i medici come un costo e non come un investimento su cui puntare, nonostante sia lampante che "il personale medico ha contribuito - per dirla con una frase del documento - con spirito di sacrificio e senso di responsabilità a mantenere alto il livello qualitativo assistenziale. Il personale sanitario da oltre 5 anni è senza rinnovo contrattuale ed ha visto una notevole contrazione del potere d'acquisto dei propri stipendi".

Il documento punta il dito anche su altre questioni ancora aperte, come quello della Responsabilità Professionale, a cui è dedicata un'intera pagina di questo giornale, e che rappresenta un altro importante motivo per far sentire la nostra voce.

Sono anni che aspettiamo una soluzione seria del contenzioso a tutela della professione medica, vittima di denunce il più delle volte prive di fondamento ma che comunque incidono profondamente sia a livello professionale che umano.

Altro motivo alla base della mobilitazione è la situazione contrattuale, ampiamente descritta a pagina 4 attraverso una disamina degli obiettivi principali che l'AAROI-EMAC si prefigge di raggiungere.

Al momento, nonostante siano passati mesi dalla sentenza della Consulta, non ci sono segnali di una prossima convocazione. Nè il dibattito che si è acceso attorno alla Legge di Stabilità lascia ben sperare. Al contrario, si parla di nuovi possibili tagli alla sanità! Altri tagli, dunque, dopo il blitz delle Regioni che, nonostante

mesi di trattative, hanno avallato la decisione di ridurre il Fondo Sanitario Nazionale, in un ping-pong tra istituzioni: da una parte il Ministero della Salute attribuiva la colpa dei tagli alle Regioni, dall'altra le Regioni ne invocavano la responsabilità sul Governo. Il risultato finale si conosce: la riduzione di 2,3 miliardi del FSN prevista dall'Intesa Stato-Regioni è stata recepita nel "Decreto Legge Enti Locali", poi trasformato in Legge a colpi di fiducia nelle afose giornate dello scorso agosto.

Un Decreto in cui è stata giocata anche una nuova carta contro i Medici, ma anche contro i Cittadini, al solo scopo di fare cassa. Non può esser considerata diversamente l'idea di definire ex ante come inappropriate alcune prescrizioni mediche, prevedendo una sanzione per i Medici che dovessero ostinarsi a prescriverle. Una decisione che lascia esterrefatti per l'idea in sé, ma anche per l'incredibile velocità con cui la si sta portando avanti. Tutte le forze ministeriali - sebbene siano tante le situazioni in stand by realmente importanti, a partire dalla definizione dei nuovi LEA - sono state evidentemente chiamate a raccolta per redigere in tempi record un Decreto Ministeriale che individua le 208 prestazioni inappropriate senza alcun confronto con i diretti interessati, ossia i "prescrittori". Salvo poi convocarli attraverso i Rappresentanti Sindacali all'unico scopo di presentare un documento già pronto su cui fare osservazioni "entro 24, 48 ore al massimo".

Nel frattempo è diventata Legge anche la cosiddetta "Riforma Madia", su cui si fa il punto a pagina 6, attraverso l'informativa COSMED che descrive l'attività svolta e i risultati ottenuti dalla Confederazione. Risultati importanti che, tuttavia, non eliminano i possibili effetti di disposizioni ancora tutte da definire nelle Deleghe previste dalla Legge.

Si potrebbe continuare ancora molto a descrivere la incredibile incoerenza di una politica sanitaria miope che si basa per lo più su scelte economiche frutto di estemporanee necessità di cassa.

Ma prima di chiudere, un ultimo cenno lo meritano i tentativi di calmare gli animi da parte del Sottosegretario alla Sanità, Vito De Filippo, che all'indomani dell'annuncio della mobilitazione si è affrettato a convocare il primo incontro della Cabina di Regia. Tentativo del tutto vano, a cui l'AAROI-EMAC ha risposto in un comunicato congiunto APM (pag. 6), che rimanda al mittente una convocazione last minute goffa e priva di senso. Altrettanto vani consideriamo i tentativi del Responsabile sanità del Partito Democratico, Federico Gelli, che in più di un'intervista ha lanciato promesse finora rimaste tali di sblocco del turnover, stabilizzazione dei precari e rinnovo dei contratti, come vane consideriamo pure le rassicuranti parole del Premier Renzi sulla possibilità di trovare un accordo con quegli stessi medici che il suo Governo continua a perseguire.

Alessandro Vergallo
 Presidente Nazionale AAROI-EMAC

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

L'AAROI-EMAC, dal 1952 una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, a tutela dei Medici Anestesiisti 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
SEGRETERIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroiemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroiemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@aaroiemac.it
PRESIDENTE SIAARTI • Prof MASSIMO ANTONELLI • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • Dr PAOLO NOTARO • ufficiesteri@aaroiemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
 Tribunale di Napoli
 4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
 ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
 FABIO CRICELLI
 TERESA MATARAZZO
 EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
 GIAN MARIA BIANCHI
 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 Imperato, 190
 80046 Napoli (Na)

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

Chiuso in Redazione il
 5 Ottobre 2015
 Tiratura: 10.600 copie
 Spedito il
 7 Ottobre 2015

Il Manifesto della FNOMCeO a difesa della Sanità Pubblica

Per una rinnovata alleanza dei medici tra loro e con i cittadini



La estirpazione degli eventuali sprechi determinati dalla allegra finanza del passato è un processo di lungo respiro che deve andare ad incidere sui comportamenti e prassi che andrebbero aggrediti con interventi complessi e mirati che necessitano tempo per dare risultati certi.

La valorizzazione economica degli sprechi presunti e delle inefficienze nasce da stime approssimative e da stime di stime che passano di penna in penna e di bocca in bocca diventando sempre più elevate senza alcun riscontro oggettivo e diventa il riferimento per far passare precocette posizioni di parte.

Ma secondo la classifica internazionale stilata annualmente da Bloomberg, l'Italia è al terzo posto al mondo (prima fra i paesi europei) per efficienza, per l'aspettativa di vita dei cittadini (quasi 83 anni) per il costo pro capite del sistema sanitario (3.000 dollari).

E' l'ora che il Presidente del Consiglio, così come annuncia che vuole cancellare IMU e TASI, dica agli italiani se intende mantenere in vita il SSN equo, solidale ed universalistico garantendo i livelli attuali di assistenza.

L'attuale politica sanitaria vede la professione medica come un costo e non come un investimento importante e irrinunciabile per la risoluzione dei tanti problemi che affliggono la sanità.

Le tecnostituzioni sia centrali che regionali spesso attuano misure burocratiche e vessatorie sulla professione, come voler assegnare al medico responsabilità patrimoniali derivanti da inappropriata prescrizione o proporre modelli organizzativo-gestionali obsoleti, già abbandonati in altri Paesi e non suffragati da evidenze probatorie positive.

Si vuole ignorare che la vera risorsa del SSN è il personale medico e sanitario che in questi anni ha contribuito con spirito di sacrificio e senso di responsabilità a mantenere alto il livello qualitativo assistenziale. Il personale sanitario da oltre 5 anni è senza rinnovo contrattuale ed ha visto una notevole contrazione del potere d'acquisto dei propri stipendi.

I professionisti della salute sono senza contratto mentre aumenta la logica del precariato a vita.

Il processo di aziendalizzazione in sanità ha evidenziato il suo fallimento nel perseguire, quale obiettivo prioritario, il mantenimento dei conti svilendo il ruolo dei professionisti a mere fattore produttivo.

La Professione, a fronte di questa realtà, deve confrontarsi con l'aumento e il mutamento dei bisogni assistenziali, mentre si riducono sempre di più le risorse pubbliche e private.

Lo stesso Parlamento Europeo ha evidenziato che l'attuale crisi economica ha creato una forte pressione sui bilanci sanitari nazionali influenzando sulla sicurezza dei pazienti e pertanto ha invitato gli Stati membri a garantire che la sicurezza dei pazienti non sia messa a rischio dalle misure di austerità e che il sistema sanitario resti adeguatamente finanziato.

Il contenzioso, nella maggior parte dei casi futile e pretestuoso, condiziona la vita professionale, la qualità del lavoro medico, la serenità e il rapporto con i pazienti e con i cittadini, mentre l'eccessiva burocratizzazione dell'attività medica toglie tempo all'ascolto, che è esso stesso tempo di cura dei pazienti.

Il problema della responsabilità professionale esige un nuovo, rapido ed equilibrato atto legislativo che porti una soluzione soddisfacente per tutti gli attori coinvolti, garantendo ai cittadini un indennizzo equo in tempi rapidi, aumentando la sicurezza delle cure, restituendo ai professionisti la serenità per svolgere al meglio la professione in modo indipendente e libero da qualsiasi condizionamento.

Solo attraverso una legge si può incidere positivamente sulla famigerata medicina difensiva, sulla gestione del rischio clinico, sui gravosi costi delle assicurazioni, sulla anacronistica responsabilità penale del medico ben oltre il solo caso di dolo e colpa grave, dirimere il problema della responsabilità professionale tra contrattuale ed extracontrattuale, istituire un fondo di garanzia ad integrazione delle polizze assicurative ed un fondo di tutela per i cittadini da "alea" terapeutica.

Il processo formativo dei Medici e degli Odontoiatri presenta numerose criticità.

Le Scuole di Medicina devono rivedere i curricula di studio universitari e delle scuole di specializzazione, per renderli più rispondenti ai nuovi bisogni e alle nuove competenze richieste al futuro medico.

Lo studente in medicina e il medico in formazione devono progressivamente poter maturare una professionalità adeguata ad assicurare la corretta gestione dei servizi sanitari, l'assolvimento di una leadership culturale nell'ambito delle equipie multiprofessionali e l'erogazione di un servizio assistenziale di qualità e rispondente ai bisogni in salute della popolazione.

Dopo aver ridefinito un forte scheletro di sostegno del percorso didattico, che individui le competenze da acquisire e le modalità per insegnarle e valutarle, è necessario ridurre il numero e la parcellizzazione degli esami.

In particolare, per quanto riguarda il percorso pre laurea, è indispensabile dedicare i primi cinque anni all'acquisizione di competenze teoriche essenziali, pur affiancate a tirocinio professionalizzante, dedicando l'ultimo anno di formazione all'integrazione critica delle nozioni apprese e all'esercizio della pratica professionale nell'ottica di perfezionare competenze pratiche e comportamentali.

Il numero di accessi alle scuole di medicina ed odontoiatria ed alle scuole di specializzazione ed al corso di medicina generale va coniugato con la qualità formativa delle singole sedi universitarie.

È impensabile, infatti, aumentare esclusivamente il numero di accessi, senza farsi carico di accrescere la capacità didattica e formativa e senza impegnare in modo adeguato le molte e diffuse risorse e competenze del SSN.

C'è bisogno di fare una seria programmazione, fondata su dati certi ed affidabili, creando contingenti di accesso flessibili nel tempo e rispondenti alle effettive necessità, in modo che i giovani possano scegliere sia secondo le loro predisposizioni, sia secondo le disponibilità di spazi.

Molte delle professioni sanitarie lamentano e praticano diffusamente fenomeni di reciproca erosione di competenze e sicuramente questa non è la strada giusta per affermare un corretto ed equilibrato multiprofessionalismo in sanità.

In tutte le organizzazioni complesse la reale gerarchia funzionale e non burocratica è garante di alti livelli di efficienza e di sicurezza nel rispetto delle competenze e delle responsabilità di ciascuno.

Consapevoli
- della assoluta necessità di dover affrontare, in modo responsabile, la grande crisi della sanità pubblica italiana in una condizione di persistente crisi economica e sociale, con il comune impegno di garantire il diritto alla tutela della salute di tutti i cittadini e il ruolo e l'autonomia della Professione;

- che l'"atto medico" lungi dall'essere una mera prestazione professionale, è la conclusione di un percorso intellettuale unico, originale ed irripetibile a favore della salute individuale o collettiva.

i medici italiani chiedono:
- che si ponga fine alla politica di defianziamento del SSN con i continui tagli che portano al razionamento delle risorse ed alla costante riduzione delle prestazioni;

- di diventare interlocutori istituzionali ascoltati dalla politica sanitaria nazionale e regionale in quanto portatori di soluzioni dei problemi nell'interesse dei cittadini e di partecipare al Tavolo Regioni - Governo;

- una corsia rapida in parlamento per la discussione del testo unico sulla responsabilità professionale e la sua approvazione;

- commisurare e modulare l'offerta quantitativa di medici ad una domanda fondata su dati demografici certi che si svilupperà in uno scenario di sistema sicuramente diverso dall'attuale, creando assoluta coerenza tra i numeri di ingresso allo studio della medicina, alle scuole di specializzazione ed al mondo del lavoro ed eliminando tutti i tempi morti dopo la laurea per la definizione delle carriere;

- l'apertura immediata del tavolo di trattativa per il rinnovo del contratto di lavoro dei medici della dipendenza e dei medici convenzionati;

- l'autonomia e la responsabilità della Professione nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle strutture sanitarie;

- la definizione, anche in ipotesi di una via legislativa, di quanto previsto dall'art. 3 del Codice di Deontologia Medica 2014 per quanto attiene a competenze e doveri del medico in una relazione paritaria tra medico e persona, che abbia come unico fine il bene e l'interesse della persona assistita nell'ottica del superamento della situazione di "impasse" nell'evoluzione dei rapporti tra professioni sanitarie determinata dal comma 566;

- la difesa del SSN equo, solidale ed universalistico, che superi la eccessiva parcellizzazione e frammentazione dei tanti modelli regionali indotti dalla revisione del Titolo V della Costituzione esitato in mero aumento della spesa sanitaria;

- un processo di "ricapitalizzazione" del lavoro professionale dopo anni di subalternità delle risorse umane a mere logiche di tenuta dei conti, di gestione del consenso politico, di svilimento dei valori di riferimento (autonomia, responsabilità, meritocrazia, trasparenza, formazione, sviluppo delle competenze) che sono il cuore dei servizi alla persona sana e malata;

- di evitare gli eccessi di una politica sanitaria assoggettata alle esigenze economico-finanziarie, particolarmente gravose per le Regioni sottoposte a piani di rientro;

- lo sviluppo di modelli organizzativi che facilitino le relazioni e l'integrazione tra sistemi e tra professionisti garantendo una equilibrata ed efficace gerarchia funzionale;

- di rendere la sicurezza per pazienti ed operatori una garanzia del sistema;

- che i sistemi di segnalazione degli eventi avversi e dei "quasi errori" non abbiano carattere punitivo per essere strumenti sempre più utili a migliorare la cultura della sicurezza dei pazienti;

- di rendere attrattive per i professionisti le cosiddette "periferie" facendo in modo che vi sia un equo accesso ai servizi per tutti i cittadini.

I medici italiani si impegnano:
- alla salvaguardia dell'ambiente e del welfare in quanto elementi fondamentali a tutela della salute e di grande coesione sociale;

- a perseguire l'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, ispirata alle evidenze scientifiche ed alla medicina basata sul valore (value based), che tenga conto della specificità clinica, psicologica, affettiva, culturale, etnica e sociale della singola persona ammalata rinsaldando l'alleanza terapeutica, nel rispetto dei diritti sanciti dalla Carta Costituzionale e del Codice di Deontologia Medica, portando a sintesi le evidenze scientifiche con la personalizzazione delle cure;

- a favorire un ruolo attivo dei pazienti nei percorsi di cura e di assistenza anche attraverso l'educazione sanitaria e l'informazione;

- a garantire approcci multidisciplinari nei trattamenti medici rafforzando la coesione e la coerenza del percorso clinico-assistenziale del paziente;

- a promuovere lo sviluppo di sistemi di confronto su prestazioni (performance) ed esiti in dimensione nazionale ed internazionale, per favorire la credibilità (accountability) delle organizzazioni e dei professionisti;

- favorire l'adesione (compliance) a regole e raccomandazioni condivise, sostenute da evidenze scientifiche, innovative rispetto ai comportamenti tradizionali;

- a promuovere una leadership funzionale capace di coniugare l'unitarietà, l'armonia, la qualità e l'efficacia degli esiti dell'intero processo clinico assistenziale, tenendo conto delle molteplici autonomie e competenze tecnico-professionali in una matrice di responsabilità e potestà che si riconoscono nella sola centralità della tutela della salute della persona sana e malata;

- ad avere maggiore attenzione all'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per garantire adeguati standard di qualità ed equità;

- a superare immotivate frammentazioni professionali;

- ad erigere un baluardo contro la ciarlataneria difendendo il metodo scientifico dalla dominante irrazionalità e garantendo un intreccio di saperi adeguato alle esigenze della scienza e della società;

- a favorire l'accertamento istituzionale delle società scientifiche depositarie del ricco bagaglio culturale delle conoscenze aggiornate per un moderno esercizio professionale tendente ad una sempre maggiore qualità nella tutela della salute dei cittadini.

Il progresso della società non è possibile senza i medici. Noi dobbiamo essere parte attiva delle scelte decisionali per adattare l'organizzazione del lavoro ma anche le prestazioni (performance) professionali al miglior percorso assistenziale possibile.

Dobbiamo lavorare per un approccio nuovo alla sanità che in una moderna concezione di tutela della salute non consideri più l'efficienza e l'equità come due concetti che procedono sui binari separati e contrapposti dell'economia e dell'etica, ma che al contrario vadano di pari passo e nella stessa direzione a sostegno dei principi secolari di una professione equa, solidale ed universalistica.



No a deroghe sui diritti dei lavoratori e dell'utenza

In attesa della riapertura della stagione contrattuale l'AARO-EMAC fissa alcuni punti

La possibilità di una riapertura (che per ora resta solo "virtuale") della contrattazione per il pubblico impiego si basa non su una disponibilità della politica, ma su una sentenza della Corte Costituzionale, in forza della quale - sembrerebbe lecito sperare - il Governo dovrà forse far in modo che le Organizzazioni Sindacali siano gratiate di una convocazione a trattativa, magari sostanziale e non di facciata.

A meno che, per effetto di una "semplificazione" iniziata ormai da alcuni anni, e ultimamente percorsa con crescente determinazione da decisori politici sempre più autocratici, non si intendano sostituire i CCNL con strumenti normativi unilaterali, forse più consoni a certe altre prese di posizione governative, per le quali i Sindacati sono un nemico da abbattere.

Negli ultimi anni, anche con la progressiva demolizione delle trattative sindacali, l'assetto contrattuale dei medici pubblici dipendenti, in particolar modo quello degli ospedalieri, è stato sensibilmente svuotato di valore e reso aleatorio nell'applicazione dei suoi contenuti.

In primo luogo, **gli ultimi rinnovi contrattuali, almeno da dieci anni a questa parte, per la parte normativa non sono stati altro che sbiadite fotocopie peggiorative dei precedenti**, mentre per la parte economica, parallelamente allo svilimento delle prerogative professionali di categoria, hanno introdotto solo minimi adeguamenti stipendiali, del tutto insufficienti a recuperare una progressiva perdita del potere d'acquisto dei salari dei medici ospedalieri, ben più consistente rispetto a quella subita da altre categorie del pubblico impiego, una perdita che in tal modo è divenuta una sorta di mal consegnato "ammortizzatore economico".

In secondo luogo, è venuto meno, nella più totale sordità governativa e istituzionale in genere alle proteste sindacali, giungendo quasi al collasso, **il principio stesso della legittimità contrattuale, sacrificata nel nome di una deregulation totale dei rapporti di lavoro dei medici ospedalieri pubblici dipendenti**. Si è partiti con una contraddizione in termini, definendo tali rapporti "di natura privatistica"; è stato poi legittimato, con sopravvenuti provvedimenti ex lege, il disconoscimento anche retroattivo di diversi contenuti contrattuali, tra cui per esempio le progressioni di carriera; è stato tollerato, quando addirittura non espressamente avallato, il ricorso a "contratti atipici", tra cui, scandalosamente, quelli affidati in appalto a procuratori privati di forza-lavoro da inserire nel SSN.

In terzo luogo, **la contrattazione nazionale è stata progressivamente soppiantata, nelle intenzioni dichiarate, da 21 contrattazioni demandate a Regioni e Province autonome**, le quali in realtà altro non sono state, nei fatti, che uno scarico alle loro singole ASL e ASO di diverse centinaia di "contrattazioni integrative aziendali", che oggi servono nella gran parte dei casi per consentire agli Assessorati Regionali di stare a guardare certi Direttori Generali delle singole ASL e ASO fare il bello e il cattivo tempo, a loro piacimento, in questi Enti a capitale pubblico, come fossero invece aziende di proprietà privata.

Prima di tutto occorrerà comprendere quale sia, in sede di contrattazione-quadro, prima ancora che nella contrattazione di settore, la disponibilità a riconoscere in qualche modo la specificità della professione medica. Al momento, ci sono solo timidi segnali di una disponibilità politica a modificare lo Status Quo, come spiegato a pagina 6. Rimane però il fatto che la Commissione Affari Costituzionali della Camera ha respinto la proposta di un emendamento per la definizione di un'area negoziale autonoma comune alla dirigenza medica e a quella sanitaria, e ha bocciato anche altri emendamenti finalizzati ad una riduzione non draconiana delle aree contrattuali, opponendo in tal modo un muro di gomma all'avvio effet-

tivo degli adempimenti preliminari ad una trattativa seria.

Se la situazione dovesse rimanere immutata, occorrerà adoperarsi affinché il confino delle professionalità mediche ospedaliere in un'area dirigenziale "mista" con altre categorie non possa essere utilizzato strumentalmente per ridurre sempre più il ruolo del medico ospedaliero a quello di un burocrate.

Contestualmente, occorrerà puntare, senza deroghe e parallelamente a livello normativo



ed economico, al **ripristino della valenza nazionale del CCNL**, in questi ultimi anni svilito a favore di contrattazioni decentrate disordinate, incoerenti, strumentali ad un caos non più sostenibile, che stanno scivolando pericolosamente verso la cessione del SSN e dei suoi lavoratori ai privati.

In linea generale, le rivendicazioni normative dovranno a nostro avviso tener conto sia delle legittime prerogative professionali dei medici ospedalieri, e dei loro diritti/doveri in qualità di lavoratori dipendenti, sia delle altrettanto legittime esigenze dell'utenza in merito alla qualità e alla sicurezza delle cure.

L'assegnazione di una sede di lavoro sarà un punto cardine sul quale incentrare la nostra trattativa, anche per regolamentare certe derive regionali, che oggi di fatto consentono ad amministratori e direttori vari di enti pubblici del SSN, a loro discrezionale piacimento, in spregio ad ogni fonte normativa generale sulla mobilità del lavoro dipendente, di destinare i medici loro sottoposti a sedi di lavoro distanti tra loro svariate decine di chilometri.

Non sarà possibile procrastinare l'organizzazione puntuale dei servizi d'urgenza basata sulle guardie, e non più sulla loro sostituzione con anacronistiche e pericolose "pronte disponibilità" selvagge.

Occorrerà **porre fine alla decimazione dei primariati ospedalieri**, impedire un'inaccettabile e pericolosa dicotomia tra incarichi di direzione gestionale e professionale,

prefigurata da alcuni, oltre che riorganizzare un sistema trasparente e meritocratico di attribuzione degli incarichi professionali, che oggi viene spesso gestito con logiche più clientelari che aziendali.

Bisognerà poi onorare l'adempimento delle tante "linee d'indirizzo" contenute nei contratti precedenti e rimaste finora incomplete, quando addirittura non lettera morta, tra cui una corretta e non arbitraria disciplina di smaltimento delle ferie arretrate e delle ore lavorate

in esubero, di programmazione dei turni di lavoro, dell'aggiornamento professionale, e della libera professione.

Sarà indispensabile prevedere corrette modalità di **sviluppo dei sistemi di "risk management" aziendali**, attraverso un loro riordino su basi nazionali, oltre che regionali, finora inesistenti, oltre che normare in modo più coerente con lo status dei pubblici dipendenti i sistemi aziendali e regionali di tutela assicurativa sia di tipo civile che penale.

Dovrà inoltre essere riconosciuto agli Anestesisti Rianimatori e agli altri Medici di Emergenza e di Area Critica adeguata tutela normativa nel merito della loro **esposizione ad agenti dannosi chimici, fisici, e biologici**, che non ha pari, a causa delle caratteristiche della loro opera professionale, in confronto alle altre categorie di medici ospedalieri.

Ci adopereremo per l'individuazione di **critteri accettabili per la distribuzione di particolari turni di lavoro** (p. es. guardie e pronte disponibilità notturne) in modo più equo per fasce di età anagrafica, dato che il continuo avanzare dell'età media dei medici ospedalieri impone diverse considerazioni in merito a questa problematica, che non possono più essere ignorate.

Ci batteremo per una ridefinizione più adeguata ai tempi, e al panorama internazionale, dei **rapporti tra medici ospedalieri e medici universitari**, nel nostro Paese innegabilmente sbilanciati a favore di questi ultimi, sia per quanto riguarda le rispettive mansioni as-

sistenziali e le rispettive possibilità di carriera, sia per quanto attiene ai percorsi professionalizzanti dei medici in formazione, soprattutto in ambito specialistico, finora in carico prevalente agli ospedalieri senza il benché minimo riconoscimento di tale importantissima funzione.

A latere, continueremo a richiedere con forza che siano istituiti **controlli nazionali e regionali sulla corretta applicazione decentrata del CCNL**, con sanzioni a carico degli Amministratori inadempienti, che non possono sperare di continuare a beneficiare, nei fatti, di un'assoluta impunità nei casi di mancato rispetto degli istituti contrattuali nazionali, persino di quelli più basilari, compresi i casi di modalità di utilizzo a volte "fantasiose", spesso mantenute "riservate", dei fondi contrattuali.

Dopo anni di blocco delle retribuzioni, **la contrattazione economica sarà una componente essenziale della trattativa**, dalla quale sarà impossibile prescindere, nonostante il martellante refrain "isorisorse", ormai utilizzato a sproposito per qualunque iniziativa governativa avente come oggetto l'offerta di servizi ai cittadini, in particolare in ambito sanitario.

Sono anni che per ogni provvedimento inerente impegni di spesa risuona come un ritornello il non doversi prevedere "**ulteriori oneri per la pubblica amministrazione**". Sono inutilmente trascorsi oltre due anni da quando venne ipotizzato un "contratto a costo zero", evidentemente, viene da pensare con il senno di oggi, a scopo pretattico. Ebbene, a distanza di tanto tempo, non siamo più disposti a prevedere un rinnovo contrattuale "isorisorse". Non ci stancheremo di ribadire che tale nobile obiettivo può e deve essere più onestamente perseguito attraverso il **contrasto agli sprechi amministrativi**, e non con la continua persecuzione del personale dipendente attraverso tagli e blocchi stipendiali.

Dovranno essere ridiscusse e riportate ad una dignità professionale che finora è stata interpretata solo come responsabilità e punibilità civile e penale, tutte le voci stipendiali, che sono praticamente ferme da anni, ma concentreremo i nostri sforzi su tre componenti economiche: l'indennità di esclusività, la retribuzione di posizione, il trattamento accessorio legato al cosiddetto "disagio".

L'indennità di esclusività dovrà essere rivalutata nell'ottica più ampia di un riconoscimento di valore all'impegno lavorativo alle esclusive dipendenze del SSN, anche attraverso una miglior definizione delle modalità di svolgimento della libera professione, che nella sua miglior espressione per l'AARO-EMAC resta per fondamentale principio quella in regime intra-murario, in rappresentanza dei medici che per peculiare ambito di attività sono sempre stati, nella loro stragrande maggioranza, anche rispetto ad altri specialisti, i medici dipendenti a tempo pieno ed esclusivo per antonomasia.

La retribuzione di posizione dovrà essere rivista per riequilibrare il riconoscimento economico dei diversi incarichi dirigenziali, previa una loro miglior declinazione a livello normativo, al fine di rispecchiare l'effettiva consistenza e l'effettivo svolgimento degli incarichi conferiti.

Il trattamento accessorio legato al "disagio", che ricomprende la retribuzione del servizio notturno e festivo, ordinario e straordinario, prestato nei turni di guardia e di pronta disponibilità, ci vede poi particolarmente coinvolti, essendo gli Anestesisti Rianimatori e gli altri Medici di Emergenza e di Area Critica i professionisti più direttamente sottoposti a condizioni lavorative svolte in settori di particolare delicatezza e responsabilità, con una vita privata e familiare sregolata anche a causa di turni di lavoro massacranti, tanto più laddove essi devono sopporre con pesanti sacrifici personali a carenze organizzative aziendali.

Responsabilità professionale, novità in arrivo

Il documento della Commissione Ministeriale e lo schema del DDL

Sembrirebbe ormai certo che all'orizzonte si profilano cambiamenti importanti in tema di Responsabilità Professionale e di Medicina Difensiva. In diversi, infatti, - a partire dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin - sembra abbiano preso a cuore la questione. Resta da vedere quanto di ciò che finora è stato ipotizzato arriverà effettivamente alla stesura finale del provvedimento, e quando questo avverrà.

Ma andiamo per gradi. Alla fine di Marzo 2015, il Ministro Lorenzin aveva incaricato una specifica Commissione - presieduta dal Giurista Guido Alpa e composta da 24 esperti, tra magistrati, avvocati, medici chirurghi e medici legali - di redigere un documento in materia di responsabilità professionale e medicina difensiva. Il documento era stato diffuso nei primi giorni di Agosto, dopo le anticipazioni dello stesso Ministro nel corso di un incontro con i Sindacati Medici.

Negli stessi giorni era arrivata la notizia di una accelerazione anche a livello parlamentare, dove da tempo erano ferme diverse proposte legislative in materia, con la bozza del Testo Unificato contenente "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario", consegnata in Commissione Affari Sociali alla Camera sotto l'egida del nuovo relatore, il Responsabile Sanità del PD, Federico Gelli.

Ma quali sono i punti principali presenti nel documento della Commissione Alpa e nella bozza di T.U. della Commissione Affari Sociali?

La Commissione Alpa ha fissato alcuni punti sui temi più caldi della materia, a partire dalla responsabilità civile che - viene chiarito - "per il medico dipendente di una struttura sanitaria (ospedale o casa di cura, pubblica o privata) e per quello convenzionato deve essere considerata di natura extracontrattuale (art. 2043 c.c.), con la prescrizione dell'azione risarcitoria in 5 anni (non in 10) e l'onere della prova della colpa a carico del paziente".

Per quel che riguarda l'azione di rivalsa da parte della struttura sul medico dipendente, il documento propone la revisione del rapporto tra l'azione di rivalsa stessa ed il giudizio erariale della Corte dei conti, prevedendo che l'attivazione di quest'ultimo inibisca la prosecuzione della prima.

Altro punto cruciale è la responsabilità penale, per la quale la Commissione Alpa propone "una fattispecie autonoma di lesioni ed omicidio colposo per i professionisti sanitari, che risponderebbero penalmente solo per colpa grave e dolo".

La Commissione Alpa entra poi nel merito di temi collegati, come ad esempio le consulenze tecniche, prevedendo "un Albo di superperiti al quale i giudici dovranno attingere per le C.T.", e la previsione di un accertamento tecnico preventivo e di una conciliazione preventiva obbligatoria.

"In sintesi - si legge nel documento -, il paziente che intenda fare causa ad un medico dovrà obbligatoriamente attivare un procedimento in contraddittorio per l'espletamento di una perizia e soltanto all'esito di tale procedimento (e se la perizia sancirà la colpa del medico) potrà proporre azione risarcitoria. È evidente che qualora l'accertamento tecnico preventivo non sancirà la colpa medica, il paziente non proporrà alcuna azione legale. Ne conseguirà un effetto deflattivo importante per i contenziosi giurisdizionali".

La posizione della Commissione Affari Sociali, con la bozza di T.U., non è distante, per molti versi, da quella della Commissione Alpa. Le divergenze tuttavia esistono, come confermato anche da Federico Gelli, il 15 Settembre, in occasione dell'Audizione del Professor Alpa in Commissione Affari Sociali: "Tra il nostro testo e quello prodotto dalla Commissione Alpa - ha affermato il relatore della Proposta di Legge - c'è una forte sovrapposizione, ma anche differenze su cui argomentare e nodi da sciogliere".

Una delle principali differenze riguarda la Responsabilità civile. Se, come visto, il testo della Commissione Alpa propone un rapporto extracontrattuale per i medici dipendenti e convenzionati di strutture pubbliche e private, con lo spostamento dell'onere della prova sul paziente e la prescrizione ridotta a 5 anni, la bozza della Commissione Affari Sociali - nel configurare la natura extracontrattuale della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria - ne configura la natura contrat-

tuale in capo alla struttura sanitaria pubblica o privata alla quale appartiene il professionista.

Nello specifico l'articolo 7 della proposta di legge recita:

"1. La responsabilità civile per danni a persone derivanti da comportamenti sanitari colposi, verificatisi in una struttura sanitaria pubblica o privata, è a carico della struttura stessa, include ogni tipo di prestazione sanitaria eseguita all'interno della struttura stessa, comprese quelle liberoprofessionali, ed è di natura contrattuale, disciplinata dall'articolo 1218 del codice civile.

2. La responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria è di natura extracontrattuale ed è pertanto disciplinata dall'articolo 2043 del codice civile.

3. L'esercente la professione sanitaria, la cui condotta rileva nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria, può intervenire in ogni fase e grado del procedimento ai sensi dell'articolo 105 del codice civile, per cui deve essere tempestivamente informato dal promotore dell'azione di risarcimento.

4. La struttura sanitaria può esercitare azione integrale di rivalsa nei confronti dei propri prestatori d'opera, dipendenti e non, soltanto quando il fatto sia stato commesso con dolo".

Il testo del provvedimento interviene anche sulla Responsabilità penale, considerando punibile l'azione dell'esercente le professioni sanitarie solo in caso di dolo e colpa grave: "L'esercente la professione medica o sanitaria che in presenza di esigenze preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, avendo eseguito o ommesso un trattamento, cagioni la morte o una lesione personale del paziente è punibile solo in caso di colpa grave o dolo. Ai sensi del presente articolo, la colpa sussiste quando l'azione o l'omissione dell'esercente la professione medica o sanitaria, inosservante delle buone pratiche e delle regole dell'arte, crei un rischio irragionevole e inescusabile per la salute del paziente, concretizzatosi nell'evento".

Il Testo Unificato tocca anche altri punti, tra cui la gestione del rischio sanitario, l'introduzione dell'ufficio regionale del Garante del diritto alla salute, e l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza in sanità.

L'articolo 8 è poi dedicato all'obbligo assicurativo, che dovrebbe riguardare tutte le aziende sanitarie pubbliche private prevedendo la copertura per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera. Allo stesso modo gli esercenti la professione medica o sanitaria devono "provvedere alla stipula, con oneri a proprio carico, di una adeguata polizza di assicurazione". È inoltre prevista la facoltà per le Regioni di istituire "forme di autoassicurazione delle aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale operanti nel territorio regionale".

Gli ultimi due articoli della bozza di Testo Unificato della Commissione Affari Sociali sono dedicati rispettivamente alla costituzione del Fondo di solidarietà e alla regolamentazione per la nomina delle consulenze tecniche. Per quel che riguarda il primo punto, sarà un regolamento del Ministero della Salute a definirne le caratteristiche, fermo restando - come viene specificato, che "il Fondo è destinato all'erogazione di indennizzi per danni derivanti da prestazioni sanitarie prodottisi in assenza di evidente errore personale del sanitario, sulla base di tabelle di invalidità percentuale e di indennizzo, determinate in conformità con quanto previsto negli ordinamenti degli altri Stati membri dell'Unione europea".

Sulle consulenze, infine, lo schema di legge prevede l'istituzione di un albo con iscrizione esclusivamente per la disciplina di cui si è specialisti.

La nostra Associazione, comunque, non mancherà di continuare a rappresentare alle Istituzioni competenti le proprie istanze nel merito complesso e delicato della Responsabilità Professionale.

Commissione Alpa su Responsabilità Civile: per il Medico dipendente rapporto di natura extracontrattuale

Orario di lavoro

Dal 25 Novembre 2015 il diritto "europeo" al riposo

È prossima l'applicazione della Legge 30 ottobre 2014, n. 161, pubblicata sulla G. U. il 10/11/2014 - "Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2013-bis", che all'articolo 14 recita: "Decorsi dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il comma 13 dell'articolo 41 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e il comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66".

Tali abrogazioni riguardano le deroghe finora operanti, in Italia, per il "personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale" (comma 6-bis art. 17 D.Lgs 66/2003), poi limitato al "personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale" (comma 13 art. 41 L. 133/2008) sulla durata massima dell'orario lavorativo settimanale e sul riposo giornaliero (art. 4 e 7 del D.Lgs 66/2003).

Nel Febbraio 2014, a causa di tali deroghe, l'Italia era stata deferita alla Corte di Giustizia Europea.

Il testo del comunicato stampa diffuso all'epoca dall'UE spiegava che «In forza della normativa italiana diversi dei diritti fondamen-

tali contenuti nella direttiva sull'orario di lavoro, come il limite di 48 ore stabilito per l'orario lavorativo settimanale medio e il diritto a periodi minimi giornalieri di riposo di 11 ore consecutive, non si applicano ai "dirigenti" operanti nel servizio sanitario nazionale.

La direttiva non consente agli Stati membri di escludere "i dirigenti o le altre persone aventi potere di decisione autonomo" dal godimento di tali diritti.

Tuttavia, i medici attivi nel servizio sanitario pubblico italiano sono formalmente classificati quali "dirigenti", senza necessariamente godere delle prerogative o dell'autonomia dirigenziali durante il loro orario di lavoro. Inoltre, la normativa italiana contiene altre disposizioni e regole che escludono i lavoratori del servizio sanitario nazionale dal diritto di riposo giornaliero e settimanale minimo». Il Governo Italiano, per evitare la condanna da parte della Corte di Giustizia Europea, ha emanato la Legge 161/2014. Dovrebbero aprirsi, quindi, nuovi scenari nell'intero panorama dell'organizzazione del lavoro medico nel nostro SSN, che per logica dovrebbero comportare un incremento delle dotazioni organiche necessarie per garantire le prestazioni sanitarie ai Cittadini.

Ma - attenzione! - la stessa Leg-

ge 161/2014 delega alle Regioni il compito di garantire "la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e l'ottimale funzionamento delle strutture, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili sulla base della legislazione vigente" e demanda ai CCNL il compito di disciplinare "le deroghe alle disposizioni in materia di riposo giornaliero del personale del Servizio sanitario nazionale preposto ai servizi relativi all'accettazione, al trattamento e alle cure, prevedendo altresì equivalenti periodi di riposo compensativo, immediatamente successivi al periodo di lavoro da compensare, ovvero, in casi eccezionali in cui la concessione di tali periodi equivalenti di riposo compensativo non sia possibile per ragioni oggettive, adeguate misure di protezione del personale stesso".

Traduzione: il diritto dei medici italiani a riposi e ritmi lavorativi meno serrati viene subordinato da un lato all'invarianza di spesa (e quindi le dotazioni organiche rischieranno di rimanere asfittiche), dall'altro alla loro riallocazione (e quindi al rischio di mobilità selvaggia). Inoltre, tale diritto viene demandato al CCNL (e quindi al prossimo, dato che quello vigente è insufficiente nel me-

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

Entusiasmo... E finalmente dopo ben due anni e mezzo di attesa, ho fatto l'intervento alla cataratta!

Davvero, non vedevo l'ora!

Modi di essere... Il medico non deve essere agnostico, ma Diagnostico...

Soluzioni alternative... Collegli, ho scoperto che il mio TV LCD sanguina. Che dite, gli faccio il plasma?...

Cardioversione... quando traduci il latino col cuore...

Consigli sorprendenti... Ho comprato una spugna per grattare le padelle incrostate, di quelle per lo sporco ostinato. E in più, ci vede benissimo! È la retina...

Osteosintesi... riassunto ridotto all'osso...

A proposito di insetti... Di domenica la blatta è contentissima perché infesta...

La fuga... Alla notizia dell'amputazione degli arti inferiori, in preda al terrore un uomo scappa a gambe levate...

Breaking news/1... Immesso sul mercato un nuovo spray per fissare i capelli che i più importanti air-stylist definiscono portentoso! Un prodotto che vi farà rimanere SENZA FIATO! È LAGCA 1N1! Correte a prenderla!

Breaking news/2... Stanno importando silenziosamente sieri immunizzanti dall'estremo oriente da propinare ai vostri bambini: sono i vacCinesi...

T.P.



Cui Prodest la Cabina di Regia?

Alleanza per la Professione Medica - con un testo diffuso il 21 Settembre - ha risposto al sottosegretario alla salute Vito De Filippo che, per "calmare gli animi" aveva frettolosamente fissato la data del primo incontro della famigerata Cabina di Regia. I Sindacati che fanno parte di APM non ci saranno. I motivi nel testo che segue:

«Alleanza per la Professione Medica ritiene che non sia privo di significato il fatto che il sottosegretario alla salute, Vito De Filippo abbia deciso di annunciare la data di convocazione della "cabina di regia" all'indomani della mobilitazione dei medici, proclamata dalla FNOMCeO insieme alle Organizzazioni Sindacali mediche, e ritiene opportuno chiarire che quando i medici parlano di sostegno ai principi di una professione equa, solidale e universalistica, si riferiscono alla professione del medico esercitata attraverso le proprie competenze in materia di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, nella forma più completa e non limitata ai soli atti complessi e specialistici, come attualmente prevede il comma 566 (L. 190/2014).

Alleanza per la Professione Medica vuole ricordare al sottosegretario De Filippo che l'incontro al Ministero della Salute con le professioni sanitarie, su questo argomento, si è rivelato infruttuoso e quello con i medici non si è neppure tenuto, perché annullato poche ore prima. In nove mesi nessun passo avanti è stato compiuto fra le posizioni dei medici, che non accettano limitazioni alle loro competenze professionali e quelle degli infermieri, impazienti di promuovere lo sviluppo delle loro competenze professionali.

Alleanza per la Professione Medica ritiene che la soluzione ad un problema sorto per una scelta del Ministero della Salute e delle Regioni non possa trovare soluzione attraverso la convocazione della "Cabina di regia", un istituto pletorico, nel quale trovano posto il Ministero della Salute, gli altri Ministeri interessati, le Regioni e tutti i Sindacati del personale del Servizio Sanitario Nazionale, nessuno escluso, in rappresentanza del personale dipendente e convenzionato, di quello dirigenziale, dei medici e del comparto. Sembrerebbe chiaro che un'istituzione così mastodontica, con oltre 50 rappresentanti, dovrebbe avere prevalentemente una funzione consultiva e non certo il luogo dove i problemi delle professioni possono trovare soluzione.

Alleanza per la Professione Medica ritiene inopportuna una convocazione della "cabina di regia" prima che il Ministero indichi quale via intenda seguire per trovare la soluzione al problema sollevato dal già citato comma 566 e prima che venga data una risposta politica ai punti contenuti nella mobilitazione per la professione indetta dalla FNOMCeO e dai sindacati medici, nei quali Alleanza per la Professione Medica si riconosce.

Per questi motivi Alleanza per la Professione Medica si dichiara non disponibile a partecipare alla "cabina di regia" e invita la FNOMCeO e le altre organizzazioni sindacali mediche a fare altrettanto, per evitare di diventare lo strumento per la messa a segno di un altro colpo di mano a danno dei medici».

*Comma 566, art. 1 della Legge di Stabilità 190/2014

Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

COSMED

Riforma Madia: i risultati ottenuti

L'Informativa della Confederazione Sindacale Medici e Dirigenti

Il Senato ha approvato, martedì 4 agosto 2015, il disegno di legge "Delega per la riforma delle amministrazioni pubbliche" presentato dal Governo (cosiddetta riforma Madia).

Il testo contiene prevalentemente deleghe legislative da esercitare in gran parte nei dodici mesi successivi all'approvazione della legge, volte a riorganizzare l'amministrazione statale e la dirigenza pubblica.

In particolare, con riferimento alla dirigenza medica e sanitaria, la Camera dei Deputati ha approvato un ordine del giorno 9/3098-A/47) che impegna il Governo ad istituire una area contrattuale autonoma per la dirigenza medica e sanitaria, come richiesto dalla nostra Confederazione. L'approvazione dell'ordine del giorno, rappresenta un importante passaggio politico da tradurre in atti normativi e negoziali.

Il testo della legge accoglie, sia pure parzialmente e con modifiche, i principali emendamenti che la nostra Confederazione aveva proposto, inserendoli nel dibattito parlamentare. In particolare si tratta degli emendamenti sul **ruolo sanitario** (articolo 11, c. 1, lettera b) punto 2)) **sulla mobilità** (articolo 11, co. 1, lettera f)), **sulla conservazione del posto di lavoro** (articolo 11, co. 1, lettere h) ed i)), e **sul lavoro flessibile** (articolo 17, co. 1, lettera o)).

1) AREE E RIPRESA DELLA CONTRATTAZIONE

Con un ordine del giorno la Camera dei Deputati, a conclusione dei lavori del "disegno di legge Madia" aveva approvato un preciso ordine del giorno che ricalca l'emendamento proposto più volte dalla COSMED e dalle sigle che vi aderiscono.

Testo Ordine del giorno

"con il disegno di legge AC 3098 viene delegato al Governo a riorganizzare le pubbliche amministrazioni mediante appositi decreti legislativi, volti a migliorare l'efficienza e la trasparenza dell'azione degli uffici pubblici, semplificare normative ed adempimenti anche al fine di rendere più semplici i rapporti tra cittadini e le pubbliche amministrazioni e migliorare la qualità dei servizi. In particolare all'articolo 9 del provvedimento vengono richiamate le specificità e le caratteristiche peculiari in ordine ai requisiti professionali ed alle funzioni operative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria non medica del Servizio Sanitario nazionale, che giustificano la distinzione dalla dirigenza regionale, e richiamano invece per la stessa dirigenza l'applicazione dell'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992;

tali specificità giustificano la individuazione di una autonoma area contrattuale per cui sarebbe necessario rideterminare la composizione dei comparti di contrattazione collettiva previsti dal decreto legislativo n. 150 del 2009, articolo 54;

attualmente i quattro comparti previsti dal decreto legislativo n. 150 del 2009 corrispondono a quattro aree della dirigenza che riguardano: scuola, ministeri, enti locali e regioni che comprende la sanità; tuttavia risulta evidente che la dirigenza sanitaria supera dell'80 per cento la dirigenza amministrativa e tecnica regionale ed appare evidente che la distinzione della dirigenza sanitaria dai restanti dirigenti consentirebbe di assicurare omogeneità al comparto, spostando conseguentemente la dirigenza amministrativa regionale ad altra analoga dirigenza pubblica;

siamo alla vigilia dell'avvio della stagione contrattuale, indotta anche dalla recente sentenza della Corte costituzionale, si rende utile e necessario riprofilare i comparti assegnando alla dirigenza sanitaria, medica e veterinaria uno dei quattro comparti ed in tal senso il Governo è chiamato a svolgere un ruolo decisivo in sede ARAN,

impegna il Governo

ad avviare le opportune iniziative affinché venga sottoposta ad accordo fra ARAN e le rappresentanze sindacali, la proposta di attribuire una autonoma area contrattuale e connesso comparto, alla dirigenza medica, veterinaria e sanitaria."

9/3098-A/47. Miotto, Lenzi, Gelli, Amato, Burtone, Casati, D'Incecco, Fossati, Grassi, Mariano, Piccione.

Si tratta di un evidente successo politico, ma rappresenta solo il primo passo trattandosi solo di un ordine del giorno e non di una norma. Del resto devono essere emanati i decreti delegati entro dodici mesi dall'entrata in vigore (diciotto per quanto attiene l'organizzazione del lavoro e il lavoro flessibile nella P.A.).

Il sollecito all'ARAN a riaprire il confronto sulle Aree, adempimento preliminare per l'apertura della stagione contrattuale, come prescritto dalla Corte Costituzionale, può produrre una accelerazione su una questione decisiva, anche prescindendo dall'iter del disegno di legge "Madia".

2) RUOLI DELLA DIRIGENZA

Il riconoscimento della specificità medica e sanitaria si è concretizzato sia nella separazione tra ruolo della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale (inserita nel ruolo unico dei dirigenti delle Regioni), sia nel riconoscimento della dirigenza medica veterinaria e sanitaria esclusa dal ruolo regionale e per la quale è stata ribadita la diversa natura dirigenziale, sancita dal d.lgs. 502/92 e s.m.i. Tale affermazione consente di inquadrare diversamente la dirigenza sanitaria verosimilmente rendendo non automatica l'applicazione alla stessa

di tutte le norme per la dirigenza del pubblico impiego. La portata della norma andrà valutata nei passaggi successivi (decreti delegati). Tuttavia, per l'impegno della Confederazione e delle sigle che vi aderiscono, il Parlamento ha finalmente preso atto dell'esistenza di medici e sanitari con un dibattito che ha dovuto riconoscere la valenza e la specificità della dirigenza sanitaria. Di seguito il testo:

Testo dell'articolo 11, comma 1, lettera b), punto 2) dell'AS 1577-B

2) dei dirigenti delle regioni: istituzione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di un ruolo unico dei dirigenti regionali; in sede di prima applicazione, confluenza nel suddetto ruolo dei dirigenti di ruolo nelle regioni, negli enti pubblici non economici regionali e nelle agenzie regionali; attribuzione della gestione del ruolo unico a una Commissione per la dirigenza regionale, sulla base dei medesimi criteri di cui al numero 1) della presente lettera; inclusione nel suddetto ruolo unico della dirigenza delle camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e della dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, esclusione dallo stesso, ferma restando l'applicazione dell'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Servizio sanitario nazionale;

3) MOBILITÀ

Con una frase abbastanza bizantina si è posto rimedio ad una limitazione della mobilità dei dirigenti sanitari: infatti nel nostro contratto non è previsto l'assenso dell'Amministrazione di appartenenza per il trasferimento, tale assenso ripristinato dalla Legge 114/2014, finisce con penalizzare la mobilità esistente. Sarà comunque il decreto delegato a dipanare la questione.

Testo dell'articolo 11, comma 1, lettera f) dell'AS 1577-B

f) con riferimento alla mobilità della dirigenza: semplificazione e ampliamento delle ipotesi di mobilità tra le amministrazioni pubbliche e con il settore privato; previsione dei casi e delle condizioni nei quali non è richiesto il previo assenso delle amministrazioni di appartenenza per la mobilità della dirigenza medica e sanitaria;

4) INCARICHI E CONSERVAZIONE DEL POSTO DI LAVORO

Avevamo chiesto di rendere obbligatoria la definizione di un incarico per tutti i dirigenti e di superare l'assurdo art. 9 comma 32 della legge 122/10 che consente, anche in caso di valutazione positiva, l'assegnazione di incarico di minor valore. Perlomeno il legislatore ha sancito che, in assenza di incarico non è possibile la messa in disponibilità (preludio al licenziamento) in caso di valutazione positiva. Avevamo chiesto che anche gli incarichi di Struttura complessa della Dirigenza Amministrativa Tecnica e Professionale del SSN avvenissero per concorso come avviene per la Dirigenza sanitaria e non per chiamata diretta del Direttore Generale, il testo parla di "avviso pubblico" per incarichi della durata di quattro + due. Applicabilità alla dirigenza del SSN da verificare in sede di Decreti delegati

Testo dell'articolo 11, comma 1 lettere h) ed i) dell'AS 1577-B

h) con riferimento alla durata degli incarichi dirigenziali: durata degli incarichi di quattro anni, rinnovabili previa partecipazione alla procedura di avviso pubblico; facoltà di rinnovo degli incarichi per ulteriori due anni senza procedura selettiva per una sola volta, purché motivata e nei soli casi nei quali il dirigente abbia ottenuto una valutazione positiva;...

i) con riferimento ai dirigenti privi di incarico: erogazione del trattamento economico fondamentale e della parte fissa della retribuzione, maturata prima della data di entrata in vigore dei decreti legislativi di cui al presente comma, ai dirigenti privi di incarico e loro collocamento in disponibilità; disciplina della decadenza dal ruolo unico a seguito di un determinato periodo di collocamento in disponibilità successivo a valutazione negativa;...

5) LAVORO FLESSIBILE E PRECARIATO

Ulteriormente migliorato il testo approvato al Senato che impone entro 18 mesi il riordino del lavoro cosiddetto flessibile nella Pubblica Amministrazione, aggiunto tra gli obiettivi da raggiungere la riduzione del precariato. Si tratta di una materia decisiva per il superamento di forme di lavoro inaccettabili e dettate dal solo bisogno di eludere contribuzioni previdenziali e contratti di lavoro (si veda il problema della false partite IVA e la giungla di rapporti di lavoro spesso ambigui che sottendono un lavoro dipendente non riconosciuto).

Testo dell'articolo 17, comma 1 lettera o) dell'AS 1577-B

o) disciplina delle forme di lavoro flessibile, con individuazione di limitate e tassative fattispecie, caratterizzate dalla compatibilità con la peculiarità del rapporto di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche e con le esigenze organizzative e funzionali di queste ultime, anche al fine di prevenire il precariato;

In definitiva con molta fatica si sono aperte delle prospettive sulle questioni vitali per le categorie dirigenziali, da verificare nel corso dell'iter dei successivi decreti delegati.

Decreto Enti Locali: cosa contiene in sintesi

Passato a colpi di fiducia alla Camera e al Senato ora è legge. Si lavora adesso sui decreti ministeriali

All'inizio del mese di Agosto l'Aula della Camera ha votato a favore della fiducia posta dal governo sul Decreto Enti Locali, approvato dal Senato - sempre con voto di fiducia - la settimana precedente.

Il DL 78/2015 nella sostanza recepisce i tagli da 2,35 miliardi di euro alla spesa sanitaria (già concordati con le Regioni) con cifre variabili che vanno dai 500mila euro della Campania ai 385milioni della Lombardia. Tagli ancora una volta lineari che dovranno rispettare quanto previsto dal Patto per la Salute. Tagli che il Ministro Lorenzin continua a definire "risparmi" e che il sottosegretario all'Economia, Paolo Baretta, definisce invece "non-erogazione di cifre previste". Insomma, nessun maggiore taglio rispetto

a quanto già previsto ma nemmeno nessun euro in più a beneficio della Sanità pubblica.

Tra le norme previste nel decreto Enti Locali, oltre alla "razionalizzazione" che vale 2,3 miliardi di euro, ci sono:

- la possibilità per le Regioni di rinegoziare le forniture sanitarie di beni e servizi con l'obiettivo di ridurre la spesa (pena la rescissione del contratto con i fornitori).

- l'invio delle fatture della Sanità al MEF al fine di istituire un "Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici" che farà capo al MEF stesso e al Ministero della salute.

- la revisione del Prontuario dell'AIFA per ottenere una riduzione del prezzo di rimborso dei medicinali a carico del SSN.

- il superamento del tetto di spesa sanitaria a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici Aziende a rischio se si sfiora (40% nel 2015, 45% nel 2016 e 50% nel 2017).

A queste si aggiungono alcune misure straordinarie legate al Giubileo:

- l'assunzione di 1.050 poliziotti, 1.050 carabinieri e 400 finanzieri e 250 vigili del fuoco al fine di garantire l'ordine per la durata dell'evento.

- una "polizza Giubileo" da 50 euro che, se sottoscritta dai pellegrini stranieri, garantirà l'assistenza sanitaria pubblica senza costi aggiuntivi.

- il capitolo "inappropriatezza" che prevede il costo a totale carico dell'assistito per gli esami "superflui" e la riduzione del trattamento eco-

nomico accessorio a carico per il medico convenzionato con il servizio sanitario che fa prescrizioni inappropriate (ma il medico potrà evitare le sanzioni motivando le proprie decisioni). Le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza saranno contenute in un decreto ministeriale di prossima emanazione. Una prima bozza, presentata dal Ministro Beatrice Lorenzin ai Sindacati Medici, contiene 208 prestazioni sanitarie a rischio spreco, per le quali i cittadini dovranno pagare. Tra queste: risonanze, tac, esami di laboratorio, genetici e allergologici, trattamenti odontoiatrici e dermatologici. Per ogni voce vengono specificate le eccezioni, ma secondo i Medici "questo meccanismo rischia di rompere il rapporto tra i medici e i cittadini".

Il commento del Presidente Nazionale AAROI-EMAC sul provvedimento approvato e sull'incontro convocato ad Agosto dal Ministro Beatrice Lorenzin

"Penalizzazioni a danno dei soli Medici"



Tra la fine di Luglio e l'inizio di Agosto, i Sindacati della Sanità e l'Ordine dei Medici sono stati convocati dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, per affrontare il tema dei tagli che dovranno essere messi in campo per combattere l'inappropriatezza delle prestazioni e il tema della legge di conversione del DL Enti Locali. Una richiesta di incontro arrivata così a ridosso della votazione della "fiducia" in aula "che è sembrato più che altro di assistere - come è stata definita nel comunicato stampa di AAROI-EMAC - a una storia già scritta" senza che nulla in realtà si potesse fare, se non in modo molto marginale, "per ricondurre entro una linea di governo ragionevole il deragliante impatto sul SSN dell'articolato delle norme di legge in questione".

Continua poi il comunicato firmato dal Presidente Alessandro Vergallo: «Tra tali norme vi sono, ancora una volta, penalizzazioni a danno dei soli medici "in caso di comportamenti (sostanzialmente prescrizioni diagnostico-terapeutiche e ricoveri) non conformi alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale".

Inoltre, viene espressamente rilanciata una politica demolitiva sul solo personale medico, sconsigliando in gran parte una Legge appena emanata (la 190/2014, che con il comma 256 aveva fatto cessare al 31/12/2014, non procrastinandola, la valenza dell'articolo 9 comma 2-bis del D. L. 78/2010), e disponendo che "l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale è decurtato definitivamente di un importo pari alle riduzioni derivanti dalla rideterminazione delle strutture operata in attuazione dei suddetti processi di riorganizzazione".

Ma non basta: "la riduzione di strutture complesse e di strutture semplici conseguente al riordino della rete ospedaliera con la conseguente riduzione degli incarichi di struttura semplice e complessa", che ha evidentemente e protervamente riguardato i soli medici, farà in tal modo da ulteriore leva alle suddette decurtazioni.

Non credo sia necessario dilungarsi oltre sulle critiche agli altri contenuti di un testo di legge che ne ha già ricevute in abbondanza, anche da componenti politiche purtroppo relegate (fino a quando?) ad un ruolo ininfluente dal ricorso sistematicamente spregiudicato alla fiducia parlamentare.

Invece, ritengo quantomai opportuno rimarcare qual è il filo conduttore comune delle sole tre previsioni normative sopra accennate: un attacco continuo ai medici che non accenna ad avere alcuna tregua.

Rispetto alla prima, se il principio è 'chi sbaglia paga', forse varrebbe anche la pena prevedere penalizzazioni economiche, per esempio, per chi negli ospedali ordina l'acquisto dei letti di degenza per pazienti critici che non passano attraverso le porte degli ascensori, o, viceversa, per chi autorizza lavori edilizi con ostacoli architettonici al loro transito.

Rispetto alla seconda e alla terza, se l'imperativo è la riorganizzazione delle Unità Operative secondo criteri di accentramento gestionale e di decimazione degli organici dei me-

dici, forse sarebbe ora di porre anche alle riduzioni delle Unità Operative non mediche, obiettivo finora (da anni) ampiamente ignorato, anzi, in certi casi, nettamente in controtendenza. Una controtendenza che, per inciso, premiando ancora una volta le "professioni sanitarie emergenti", riguarderà anche l'AIFA, dove "quanto ai profili che verranno incrementati nel corso del triennio, in 22

casi si tratterà di dirigenti di II fascia (9 amministrativi - in 5 casi si tratta di personale da stabilizzare - e 13 sanitari, di

cui 3 medici e 10 tra farmacisti, chimici e biologi), 101 saranno le assunzioni tra i dirigenti delle professionalità sanitarie (di cui 23 da stabilizzare) e 118 nuovi assunti riguarderanno il personale del comparto. "Proporzioni che si commentano da sole quanto ai numeri dei rispettivi profili professionali, a dimostrazione dell'affidamento di ampi settori della ristrutturata "SuperAgenzia" ai dirigenti delle professioni sanitarie.

In conclusione, il tentativo del Ministero della Salute di non escludere i medici dal dialogo inerente la "Manovra Sanitaria" connessa al D.L. "Enti Locali" è senz'altro apprezzabile, ma spero di sbagliarmi nel timore che purtroppo esso rischi di rivelarsi, senza grandi speranze di essere fattivamente efficace in termini di interlocuzione propositiva, l'ennesima deriva obbligata per legge verso la riduzione delle relazioni sindacali a mera informazione di facciata».

Due pesi e due misure: mentre impongono alla Sanità dolorosi risparmi, i nostri Parlamentari abbattano i tetti stipendiali dei dipendenti della Camera

Più o meno nei giorni in cui il DL Enti Locali passava l'esame delle Camere, sul quotidiano Libero è apparso un articolo a firma di Pierangelo Maurizio che, polemizzando con i "risparmi" previsti per la Sanità, mostrava come con lo stipendio di un commesso della Camera dei Deputati si sarebbero potuti pagare due anestesisti (Nella foto il titolo dell'articolo).

"Un barbiere della Camera dei deputati guadagna 136 mila euro lordi l'anno: certo, al massimo della retribuzione e a fine carriera, più 24 mila euro di contributi. Nell'Italia di Renzi un medico anestesista-rianimatore d'ospedale, che lotta per salvare le persone tra la vita e la morte, superando carenze di ogni genere, con orari spesso di 12-15 ore filate e l'incubo delle cause, ne prende a malapena 60 mila".

La polemica era nata perché mentre il DL Enti Locali confermava i tagli alla Sanità, in Parlamento era saltato il provvedimento che metteva un limite agli stipendi dei dipendenti della Camera.

In pratica la Commissione giurisdizionale per il personale, ha accolto il ricorso presentato da molti dei diretti interessati contro la delibera che aveva fissato tetti agli stipendi dei dipendenti di Montecitorio. Con il ricorso, in particolare, è stato annullato l'articolo che introduceva i sottotetti. E da qui la polemica.

«Tagliare ancora sulla sanità è quanto di più facile, miope e ingiusto - proseguiva l'articolo - . Una specie di

esercizio muscolare della politica sulla pelle dei cittadini. La spending review del professor Monti aveva calato la scure per 8 miliardi nel piano 2012-2014. Ora per il 2015-2016 Renzi ne aggiunge 2,35 miliardi. Ma il ministro Lorenzin non aveva minacciato le dimissioni in caso di altri tagli?».

ci sono bloccati. Eroi, sì, insieme a infermieri e infermiere. Continuare a incidere e a tagliare in modo lineare in questo tessuto è semplicemente criminale.

Le nuove misure questa volta si concentrano sulla "prescrizione di esami inappropriati", con possibili adde-

biti della prestazione al paziente e multe sullo stipendio ai medici. Il giudizio di "appropriatezza" riguarderà anche analisi e accertamenti prescritti in fase preoperatoria per evitare tragedie durante gli interventi?

Soprattutto, i nuovi tagli sono moralmente indecenti perché colpiscono ancora una volta i più deboli. Aumenterà solo il numero di coloro che - non solo i poveri ma anche una fetta di quella che si chiamava classe media - nell'Italia di Renzi rinunciano a curarsi».

A mettere una "pezza" a quanto denunciato anche nell'articolo di Libero ci ha pensato poi la Presidente Laura Boldrini che, a stretto giro, ha rilasciato una dichiarazione ufficiale per rassicurare sul fatto che "l'Ufficio di presidenza, all'unanimità, ha immediatamente fatto appello contro la decisione della Commissione giurisdizionale di primo grado di Montecitorio, cioè l'organo interno addetto ai ricorsi del personale, che aveva giudicato illegittimi i cosiddetti "sottotetti", cioè le soglie massime di compenso annuale per le categorie diverse dai consiglieri parlamentari".

La spending review sbagliata

Per un commesso della Camera saranno tagliati due anestesisti

Dopo la mannaia di Monti da 8 miliardi, Renzi riduce il budget della Sanità di altri 2,3. Mentre il barbiere di Montecitorio continuerà a guadagnare 136 mila euro l'anno

E ancora Renzi oltre ai bagni di folla nelle aule scolastiche, dove ha cominciato la sua marcia di premier, dovrebbe visitare ospedali e corsie. Vedrebbe che a mandare avanti le sale operatorie sono in grande maggioranza medici dai 30 ai 45anni, precari anche alla soglia dei 50, con contratti a termine e responsabilità enormi. Guadagnano 2.500 euro netti al mese: con le festività, indennità varie intravedono sfiorandoli i 3mila. Sono i più fortunati. Poi ci sono i "borsisti" (1.300 euro al mese), i cocco con partita Iva che guadagnano un po' di più ma sono sabbati dalle tasse. Tutti fanno lo stesso lavoro. Tutti devono pagarsi anche le pesantissime polizze contro i rischi professionali (sui 3-4mila euro l'anno).

Da anni non si fanno concorsi, da anni gli stipendi di medici e paramedi-

le Pagine Utili

Insuccesso del blocco epidurale Cause e trattamenti

British Journal of Anaesthesia

RIASSUNTO

L'insuccesso dell'anestesia o dell'analgesia epidurale è più frequente di quanto si pensa. I motivi di un blocco epidurale inadeguato comprendono soprattutto un posizionamento sbagliato, uno spostamento secondario del catetere dopo un corretto posizionamento, e dosi insufficienti di anestetico locale.

Per il posizionamento del catetere la tecnica della perdita di resistenza con soluzione salina è la più utilizzata. La posizione del paziente, l'utilizzo di una via mediana o paramediana, e le modalità per la fissazione del catetere possono influire sulla frequenza del successo.

Se si utilizzano dosi equipotenti la differenza nell'effetto clinico tra la bupivacaina, la levobupivacaina e la ropivacaina appaiono minime. Con l'infusione continua, la dose è il fattore determinante principale della qualità dell'anestesia, mentre il volume e la concentrazione giocano un ruolo secondario.

L'aggiunta di adiuvanti soprattutto oppioidi e adrenalina può aumentare in modo importante il successo dell'analgesia epidurale.

Gli adiuvanti oppioidi possono avere un'azione spinale o soprasspinale. L'uso dell'analgesia controllata dal paziente con un'infusione programmata sembra essere la migliore modalità di analgesia postoperatoria.

Diversamente dall'esperienza soggettiva di molti anestesisti il fallimento di un'analgesia epidurale è un problema clinico frequente.

Le stime attuali sull'incidenza dell'insuccesso dell'epidurale non sono attendibili per la mancanza di un modo di valutazione uniforme. Le definizioni date comprendono uno spettro che va dall'analgesia insufficiente per dislocazione del catetere a un gran numero di motivazioni per l'interruzione precoce dell'analgesia epidurale. In un gruppo eterogeneo di 2.140 pazienti chirurgici, sono state descritte frequenze d'insuccesso del 32% per l'epidurale toracica e del 27% per l'epidurale lombare.

Da notare che una gestione attiva di un'anestesia epidurale inadeguata, compresa l'esecuzione di un nuovo blocco, ha determinato spesso un completo successo. In uno studio per immagini d'insuccesso dell'epidurale, il posizionamento non corretto del catetere si è avuto in circa la metà dei casi, mentre i pazienti restanti hanno evidenziato un'analgesia non ottimale pur con una corretta posizione del catetere. La frequenza del successo dell'epidurale nel parto cesareo è stata del 76%.

Di seguito sono descritti i fattori tecnici che influenzano il successo del blocco e si offre una panoramica delle strategie farmacologiche disponibili per ottimizzare l'analgesia e l'anestesia epidurale.

FATTORI TECNICI CHE INFLUENZANO IL SUCCESSO DEL BLOCCO

Posizione del catetere

Innanzitutto il catetere epidurale può essere posizionato in modo corretto e spostarsi durante il trattamento.

La migrazione trans-foraminale della punta del catetere e una diffusione asimmetrica dell'anestesia sono state descritte durante l'analgesia epidurale. Sono stati anche descritti posizionamenti del catetere epidurale nello spazio paravertebrale, nella cavità pleurica e all'interno dei vasi. Anche quando s'individua correttamente lo spazio epidurale, il catetere può non seguire la via corretta durante l'avanzamento. Il catetere epidurale può uscire dallo spazio epidurale attraverso un forame intervertebrale a un livello superiore o inferiore rispetto al punto d'inserzione (fig. 1). In un gruppo di pazienti ostetriche, l'insuccesso dell'analgesia epidurale dopo un iniziale successo è stato del 6,8%. Si può avere una migrazione secondaria del catetere

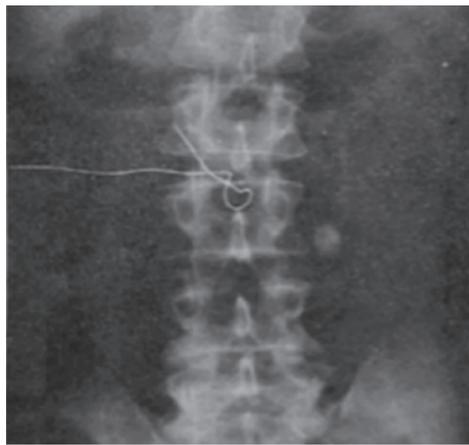


Figura 1. Evidenza del catetere epidurale attraverso il passaggio trans-foraminale.

dopo il successo del posizionamento iniziale. Durante i movimenti normali dei pazienti il catetere epidurale si può dislocare di qualche centimetro. In 50 pazienti sottoposti a chirurgia polmonare con un catetere epidurale toracico e una radiografia del torace eseguita prima e dopo l'intervento, il catetere si è spostato di più di un spazio vertebrale nel 24% dei casi.

Inoltre i movimenti del corpo, le modificazioni della pressione epidurale e del liquor possono contribuire alla dislocazione del catetere epidurale. Lo spazio epidurale è una struttura compartimentalizzata e complessa, che può influenzare il posizionamento del catetere. Un grasso peduncolo mediano può formare una barriera alla diffusione dell'anestetico locale.

Posizione del paziente

La posizione del paziente può modificare la direzione dell'ago alterando la relazione tra le ossa e i tessuti molli. Inoltre la flessione spinale oltre a determinare un'evidente apertura dello spazio interlaminare posteriore altera la posizione del contenuto spinale. La posizione del midollo spinale nel canale vertebrale non è prevedibile con precisione utilizzando variabili come il sesso, il peso, o l'altezza. Il paziente che assume una posizione flessa con la testa rivolta in basso determina un movimento anteriore del midollo spinale a livello toracico, mentre il midollo spinale e la cauda equina si possono trovare più posteriormente a livello lombare. Il midollo spinale è collegato in modo flessibile all'interno del sacco durale e la posizione si modifica secondo l'effetto della gravità quando i pazienti sono posti in posizione supina o laterale. È stato dimostrato che la posizione seduta determina un tempo d'inserimento minore e una maggiore precisione al primo tentativo rispetto alla posizione laterale, ma a costo di un maggior numero di riflessi vagali e con una frequenza di successo sovrapponibile. Nell'anestesia combinata spinale-epidurale per il parto cesareo non sono state rilevate differenze nel tempo d'inserimento, mentre in un altro studio sono state rilevate maggiori difficoltà tecniche nella posizione laterale rispetto a quella seduta.

La posizione laterale aumenta la distanza tra la cute e lo spazio epidurale. La posizione seduta

incrementa la distensione del plesso venoso epidurale, che può teoricamente aumentare il rischio di puntura vascolare, soprattutto nelle partorienti.

Sede della puntura

È noto che gli anestesisti tendono a essere poco accurati quando determinano un livello dermatomero per il blocco centrale. Da notare che molti studi evidenziano che vi è la tendenza a pungere in un interspazio sopra quello che si crede. Nella tabella 1 sono suggeriti i livelli di blocco adatto per i diversi tipi di chirurgia e i reperi anatomici.

Confronto tra approccio mediano e paramediano

Sono disponibili pochi studi di confronto sul successo del blocco epidurale per via mediana o paramediana. Nei cadaveri usando un periduroscopio si è osservato che con l'approccio paramediano è necessario un minor numero di tentativi e il catetere epidurale passa verso l'alto in modo più facile rispetto alla via mediana.

Nei pazienti è stato rilevato un minore tempo d'inserimento del catetere con la via paramediana e una maggiore incidenza di parestesie con la via mediana. Un'adeguata infiltrazione con anestetico locale è un prerequisito per il benessere del paziente durante la puntura paramediana. La via paramediana dipende meno dalla flessione della schiena. Nelle partorienti il rischio di puntura vascolare durante il posizionamento del catetere epidurale non è stato confrontato con la tecnica mediana e paramediana, mentre un altro studio suggerisce un maggior numero di parestesie e di punture vascolari con l'approccio mediano nei pazienti adulti al di fuori dalla gravidanza.

L'impossibilità di un corretto posizionamento del catetere al primo tentativo e il numero dei tentativi richiesti non è riportato nella maggior parte degli studi, nonostante siano possibili differenze tra il livello toracico e lombare; ad esempio uno studio riferisce dell'impossibilità a localizzare lo spazio epidurale toracico in 13 di 447 pazienti (2,9%).

Un corretto posizionamento peraltro richiede una corretta identificazione dello spazio epidurale. Numerosi metodi sono stati suggeriti per

confermare la posizione epidurale dell'ago. La perdita di resistenza (LoR) con soluzione fisiologica è diventato il metodo più utilizzato mentre la LoR con aria e la tecnica della goccia pendente sono meno utilizzate.

Una metanalisi del 2009 comprendente 5 studi controllati e randomizzati ha posto a confronto la LoR con soluzione salina e aria: 4 studi riguardavano la popolazione ostetrica e uno una popolazione di chirurgia generale per un totale di 4.422 pazienti. Non sono state trovate differenze significative per tutti gli outcome se non una riduzione dell'1,5% della cefalea dopo puntura durale (PDPH) nel gruppo in cui si faceva uso della soluzione salina.

Uno studio che ha messo a confronto la puntura combinata spinale-epidurale usando aria o soluzione salina non ha rilevato nessuna differenza nella frequenza del successo né degli effetti secondari.

Un recente studio retrospettivo di 929 epidurali in ostetricia ha evidenziato che usando aria per la LoR sono stati necessari molti più tentativi rispetto all'uso della soluzione salina, con la stessa frequenza di successo. L'analisi dei sottogruppi evidenzia che l'uso della "tecnica preferita" (ad esempio la tecnica utilizzata dai medici in più del 70% delle volte) determina un'importante riduzione dei tentativi, una minore incidenza di parestesie, un minor numero di punture durali, indipendentemente dal fatto che sia stata usata aria o soluzione salina per la tecnica a LoR.

La tecnica della goccia pendente dipende dalla pressione negativa nello spazio epidurale. Recenti evidenze sperimentali hanno suggerito che la pressione negativa è insufficiente per rilevare in modo affidabile lo spazio epidurale e in ogni caso la tecnica della goccia pendente può essere utilizzabile solo in posizione seduta. Da notare che l'identificazione dello spazio epidurale è stata descritta a una profondità maggiore di 2 mm rispetto alla tecnica della LoR, indicando probabilmente un maggiore rischio di puntura durale. Qualsiasi tecnica sia usata occorre ricordare che il ligamento giallo non è continuo in tutti i pazienti e la presenza di una lacuna mediana può far sì che nell'avanzamento dell'ago con la tecnica della LoR con aria/soluzione salina il ligamento giallo sia meno indivi-

Tabella 1. Punti di reperi per l'anestesia e l'analgesia epidurale.

Tipo di chirurgia	Livello del dermatomero superiore da bloccare	Reperi anatomici	Punto d'inserimento ottimale
Esofago, polmone	T ₁	Sotto la clavicola	T ₆₋₇
Addome superiore	T ₁	Sotto la clavicola	T ₉₋₁₀
Addome inferiore	T ₆	Steno distale	T ₉₋₁₀
Parto cesareo	T ₄	Capezzoli	L ₄₋₅
Arti inferiori	L ₁₋₂	Piegna inguinale	L ₄₋₅

Le Utili

a cura di Cosimo Sibilla

ell'epidurale. attamento

esia 109 (2): 144-54 (2012)

duabile quando si usa un approccio mediano.

Sono state descritte diverse tecniche di supporto per l'anestesia epidurale ma nessuna di queste possiede sufficiente accuratezza e affidabilità da giustificare uno sforzo aumentato e dei costi nell'uso routinario negli adulti.

L'ecografia è un utile strumento didattico e può migliorare la curva di apprendimento dell'anestesia epidurale. È dimostrato che una valutazione ecografica preliminare della profondità dello spazio epidurale lombare si correla bene con la profondità effettiva della punta nelle partorienti obese. Nei bambini gli ultrasuoni permettono d'identificare le strutture spinali soprattutto nei neonati. A un'età inferiore a tre mesi sono ossificati solo i corpi vertebrali, rendendo possibile una visione dettagliata delle strutture spinali. Dopo tre mesi l'ossificazione della colonna determina una ridotta visibilità. Dall'età di 7 anni la visibilità delle strutture spinali soprattutto dei segmenti toracici è ridotta significativamente e simile a quella degli adulti giovani. Nonostante questi apparentemente ovvi vantaggi dell'anestesia epidurale con guida ecografica nei bambini, è stato condotto un solo studio controllato e randomizzato che ha evidenziato che l'uso degli ultrasuoni determina una minore frequenza di contatto osseo un minor tempo nella riuscita del blocco e una minore richiesta supplementare di oppioidi. Recentemente una visualizzazione della diffusione epidurale dell'anestetico locale è stata utilizzata per predire la dose epidurale individuale ottimale.

Inserimento e fissazione del catetere

Il catetere deve essere inserito per almeno 4 centimetri nello spazio epidurale. E uno studio recente suggerisce che l'inserimento per più di 5 cm determina una maggiore percentuale di successo.

La tunnelizzazione del catetere epidurale per 5 cm in un gruppo di 82 pazienti ha determinato una minore mobilità del catetere, ma la percentuale dei cateteri che hanno mantenuto la posizione originale non è stata diversa.

In più di 200 pazienti sottoposti ad anestesia epidurale toracica e lombare la tunnelizzazione ha comportato una significativa minore migrazione del catetere con un modesto aumento dei cateteri funzionanti dopo 3 giorni (83%) rispetto a quelli non tunnelizzati (67%). Analogamente la sutura del catetere epidurale ha determinato una minore migrazione del catetere ma un aumento dell'infiammazione della sede di puntura. Mentre in studi di piccole dimensioni l'eritema al sito di puntura non si è accompagnato a un aumento dell'infezione batterica, uno studio più ampio ha rilevato una correlazione positiva. In uno studio retrospettivo osservazionale di >500 bambini la tunnelizzazione del catetere epidurale caudale ha ridotto il rischio di colonizzazione batterica ad un livello simile ai cateteri lombari non tunnelizzati. Questi risultati possono essere dovuti al fatto che la tunnelizzazione porta il punto di entrata del catetere nei neonati e nei bambini sopra il pannolino e quindi non possono essere facilmente trasferiti in una popolazione adolescente sottoposta ad anestesia epidurale toracica e lombare. Sembra prudente tuttavia prendere in considerazione la

tunnelizzazione del catetere epidurale caudale nei neonati e nei bambini.

Per il catetere epidurale lombare i vantaggi sembrano meno evidenti e il vantaggio di evitare sposizionamenti deve essere confrontato con un'aumentata incidenza di eritema nel sito della puntura, probabilmente associato a un rischio di colonizzazione batterica.

I presidi disponibili per fissare i cateteri possono ridurre in modo importante la migrazione del catetere e ridurre il numero di analgesia inefficace. Purtroppo non sono disponibili studi che mettono a confronto i moderni presidi di fissazione con la tunnelizzazione in relazione alla migrazione, insuccesso dell'analgesia o infezione.

Dose test

Il metodo farmacologico migliore per verificare il corretto posizionamento del catetere epidurale non si conosce. Si somministra una dose test con due obiettivi principali: rilevare la posizione del catetere intratecale o intravascolare.

La strategia ottimale per evidenziare la posizione intratecale del catetere per molto tempo si è ritenuta fosse la lidocaina con adrenalina. Sono state proposte strategie specifiche per evidenziare la posizione intravascolare del catetere in soggetti adulti non in gravidanza (dose test fissa di adrenalina) nelle partorienti (dose test di fentanyl) e nei bambini (dose test di adrenalina corretta sul peso). Da notare che se anche la frequenza cardiaca non aumenta in modo importante (>15%) non è garantita una posizione corretta del catetere. Inoltre i pazienti sensibili all'adrenalina intravascolare (partorienti, pazienti con malattie cardiache e vascolari) possono andare incontro a effetti secondari indesiderabili se il test è positivo. Tuttavia questo rischio è controbilanciato dal grave rischio tossico sistemico dell'anestetico locale se non fosse rilevato un posizionamento intravascolare del catetere. Si raccomanda di somministrare una dose test di lidocaina (per evidenziare la posizione intratecale) e adrenalina nei pazienti nei quali l'adrenalina non è controindicata.

Strumenti

I problemi strumentali possono essere la causa del fallimento dell'epidurale.

L'apertura del catetere si può trovare lateralmente o anteriormente nello spazio epidurale spingendo l'anestetico locale soprattutto su un lato e producendo un blocco unilaterale.

In genere i cateteri a fori multipli sono considerati migliori di quelli a foro unico.

Qualche volta ci possono essere degli errori nella produzione come un'errata marcatura del catetere epidurale, che può indurre a posizionamenti a profondità sbagliata. Detriti del catetere o una disconnessione può determinare insuccesso dell'epidurale.

Una causa importante prevedibile di ostruzione del sistema d'infusione epidurale è il blocco dell'infusione per la presenza di un volume d'aria di 0,3-0,7 ml nel filtro antibatterico. Un nodo del catetere all'interno o all'esterno può essere causa d'insuccesso. In un gruppo di 45 pazienti solo il 13% dei cateteri epidurali lom-

bari era stato inserito per più di 4 cm senza ripiegamenti, e il ripiegamento era avvenuto ad una profondità media d'inserimento di 2,8 cm. Sulla base di 18 casi clinici descritti si stima che la frequenza di nodi sui cateteri è compresa tra 1 su 2.000 e 1 su 30.000 con l'87% dei nodi che si verificano nei primi 3 cm a cominciare dalla punta del catetere. La rimozione di un catetere che si presume annodato può essere tentata dopo il recupero della sensibilità per poter controllare i sintomi neurologici durante la rimozione del catetere. Se durante la rimozione del catetere si manifestano sintomi neurologici o dolore, la rimozione deve essere immediatamente interrotta.

È stato suggerito che la rimozione è più semplice se il paziente è nella stessa posizione d'inserimento. La rimozione chirurgica di un catetere rotto non è obbligatoria se il paziente rimane asintomatico.

OTTIMIZZAZIONE FARMACOLOGICA DELL'ANESTESIA EPIDURALE

Volimi e dosi dell'anestetico locale

L'influenza delle dosi, della concentrazione e del volume nella diffusione dell'anestesia e dell'analgesia epidurale è stata oggetto di numerose ricerche con volumi e concentrazioni di anestetico locale diversi. In generale il principale determinante dell'effetto epidurale è la dose dell'anestetico locale, con il volume che gioca un ruolo minore. Pertanto la qualità dell'analgesia epidurale dipende dalla dose totale di anestetico più che dal volume o dalla concentrazione per l'analgesia epidurale convenzionale o controllata dal paziente. C'è la tendenza verso un blocco sensitivo più esteso e una pressione arteriosa più bassa con volumi alti e concentrazioni inferiori.

Analogamente uno studio evidenzia una maggiore frequenza della nausea e del vomito postoperatorio (PONV) ma la maggior parte degli studi non rileva un aumento degli effetti secondari. La dose è l'elemento più importante dell'anestesia epidurale, con il volume e la concentrazione che giocano un ruolo minore durante l'analgesia epidurale continua o controllata dal paziente (PCEA). L'effetto del volume è più accentuato durante l'applicazione del bolo. C'è evidenza del ruolo determinato dal volume nella diffusione dell'anestesia. Ad esempio il numero di dermatomeri bloccati durante la paratoanalgesia è stato maggiore nel gruppo con volume di bupivacaina alto rispetto al gruppo con basso volume quando è stata somministrata la stessa dose di farmaco.

Tuttavia l'evidenza è poco chiara. La diffusione dell'anestesia epidurale lombare per la chirurgia ginecologica è stata simile con 20 ml di lidocaina all'1% o 10 ml di lidocaina al 2%, ma l'intensità del blocco è stata maggiore nel secondo gruppo. Se la differenza in volume iniettato è > 200% per la stessa dose il blocco può avere una diffusione maggiore nel gruppo con volume alto.

Per la dose bolo, c'è evidenza che riducendo la dose aumenta la probabilità di un blocco differenziale. In volontari sani, la dipendenza dalla dose del blocco differenziale è stata dimostrata con la bupivacaina allo 0,075% e 0,125%. Alte concentrazioni della bupivacaina determinano un blocco motorio.

Il blocco differenziale è complesso ed è causato in parte da un blocco di conduzione differenziale dei nervi spinali e in parte da un'integrazione somato-sensoriale differenziale. Il blocco motorio può essere più esteso quando si esegue un'anestesia epidurale lombare per una vicinanza spaziale delle fibre motrici. Nel travaglio, basse dosi di analgesia epidurale si possono associare con un minor numero di parti vaginali operativi. Per l'analgesia ostetrica è preferibile l'uso di piccole dosi in un volume più alto.

Scelta dell'anestetico locale

I tre principali anestetici locali per l'anestesia e l'analgesia epidurale sono la bupivacaina, la levobupivacaina e la ropivacaina. Per ottenere un blocco differenziale e una sicurezza cardiaca migliore è aumentato l'uso degli L-stereoisomeri. L'equipotenza di questi tre farmaci è stato oggetto di molti studi clinici. Per esempio una stessa concentrazione e dose di bupivacaina e ropivacaina (0,125% con 2 µg di fentanyl/ml) ha una stessa efficacia analgesica, ma un'importante minore blocco motorio nel gruppo con la ropivacaina. Tuttavia il confronto con stesse dosi di anestetico, ad esempio bupivacaina e ropivacaina, è difficile poiché la potenza di quest'ultima è circa il 40-50%.

Nella valutazione della diversa tossicità, occorre prendere in considerazione la diversa potenza. La soglia tossica dell'anestetico locale che causa le convulsioni nei modelli animali, è simile se si tiene conto della diversa potenza dei farmaci.

La probabilità di successo della rianimazione dopo intossicazione da anestetico locale, è inferiore con la bupivacaina per un prolungato legame con i recettori cardiaci.

Tuttavia la rianimazione con l'uso dei lipidi può essere più efficace nell'intossicazione da bupivacaina rispetto alla ropivacaina per le maggiori proprietà lipofile della bupivacaina.

Sono disponibili poche evidenze che indicano di evitare l'uso della bupivacaina nell'anestesia e nell'analgesia epidurale. In base ai dati farmacologici non è possibile migliorare l'analgesia epidurale sostituendo i farmaci.

Aggiunta degli oppioidi

L'aggiunta di piccole dosi di oppioidi permette la riduzione delle dosi di anestetico locale mentre migliora la qualità dell'analgesia.

La maggior parte degli studi supporta l'associazione degli anestetici locali e degli oppioidi rispetto all'uso dei singoli farmaci da soli.

Una metanalisi del 1998 ha evidenziato che il fentanyl è un utile adiuvante dell'anestetico locale per l'analgesia chirurgica, poiché migliora l'analgesia con una bassa incidenza di nausea e prurito. L'aggiunta di oppioidi permette di usare concentrazioni minori di anestetico locale, con una riduzione del blocco motorio dopo chirurgia o durante il travaglio.

Si ritiene realizzabile l'analgesia con basse dosi di anestetici locali solo se si aggiungono oppioidi. Inoltre dati recenti suggeriscono che l'aggiunta di oppioidi in epidurale può ridurre la risposta allo stress chirurgico.

Esistono forti differenze nell'effetto clinico tra gli oppioidi idrofili, come la morfina e gli oppioidi lipofili come il fentanyl e il sufentanil. Studi di micro dialisi evidenziano che la morfina epidurale permane per più tempo nello spazio epidurale, e questo determina una maggiore concentrazione nel liquor rispetto al fentanyl o al sufentanil.

Questa prolungata permanenza ha un effetto sul midollo spinale e quindi un'importante riduzione della dose di morfina necessaria per via epidurale rispetto a quell'endovenosa. L'evidenza invece per gli oppioidi lipofili come il fentanyl e il sufentanil tuttavia è meno chiara. Mentre molti studi hanno rilevato un chiaro vantaggio nell'aggiunta di fentanyl alla bupivacaina, altri ipotizzano che l'effetto del fentanyl per via epidurale è mediato soprattutto da un meccanismo sopra-spinale dopo assorbimento sistemico. Uno studio recente in volontari sani evidenzia differenze tra infusione continua e in bolo. Mentre l'infusione continua determina un'analgesia non segmentaria, espressione di un'azione sopraspinale, l'iniezione in bolo determina un'analgesia segmentaria per un'importante effetto spinale.

Pertanto un meccanismo analgesico spinale dipende da una sufficiente concentrazione di fentanyl nello spazio epidurale tale da permettere una diffusione nel liquor. Questa si ritiene

debba essere >10 µg/ml, maggiore di quello realizzata con la maggior parte dei protocolli di analgesia utilizzati.

Esistono alcuni possibili limiti alla somministrazione epidurale di oppioidi. Innanzitutto la sicurezza degli oppioidi nell'analgesia ostetrica è stata posta in discussione e comprende possibili interferenze con l'allattamento. *Tuttavia un recente studio controllato e randomizzato non ha evidenziato alcun effetto della somministrazione di oppioidi per via epidurale sull'inizio e la durata dell'allattamento.*

Inoltre una depressione respiratoria bifasica si può manifestare quando si somministrano per via epidurale oppioidi idrofili. Con gli oppioidi idrofili come la morfina, un primo picco di concentrazione corrisponde all'assorbimento dallo spazio epidurale nella circolazione sistemica e si ha 30-90 minuti dopo la somministrazione, mentre il secondo picco si ha 6-18 ore dopo con la diffusione della morfina in alto verso il tronco cerebrale. Con gli oppioidi lipofili c'è solo una precoce depressione dovuta all'assorbimento e alla diffusione verso l'alto.

Aggiunta di adrenalina

L'aggiunta di adrenalina alla soluzione epidurale ha due effetti positivi. Innanzitutto la vasocostrizione determina un ritardo nell'assorbimento dell'anestetico locale nella circolazione sistemica, con un maggiore effetto sul sito effettore e una minore concentrazione plasmatica.

In secondo luogo, l'adrenalina possiede specifiche proprietà analgesiche mediate soprattutto attraverso gli adrenorecettori α -2. Gli effetti dell'adrenalina sugli anestetici locali e sugli oppioidi sono additivi. Ad esempio la concentrazione minima di anestetico

locale (MLAC) della bupivacaina è ridotta del 29 % nelle partorienti in travaglio. L'aggiunta di adrenalina a basse dosi all'infusione di ropivacaina per via epidurale toracica e di fentanyl migliora l'analgesia e riduce la nausea. La vasocostrizione gioca un ruolo chiave sull'effetto dell'epinefrina nell'analgesia epidurale.

Gli anestetici locali di tipo amidico non sono metabolizzati nello spazio epidurale e il principale determinante della loro concentrazione è l'assorbimento nella circolazione sistemica e il successivo metabolismo epatico. Quest'assorbimento è bifasico con un iniziale picco rapido riflesso della fase liquida e un successivo secondo picco più lento corrispondente al riassorbimento dal compartimento lipidico.

L'aggiunta di adrenalina alla soluzione di anestetico locale rallenta la prima fase, l'effetto clinico risultante è un blocco più profondo o la necessità di una dose inferiore. Lo stesso meccanismo sembra applicarsi agli oppioidi.

L'adrenalina per via epidurale ha un effetto analgesico specifico α 2 mediato che causa una ridotta liberazione presinaptica di trasmettitori e un'iperpolarizzazione postsinaptica nella sostanza gelatinosa delle corna posteriori del midollo spinale. Tuttavia l'effetto completo si osserva solo quando il catetere epidurale è posto vicino al midollo spinale come sopra L1. Il catetere lombare richiede una maggiore concentrazione di anestetico locale e oppioidi, e pertanto, l'aggiunta dell'adrenalina può aumentare il rischio di blocco motorio.

Alcuni possibili rischi dell'aggiunta dell'adrenalina comprendono un allungamento del travaglio, e una riduzione del flusso ematico uterino. *Alle dosi usate cli-*

nicamente l'ischemia del midollo spinale non sembra essere un problema clinico significativo.

Confronto tra bolo e infusione continua

L'uso della PCEA ha radicalmente modificato la gestione postoperatoria dell'analgesia. Nella partoanalgesia una metanalisi dimostra che le pazienti che fanno uso della PCEA hanno minore bisogno di supporto di analgesici, minore quantità di anestetico locale, e minore rischio di blocco motorio.

Tuttavia non ci sono state differenze nella soddisfazione materna o nelle modalità del parto. Non è chiara l'evidenza del vantaggio durante la PCEA della somministrazione di base quando si usano come misura del risultato il punteggio del dolore e la dose totale di anestetico locale. Le necessità della PCEA dipendono dalla sede dell'intervento, dalla chirurgia per neoplasie maligne, e dall'età e peso del paziente.

L'aggiunta di un'infusione continua alla PCEA durante il travaglio determina una riduzione della dose totale di anestetico locale e un'analgesia efficace.

Vallejo ha evidenziato una riduzione della dose di anestetico locale nella tecnica "a demand" della PCEA, ma non nella dose infusionale di base, pur con gli stessi risultati.

L'uso della sola PCEA "a demand" determina una minore richiesta di anestetico locale peraltro con una più frequente ricomparsa del dolore, un punteggio del dolore più alto, e una soddisfazione materna minore durante il travaglio. Tecniche più raffinate con una somministrazione di boli epidurali programmati intermittenti associati alla PCEA hanno dimostrato la loro potenziale efficacia.

Conclusioni

Nella pratica clinica il fallimento di un'anestesia e analgesia epidurale si ha in circa il 30% dei casi. Alcuni fattori tecnici possono aiutare ad aumentare l'incidenza del successo primario e secondario.

Il catetere epidurale può essere mal posizionato, e può spostarsi dopo un'iniziale posizionamento corretto, per i movimenti del corpo e le oscillazioni del liquor. Il catetere può deviare rispetto alla linea mediana durante l'introduzione.

La profondità ottimale d'inserimento negli adulti è > 5 cm. Il metodo più utilizzato con minori effetti collaterali per la localizzazione dello spazio epidurale è la perdita di resistenza con soluzione salina. Nessuno degli strumenti aggiuntivi presenta sufficiente accuratezza e prevedibilità per giustificarne un uso routinario, ma c'è una crescente evidenza dell'utilità dell'uso degli ultrasuoni negli obesi e nei bambini.

La dose test ottimale deve associare la lidocaina con l'adrenalina, per evidenziare un posizionamento rispettivamente intratecale e intravascolare. La scelta di anestetici locali a lunga durata d'azione sembra essere meno importante clinicamente.

La dose è il principale determinante dell'anestesia epidurale continua con il volume e la concentrazione che giocano un ruolo subordinato.

L'aggiunta di oppioidi può aumentare in modo importante l'efficacia dell'analgesia epidurale. L'adrenalina aumenta l'analgesia ritardando il riassorbimento di anestetico locale dallo spazio epidurale e per un effetto analgesico diretto sul midollo spinale. L'uso dell'analgesia epidurale controllata dal paziente con un'infusione di base sembra essere la migliore modalità di analgesia postoperatoria.

Test d'apprendimento

Quesiti		Risposta corretta
1. La frequenza del successo dell'anestesia epidurale nel parto cesareo dell'anestesia è	a) maggiore del 65%; b) maggiore del 86% c) maggiore del 90%.	a
2. All'età di 7 anni, rispetto all'adulto la visibilità delle strutture spinali è	a) uguale al neonato; b) migliore del neonato; c) simile a quella nell'adulto giovane	c
3. L'uso dell'adrenalina in peridurale:	a) è controindicata; b) non apporta alcun vantaggio; c) è molto vantaggiosa	c
4. La distanza tra la cute e lo spazio epidurale in posizione laterale	a) aumenta; b) resta invariata; c) si reduce;	a
5. La dose tossica degli anestetici locali bupivacaina, levobupivacaina, e ropivacaina corretta per la potenza:	a) è diversa b) non è diversa; c) è maggiore per la chiricaina	b
6. Nella partoanalgesia con PCEA rispetto alla somministrazione in boli la soddisfazione materna è:	a) aumentata; b) minore; c) simile	c
7. In anestesia epidurale il principale determinante della qualità dell'anestesia è	a) la dose; b) la concentrazione; c) il volume	a
8. L'approccio epidurale per via paramediana pazienti	a) richiede un minore tempo d'inserimento del catetere; b) determina una maggior incidenza di parestesie; c) richiede un maggior tempo d'inserimento del catetere	b
9. Il fentanyl è	a) più lipofilo del sufentanil b) più idrofilo della morfina c) più lipofilo della morfina	c
10. Quale delle seguenti affermazioni è giusta	a) il fentanyl per via epidurale determina un'analgesia di tipo segmentaria b) gli oppioidi per via epidurale rallentano l'inizio dell'allattamento c) il fentanyl permane a livello epidurale meno della morfina	c

NORA: la Regione Lombardia fa proprie le indicazioni diffuse da AAROI-EMAC, SIARED, SIAARTI, SIAATIP

Il Testo della DGR N° X / 3993 approvata nella seduta del 4 Agosto 2015

La Regione Lombardia ha approvato il 4 Agosto scorso la DELIBERAZIONE N° X / 3993 che ha come oggetto "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2015". Nell'ambito del capitolo dedicato all' "Appropriatezza dei controlli", è stato inserito il paragrafo dedicato alle "Prestazioni anestesiolgiche per attività diagnostico terapeutiche svolte al di fuori delle sale operatorie (N.O.R.A.)" che richiama e recepisce esattamente quanto asserito da AAROI-EMAC, SIARED, SIAARTI, SIAATIP alla fine del mese di Giugno nella lettera inviata al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e pubblicata nel numero 4 - Luglio/Agosto del Nuovo Anestesista Rianimatore.

Tab. 2 – Classificazione ASA (rischio anestesiolgico)

CLASSE	CONDIZIONE DEL PAZIENTE
I	Paziente sano, nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica
II	Paziente con malattia sistemica lieve
III	Paziente con malattia sistemica severa e limitazione funzionale di grado moderato
IV	Paziente con una malattia sistemica a prognosi severa che ne pregiudica la sopravvivenza
V	Paziente moribondo, la cui sopravvivenza non è garantita nelle 24 ore successive

Le suddette indicazioni si applicano a tutte le prestazioni anestesiolgiche effettuate per attività diagnostico-terapeutiche svolte al di fuori delle Sale Operatorie (NORA, Non Operating Room Anesthesia).

A questo proposito si fa propria la posizione condivisa delle principali Società Scientifiche e Organizzazioni Sindacali di riferimento in ambito anestesiolgico (SIAARTI, SIARED, SIAATIP e AAROI-EMAC) nel merito delle preoccupazioni manifestate circa l'accezione del termine "sedazione" in riferimento a prestazioni effettuate in NORA.

Si chiarisce quindi che la denominazione "sedazione" è basata su classificazioni (es. vedi Tab. 3) che attengono gli aspetti clinici raggiunti e non quelli precisamente prevedibili con la somministrazione anche combinata di farmaci ad azione non solo sedativa "pura" ma analgesica maggiore o addirittura propriamente anestetica. Queste ultime classi di farmaci (es. propofol o fentanyl), per possibili e descritte variazioni di rapporto dose/effetto, possono far variare molto rapidamente il livello di sedazione raggiunto, lungo un continuum che può condurre fino all'anestesia generale.

Tab. 3 - Scala di Ramsey (profondità di sedazione)

1	Paziente ansioso ed estremamente agitato
2	Paziente cooperante, tranquillo ed orientato spazio-temporalmente
3	Paziente sedato ma ancora in grado di eseguire ordini semplici
4	Paziente sopito ma in grado di rispondere prontamente, anche se in modo non finalistico, a stimoli
5	Paziente assopito e con risposta torpida e molto rallentata anche a stimoli dolorosi
6	Paziente comatoso e non più in grado di fornire alcun tipo di risposta anche a stimoli intensi

Per questi motivi si richiama la necessità che la **sedo-analgesia** effettuata in NORA segua i consueti protocolli di sicurezza del paziente, con particolare riferimento a:

- effettuazione di visita pre-anestesiolgica;
- valutazioni rischio-beneficio;
- raccolta di consenso informato del paziente;
- somministrazione dell'anestesia da parte di personale anestesista-rianimatore, con le eccezioni previste per le prestazioni in anestesia locale e per la chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale, troncure o inalatoria a mezzo protossido d'azoto (effettuabile dagli odontoiatri o dagli operatori medici abilitati all'esercizio dell'odontoiatria);
- monitoraggio dei parametri vitali del paziente (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, frequenza respiratoria, saturazione in ossigeno), valutazione seriale (ogni 5') del livello di coscienza e di risposta agli stimoli (vedi Tab. 3) e verifica del dosaggio dei farmaci utilizzati;
- compilazione, a cura del medico anestesista, della cartella anestesiolgica, completa della relativa scheda anestesiolgica;
- presenza nell'area di assistenza dei presidi utilizzabili per la rianimazione;
- monitoraggio post-procedura (mantenimento dei parametri vitali, autonomia ecc.).

Di seguito il testo: 5.5. PRESTAZIONI ANESTESIOLOGICHE PER ATTIVITÀ DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE SVOLTE AL DI FUORI DELLE SALE OPERATORIE (N.O.R.A.)

A seguito di quanto recentemente richiamato dal Ministero della Salute (Decreto del 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" - GU n. 127 del 04.06.2015, vigente al 19.06.2015) nel merito della chirurgia ambulatoriale, con particolare riferimento alla garanzia di criteri omogenei per la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza, si ritiene opportuno precisare quanto segue.

Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (fino al II grado della scala di sedazione - vedi Tab. 1) su pazienti accuratamente selezionati, comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e troncure, effettuabili anche negli ambulatori/studi odontoiatrici.

Tab. 1 – Grado sedazione

Sedazione Minima	1
Sedazione Moderata	2
Sedazione Profonda	3

Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si prevede l'utilizzo della classificazione della American Society of Anesthesiology (ASA, vedi Tab. 2) che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA I e ASA II come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale e alle prestazioni effettuabili nei presidi extra-ospedalieri di day surgery.

IL SSN AL TEMPO DELLA CRISI

"Le politiche in campo scolastico, della sanità e dei trasporti (Alta Velocità) hanno agito sfavorevolmente per il Mezzogiorno. Il ruolo delle politiche quindi appare importante per ridare fiato alla crescita dell'economia meridionale": è quanto contenuto nel "Rapporto SVIMEZ 2015 sull'Economia del Mezzogiorno".

La stessa Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno già nel 2014 rilevava che l'Italia è un Paese "spaccato", "diviso e diseguale dove il sud scivola sempre più nell'arretramento".

Il tema del "Sud che sta morendo" è tornato alla ribalta dopo la lettera aperta al Premier di Roberto Saviano, pubblicata sul quotidiano "La Repubblica" il primo agosto e dopo la risposta di Renzi in stile Tweet: "Sul Sud basta piagnistei: rimbocchiamoci le maniche" - "L'Italia, lo dicono i dati, è ripartita. È vero che il Sud cresce di meno e sicuramente il governo deve fare di più, ma basta piangersi addosso".

Ad un attento osservatore delle dinamiche socio-economiche del Mezzogiorno non può, però, sfuggire che questa parte del Paese, dove il decentramento dei poteri, in specie nel campo della Sanità, pare abbia alimentato la corruzione, il malaffare, gli sprechi, come i tanti fatti di cronaca

negli ultimi anni testimoniano, non solo non cresce, ma è avvitato nella decrescita e pare essersi avviato verso lo spopolamento: "Tra il 2001 e il 2014 sono emigrati dal Sud verso il Centro-Nord oltre 1.667 mila meridionali, a fronte di un rientro di 923 mila persone, con un saldo migratorio netto di 744 mila unità. Di questa perdita di popolazione il 70%, 526 mila unità, ha riguardato la componente giovanile, di cui poco meno del 40% (205 mila) laureati." (SVIMEZ 2015).

Lo spopolamento è un fenomeno ancora più evidente nelle aree interne meridionali dove alla popolazione vengono a mancare servizi essenziali: gli ospedali vengono chiusi, nel mentre il potenziamento dei servizi territoriali resta una mera prospettiva, le strade diventano ogni giorno più difficilmente percorribili per carenza di ordinaria manutenzione ed a causa dell'abbandono del territorio sempre più devastato da fenomeni franosi ed alluvionali. Anche spedire o ricevere la corrispondenza diventa sempre più difficile per effetto della chiusura degli uffici previsti dai piani industriali di Poste Italiane. Il disagio economico e sociale delle popolazioni del sud è aggravato dall'offerta sanitaria disuguale che le costringe anche all'emigrazione per ricovero

Al Sud la Sanità è alla deriva

ospedaliero verso poli di attrazione concentrati nelle regioni del Centro-Nord.

La diversità dell'offerta dei servizi sanitari è testimoniata da più di un indicatore come emerge dalla lettura del rapporto CENSIS "La crisi sociale del Mezzogiorno" e che riporta, tra l'altro: "Anche sotto il profilo gestionale, il quadro meridionale presenta una sua peculiarità, con una situazione di più consistente presenza del privato accreditato, ambito che nel tempo ha presentato una più ridotta dinamica di razionalizzazione".

"Al ridimensionamento della rete ospedaliera si contrappone la prospettiva di un rafforzamento della dimensione territoriale dell'offerta sanitaria, nella quale sono coinvolte una pluralità di strutture ed attività ed anche in questo caso il quadro territoriale appare molto articolato. Le strutture in cui si erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, di laboratorio e di diagnostica sono in prevalenza del privato accreditato soprattutto al Sud (insieme alla Lombardia e al Lazio), con la punta della Sicilia (81,4%)".

Il principio per cui, per combattere la crisi, tutti i servizi debbano evolvere verso la privatizzazione, dunque, pare si sia sempre di più affermato anche nell'offerta sanitaria specialmente al

sud, senza tener conto del fatto che in altri settori quali poste, rete ferroviaria, autostrade, aeroporti con la privatizzazione non sempre c'è stata una riduzione dei costi e un indistinto miglioramento della qualità, se non, forse, per chi ha maggiori possibilità di spesa.

Per effetto dei tagli, ultimo caso la chiusura prevista dalla "Riforma Madia" di numerose Prefetture e dell'applicazione di logiche decentralizzate, lo Stato sembra essersi dissolto, considerata, ad esempio, la scarsa o nulla efficacia dimostrata nell'esercizio del potere di controllo nei confronti degli Enti Locali, nella tutela dell'ambiente e del patrimonio artistico e culturale.

Al Sud, dunque, si sente il bisogno della presenza di uno Stato che garantisca legalità ed uguaglianza a tutti i cittadini, che sappia adottare una politica di lotta al malaffare, al clientelismo, al familismo ed a tutto ciò che è antimeritocratico. Al Sud si sente il bisogno di un linguaggio politico diverso, che vada al di là degli slogan, dei tweet, degli hashtag, che comunichi quale società si vuole costruire e che promuova senso civico, pari opportunità e pari diritti.

David Di Lello
Presidente AAROI-EMAC Molise

AAROI-EMAC Calabria

Sicurezza nel trasferimento del neonato critico

Il documento di richiesta per l'approvazione immediata del PDTA

"Le vie in Anestesia e Rianimazione"

A Vibo Valentia il XXIII Simposio Meridionale

Si è svolto a Vibo Valentia dal 24 al 26 Settembre il XXIII Simposio meridionale di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore dal titolo "Le Vie in Anestesia e Rianimazione".

Un'occasione di confronto tra professionisti per analizzare le nuove conoscenze scientifiche della criticità e le nuove risorse tecnologiche del settore. «L'appuntamento di quest'anno - spiega Peppino Oppedisano, Responsabile dell'U.O.C. Anestesia e Rianimazione del Presidio Ospedaliero "Jazzolino" di Vibo Valentia e organizzatore del convegno - è nato con un obiettivo ben preciso: offrire una direzione in alcuni crocevia che si presentano nello svolgimento quotidiano della professione di anestesista rianimatore e fornire al medico specialista in diverse discipline alcuni strumenti culturali e pratici adeguati al miglioramento della propria attività clinica».

Diversi i temi affrontati nei tre giorni, dal workshop teorico-pratico finalizzato all'acquisizione, da parte dei partecipanti, di aggiornamenti e skills sulle tecniche di incannulamento dei grossi vasi venosi, con l'ausilio dell'ecografo alle tematiche inerenti il trasporto del paziente critico. È stata fatta un'analisi approfondita sull'utilizzo dei curari e sulle modalità di ventilazione meccanica del paziente, in sala operatoria ed in rianimazione. Oltre ad update nel controllo delle infezioni gravi e sui più recenti orientamenti della nutrizione artificiale nel paziente ricoverato in terapia intensiva. Il pomeriggio dell'ultima giornata dei lavori è stato dedicato alla responsabilità del medico e della struttura sanitaria analizzate tenendo conto della coscienza, della bioetica, del diritto e della sicurezza delle cure, il tutto conservando come continuo punto di riferimento la centralità del paziente. L'appuntamento è stato chiuso dal professor Ettore Jorio dell'Università della Calabria con una disamina sui futuri scenari verso cui si incammina il nostro Sistema Sanitario, alla luce delle potenziali ulteriori modifiche al titolo quinto della Costituzione.

Il XXIII Simposio Meridionale di Anestesia, Rianimazione e Terapia del Dolore è stato organizzato con il patrocinio dell'Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza ed Area Critica (A.A.R.O.I.-EM.A.C.), dell'Ordine dei Medici della Provincia di Vibo Valentia, e della Società Italiana di Anestesia, Rianimazione, Emergenza e Dolore (S.I.A.R.E.D.).



Negli ultimi mesi si sono verificati eventi avversi riguardanti il trasporto neonatale che hanno evidenziato come, su buona parte del territorio nazionale, Calabria inclusa, non sia stato ancora implementato un adeguato percorso nascita che consenta la centralizzazione del neonato critico, in condizioni di massima sicurezza possibile, verso luoghi di cura più idonei al suo trattamento.

Per sensibilizzare il Dipartimento Tutela della Salute regionale all'adozione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale finalizzato al trasporto sicuro del neonato critico, l'AAROI-EMAC Calabria ha realizzato un documento per individuare le figure professionali che devono farsi carico della gestione di questa tipologia di paziente.

Dopo un'attenta disamina delle norme e delle indicazioni ministeriali vigenti, il documento AAROI-EMAC sottolinea come "la presa in carico del neonato critico sia di competenza del pediatra/neonatologo e come, del pari, al fine di mantenere la stessa qualità delle cure fin lì erogate, debba essere lo stesso pediatra/neonatologo del centro Spoke, avvalendosi eventualmente della collaborazione dell'anestesista-rianimatore, ad assistere il paziente neonato durante il trasferimento, ove non sia ancora stato attivato il Servizio di Trasporto Neonatale di Emergenza [...]".

Risulta pertanto evidente, sulla base della normativa vigente, come il trasferimento di un neonato critico da Spoke ad Hub, ed a maggior ragione dalle TIN dei nostri Hub verso centri di cura extraregionali non possa prescindere dalla presenza del pediatra/neonatologo a bordo del mezzo messo a disposizione dal Servizio di Emergenza Urgenza 118, tanto su gomma, quanto su ala rotante (eliambulanza).

Al fine di evitare equivoci circa l'indicazione o meno alla presenza del pediatra o del neonatologo a bordo del mezzo di soccorso, e con lo scopo di non esporre il neonato critico a standard care e ad eventi avversi secondari all'assenza dello specialista, si chiede pertanto di codificare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale che preveda inequivocabilmente la presa in carico del piccolo paziente, durante il trasferimento, da parte del pediatra/neonatologo e dell'infermiere con provata esperienza in assistenza neonatale, eventualmente coadiuvati dall'anestesista rianimatore del presidio di provenienza o, se presente a bordo del mezzo di soccorso, da quest'ultimo".

A distanza di oltre due mesi dall'invio del documento, in assenza di risposte adeguate, attraverso successiva comunicazione, è stata chiesta nuovamente l'emanazione di una disposizione che preveda l'imprescindibile la presenza a bordo del mezzo di soccorso del pediatra/neonatologo, durante i trasferimenti di neonati critici.

La risposta, in questo caso, è stata la promessa di una - sembrerebbe imminente - approvazione del PDTA. Lo speriamo caldamente, ma non intendiamo aspettare a lungo!

Domenico Minniti
Vice Presidente
AAROI-EMAC Calabria

AAROI-EMAC Lombardia

La Vertenza nazionale Fondazione Salvatore Maugeri

Diario della trattativa e commento dell'arroganza della Alta Dirigenza

Dopo l'accordo sindacale del Gennaio 2015, raggiunto a seguito di una lunga trattativa, che ha scongiurato il rischio di un passaggio per i Medici della Fondazione Salvatore Maugeri dal CCNL della Sanità Pubblica a quello della Sanità Privata, si è aperto un nuovo "fronte". Il Regolamento per la Libera Professione approvato alla fine di Luglio dall'Azienda e sottoscritto da alcune OO.SS. non è in linea con le disposizioni previste dal CCNL per regolamentare la libera professione intramoenia.

L'AAROI-EMAC, insieme ad altre sigle sindacali, ha diffidato l'Azienda "dall'attuare, nei riguardi dei dirigenti medici dipendenti, le disposizioni recentemente approvate" e ha chiesto di riaprire immediatamente le trattative.

Di seguito la sintesi delle tappe che hanno portato all'attuale situazione di rottura.

"Il 29 Luglio nonostante i sindacati maggiormente rappresentativi della dirigenza medica e sanitaria, AAROI-EMAC, ANAAO ASSOMED, CIMO e CISL MEDICI, abbiano tentato fino alla fine di trovare un punto di incontro sulla proposta di regolamento sulla Libera Professione presentato dalla Fondazione Salvatore Maugeri, non è stato possibile raggiungere l'Accordo.

Nel corso della trattativa la delegazione trattante di FSM ha opposto un rifiuto immotivato e irragionevole a tutte le proposte avanzate.

Le OO.SS. della dirigenza medica e sanitaria sono state quindi costrette ad abbandonare il tavolo delle trattative. Al contrario le Confederazioni (CGIL FP, CISL FP, UIL FPL, e FSI) hanno siglato un accordo che penalizza i dirigenti medici e sanitari a favore dei dipendenti del comparto.

La delegazione FSM, contrariamente a quanto previsto nell'accordo di Gennaio 2015 che ipotizzava, previo specifico accordo fra le parti, una trattenuta sulle prestazioni libero professionali fino ad un massimo del 30%, ha invece proposto ai sindacati di accettare una ritenuta del 33%. A supporto di tale richiesta è stata presentata una lista cervellotica di spese in cui si è arrivati ad addebitare le stesse voci due volte.

Il 24 Agosto AAROI-EMAC, ANAAO-ASSOMED, CIMO e CISL Medici hanno inviato una diffida formale a FSM ad adottare il regolamento sulla LP poiché, come è noto, il CCNL di riferimento che regola i rapporti normativi ed i criteri di retribuzione dei dirigenti del ruolo sanitario dipendenti della FSM è quello degli omologhi dirigenti delle Aziende del SSN.

D'altra parte la stretta aderenza alle norme ed ai principi del CCNL degli omologhi dirigenti pubblici era stata recentemente ribadita nell'accordo contrattuale fra OO.SS. ed Amministrazioni della FSM.

In considerazione di ciò, le stesse disposizioni che regolamentano la libera professione intramoenia, presenti nel CCNL dei dirigenti del ruolo sanitario dipendente del SSN, dovranno valere per gli omologhi dirigenti del FSM. I criteri generali per la regolamentazione della LPI sono pertanto oggetto di contrattazione obbligatoria con le OO.SS. presenti all'interno di FSM, rappresentative dei dirigenti del ruolo sanitario dipendenti.

Ne deriva che il Regolamento della LPI, approvato in data 29 luglio 2015 a Badia presso la FSM, dalla Amministrazione della stessa e dalle OOSS del comparto e di alcune OOSS della dirigenza del ruolo sanitario (quest'ultime rappresentative solamente di una parte minoritaria dei dirigenti sindacalizzati presenti all'interno della FSM), non ha requisiti di validità necessari per poter essere attuato per i dirigenti di tale Area.

È stato quindi richiesto di riaprire con urgenza la trattativa con le OO.SS. della Dirigenza Medica.

Il 25 Agosto la FSM ha adottato a livello nazionale il regolamento sulla LP in spregio a quanto legittimamente richiesto a norma dei CCNL vigenti.

L'8 Settembre FSM a firma del suo DG ha rigettato la richiesta di riapertura di un tavolo poiché ha considerato valida l'intesa sottoscritta dalle OO.SS. considerate rappresentative di circa l'80% dei lavoratori di FSM.

Questo assunto è scorretto e non veritiero poi dal momento che le organizzazioni titolate alla firma per ciò che concerne la Dirigenza Medica e Sanitaria sono esse rappresentative della maggior rappresentanza dei DM in Fondazione Maugeri e non le sigle che rappresentano maggiormente il comparto e che hanno avuto indietro ciò che sottobanco avevano concordato con FSM. Ricordiamo che circa 600 Dirigenti Medici di FSM hanno già perso 4,5 milioni di euro strutturali per il risanamento di FSM contro i 4,5 milioni di euro suddivisi fra i circa 3000 dipendenti del comparto.

Questa ulteriore penalizzazione sulla LP e lo spregio del CCNL e di quella contrattazione a cui AAROI-EMAC e gli altri Sindacati della DM hanno lavorato per oltre un anno, allo scopo di salvare dal fallimento la proprietà di FSM, verrà controbattuta nelle sedi e con i mezzi legali più idonei".

Federico Capra Marzani
Delegato Nazionale AAROI-EMAC per la vertenza FSM



AAROI-EMAC, SIARED, SIAARTI vs Ares Lazio

L'incomprensibile esclusione degli Anestesisti Rianimatori dal bando di assunzione dei Dirigenti Medici per il sistema di Emergenza-Urgenza dell'Azienda Regionale

Gli Anestesisti Rianimatori esclusi dal Bando di assunzione dei Dirigenti Medici per il sistema di Emergenza-Urgenza emanato dall'ARES Lazio per il giubileo straordinario 2015. Una semplice svista oppure una reale intenzione? Di certo l'AAROI-EMAC non è rimasta a guardare ed è intervenuta, insieme alla SIARED e alla SIAARTI, con una lettera inviata al Direttore Generale dell'Ares118, **Maria Paola Corradi**, al Presidente della Regione, **Nicola Zingaretti** e al Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**. In mancanza di risposta, l'Associazione non si è arresa ed ha chiesto un parere legale per un'eventuale azione giudiziaria. Di seguito il testo completo, ripreso anche dai media.

«L'ARES Lazio, con deliberazione n. 345 dell'11 Agosto 2015, ha emanato un "Avviso pubblico, per titoli e colloquio, per il conferimento d'incarico a tempo determinato della durata di dodici mesi a n. 25 dirigenti medici - disciplina medicina d'accettazione e d'urgenza - area medica e delle specialità mediche - per l'adeguamento della rete dell'emergenza per il giubileo straordinario 2015".

Come requisito specifico di ammissione, necessario e sufficiente, vi è la specializzazione nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza o in una delle tante discipline equipollenti.

Pertanto, al bando in questione non possono partecipare, paradossalmente, gli Specialisti in Anestesia e Rianimazione cioè proprio coloro i quali, più di qualunque altra figura specialistica, in tutti gli Ospedali del nostro SSN e anche nelle reti territoriali dell'Emergenza-Urgenza, sono regolarmente chia-

mati in prima persona ad assistere i Pazienti nelle condizioni cliniche gravi più disparate.

L'esclusione degli Anestesisti-Rianimatori, in favore dei soli specialisti in Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza, è tanto più incomprensibile se consideriamo l'allargamento accademico delle equipollenze a tale specializzazione, di seguito riportate in elenco, molte delle quali, nella reale pratica clinica, nulla hanno mai avuto a che fare con la gestione delle emergenze-urgenze:

Cardioangiopatie, Cardiologia, Cardiologia e malattia dei vasi, Cardiologia e reumatologia, Cardiologia pediatrica, Centrale operativa 118, Chirurgia generale, Chirurgia generale d'urgenza e pronto soccorso, Clinica medica, Clinica medica generale e terapia medica, Diagnostica chirurgica endoscopica, Diagnostica e chirurgia endoscopica, Endoscopia digestiva, Epato-logia, Fisiopatologia, Fisiopatologia cardiocircolatoria/cardio-vascolare, Fisiopatologia digestiva, Fisiopatologia e fisiocchine-siterapia respiratoria, Fisiopatologia medica, Gastroenterologia, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Geriatria, Malattie cardiovascolari, Malattie cardiovascolari e reumatiche, Malattie del fegato e del ricambio, Malattie dell'apparato cardiovascolare, Malattie dell'apparato digerente, Malattie dell'apparato respiratorio e fisiologia, Medicina d'urgenza, Medicina di pronto soccorso, Medicina generale, Medicina interna, Metodologia clinica, Neurologia, Patologia speciale medica e metodologia clinica, Pneumologia, Pronto soccorso e accettazione (Astanteria; Osservazione; Accettazione; Osservazione breve e/o temporanea; Degenza breve), Pronto soccorso e terapia d'urgenza, Semeiotica cardiovascolare, Semeiotica funzionale e strumentale medica, Semeiotica medica, Terapia medica sistematica, Tisiologia.

Anche a causa dei criteri di tali così inspiegabilmente allargate equipollenze accademiche, la gestione clinica delle Emergenze-Urgenze, nel sistema di Emergenza-Urgenza dell'ARES Lazio, potrà essere affidata a tutti gli specialisti in una qualunque delle suddette discipline, anche in assenza di qualunque percorso in qualche modo specificatamente professionalizzante.

E così, specialisti non avvezzi ad affrontare quotidianamente ogni tipologia di emergenza quali, ad esempio, senza far torto a nessuno, un endoscopista digestivo, un

epatologo, un metodologo clinico, un neurologo, o un tisiologo, potranno svolgere attività di 118, mentre ne rimarranno esclusi gli Anestesisti Rianimatori, nonostante siano da sempre presenti come figure centrali dell'emergenza-urgenza a livello intra ed extra ospedaliero, nella direzione delle Centrali Operative 118, sulle ambulanze di rianimazione e come medici di elisoccorso.

A tale proposito si citano, a titolo di esempio, l'atto di intesa Stato-Regioni sulle linee guida del "Sistema di Emergenza Sanitaria" del 17/05/1996, le Linee Guida della Conferenza Stato-Regioni per la "Organizzazione dei Servizi di Soccorso Sanitario con Elicottero" del 3/02/2005.

Gli Anestesisti-Rianimatori chiedono che non sia loro disconosciuto, per il Sistema dell'Emergenza-Urgenza, almeno a pari livello con i neospecialisti in "Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza", il ruolo che in tale ambito, al contrario di altri, svolgono da sempre, realmente e quotidianamente.

Ritenendo che l'assenza della nostra Specializzazione nel bando dell'ARES sia stato determinato esclusivamente da una svista e non da una precisa volontà, invitiamo pertanto cortesemente l'ARES Lazio, di concerto con i competenti Organi Regionali, a voler ritirare e a ripubblicare il bando, inserendo anche la disciplina di Anestesia Rianimazione - Area Servizi Clinici - come requisito specialistico sufficiente per la partecipazione. Nel caso in cui questo non avvenisse, peraltro, tale scelta assumerebbe una rilevanza ben più ampia di quella legata al livello regionale, sia per le implicazioni anche internazionali del bando (adottato in previsione del Giubileo Straordinario 2015), sia per il rischio che tale metodo possa essere preso a modello nell'intero nostro Paese per la selezione dei medici a cui affidare l'Emergenza-Urgenza Sanitaria.

Sempre in tal caso, che ci auguriamo non si verifichi, non potremmo far altro che prenderne atto, riservandoci ogni azione, in tutte le sedi opportune, anche a tutela della salute dei cittadini.

Al Ministro della Salute, invece, chiediamo un incontro urgente per esporre le nostre considerazioni in merito al vigente ordinamento accademico relativo ai Servizi e alle Scuole equipollenti, oltre che alle Discipline affini, di cui al D. M. del 30/01/1998 e s. m. i. >.



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

Compensi

Compenso. Remunerazione. Giusto compenso per un lavoro ben fatto. Lautio compenso per una refurtiva recuperata. Buon compenso per un cuore che pompa a dovere.

Il cuore ha un compenso? Certo, ne ha diritto. Lui "lavora" in continuazione. Dai primi mesi di vita intrauterina fino al momento del decesso. Anzi, a volte anche dopo, come quando il suo titolare dona l'organo ad un altro possessore. Il cuore di quest'ultimo, un grave cardiopatico, lavorava molto male, scioperava a singhiozzo, batteva fuori ritmo o troppo in fretta, correndo a perdersi. Risultato: dispnea, ansia ansimante, stenocardia (un cuore strangolato e dolorante; dal greco *stenòs*, stretto, angusto). E un cuore così pretenderebbe un compenso? No, no, niente compenso per quel cuore, nessun tipo di retribuzione. Non sarà compensato. Sarà invece scompensato: uno scompenso cardiaco.

Lasciamogli, comunque, la libertà di svolta politica: scompenso di cuore destro o sinistro.

Libera scelta perché al cuor non si comanda. E, se siamo persone di buon cuore, facciamo di tutto per rincuorarlo e per ricompensarlo. Ricompensarlo di cosa? Ma di tutti gli sforzi (e le prove da sforzo) che quel "cuore matto" ha fatto per mesi e anni.

Così ritorna in compenso. E grazie a che cosa? Grazie alla digitale terrestre. No, non la televisione, ma la digitale, quel medicamento estratto un tempo dalla Digitalis Lanata, piantina terrestre i cui fiori hanno una caratteristica forma a ditale, da cui il nome.

Un cuore, dunque, compensato, a volte scompensato, per essere ricompensato.

Questo simpatico organo, bersaglio delle frecce dell'arciere alato Cupido, lo si trova dappertutto. Infatti il cuore è in gola, in mano, in ritmo (Fiat), in pena, in fibrillazione, innamorato.

"Compenso" non è solo il cuore. È compensato anche il legno tenero e sottile con il quale, da ragazzi, si facevano i lavretti col traforo. Prima il disegno, o la figura incollata, poi il taglio accurato con il seghetto e infine l'incastro per trarne costruzioni, modellini, oggetti decorativi.

Trafofo, meccano, mattoncini: giochi di una volta. Ci fanno

ripensare ai giochi dell'infanzia. Ai vecchi atlanti di geografia dell'adolescenza. E, più in là, agli atlanti di anatomia. Come il Sobotta, il Testut e il Netter, con le loro "tavole" coloratissime e imbandite di tante scritte piccolissime.

Apriamoli alla pagina della tavola topografica del torace.

Adesso proviamo a immaginare il cuore come se fosse un piccolo chalet di montagna, quasi nascosto sotto i rami degli alberi bronchiali e circondato dai grossi vasi pulsanti del giardino mediastinico. L'agenzia immobiliare lo presenterebbe così: due atri, quattro camere, con quattro valvole di sfogo (talvolta insufficienti). Non c'è il tetto, ma c'è il setto. Non ha vestiboli, ma ha due ventricoli. Per stendere ci sono le corde tendinee. Tutt'attorno si estende un bel muro perimetrale: il pericardio.

E quanto costa? Beh, può essere molto caro, se è un cuore d'oro.

Se invece è di pietra, lo puoi sostituire. Lo certificò, intorno al 580 a.C., il profeta Ezechiele, parlando al popolo di Israele esiliato ed oppresso, in nome di Jahvè: "Vi darò un cuore nuovo, metterò dentro di voi uno spirito nuovo, toglierò da voi il cuore di pietra e vi darò un cuore di carne".

Quando il cuore pluriinfartuato è diventato fibroso e duro di cicatrici è un cuore "da togliere". I cardiocirurgi trapiantano un nuovo cuore, carnoso e pieno di vita.

Ma il cuore duro, il cuore di pietra è anche quello del "non cardiopatico" che è piuttosto un "cardioantipatico". Lui non fa nulla con il cuore, è "senza cuore". Bisognerebbe trovargli un donatore. Lui vede tutto con gli occhi della mente, una mente fredda e calcolatrice: è un computer, ma con poca memoria e pochi programmi. Il suo dunque è soltanto un "core", che in informatica è il nucleo elaborativo di un microprocessore.

E pensare che "obi core, o chistu core" è un invito al calore del sole mio e dell'animo mediterraneo. Che è caloroso, cordiale e che vede le cose secondo le sue antiche tradizioni e inclinazioni.

Antoine de Saint-Exupéry, nel dialogo d'addio del suo "Il piccolo principe", fa dire alla volpe: "Ecco il mio segreto. È molto semplice: non si vede bene che col cuore. L'essenziale è invisibile agli occhi".

Conferenza delle Regioni Le Linee Guida per l'applicazione del DPCM Precari nella sanità

Lo scorso 9 Settembre la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha reso note le Linee Guida per l'applicazione del DPCM 6 marzo 2015 relativo alla "Disciplina delle procedure concorsuali riservate per l'assunzione di personale precario del comparto sanità". Il Documento, firmato nella seduta del 30 Luglio, si rivolge ai Presidenti e agli Assessori alla sanità di "fornire canoni interpretativi ed indicazioni operative alle Regioni ed alle aziende ed enti del SSN in relazione ad alcune disposizioni del decreto che potrebbero prestarsi a letture non univoche e ad applicazioni disomogenee". Ai sensi del DPCM, per essere ammessi alla selezione per la stabilizzazione, non risultano validi né i periodi di lavoro svolti presso enti di diverso comparto, né quelli svolti in Regioni diverse da quelle in cui si partecipa alla selezione, né quelli maturati con contratti di lavoro diversi dalla dipendenza presso Pubbliche Amministrazioni. Comunque, "Per le selezioni per la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria - si legge nel documento - dovrà essere conteggiato anche il servizio maturato in disciplina equipollente/affine a quella messa a selezione".

Viene inoltre puntualizzato, rispetto a quanto disposto dall'articolo 3 del DPCM, che "il limite del 50% delle risorse finanziarie assunzionali destinate alle stabilizzazioni non è riferito alla singola procedura concorsuale ma all'intero ambito di tali stabilizzazioni. Il rispetto del limite del 50% delle risorse finanziarie disponibili per le assunzioni costituisce attuazione del principio della garanzia di adeguato accesso dall'esterno, in alternativa alle altre misure disposte dalla normativa vigente, ed in particolare dall'art. 35 del D.Lgs. n. 165/2001 e successive modificazioni, che pertanto non trovano applicazione".

L'ultimo punto delle Linee Guida è dedicato al personale per l'emergenza urgenza in cui, tra le altre cose, viene specificato che "il personale interessato deve comunque essere in possesso di una specializzazione, anche se non equipollente o affine a medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza".

Trattenuta del 2,50% su TFR/TFS: che fare?

Una via per i Colleghi assunti a tempo determinato dopo il 30/05/2000 e a tempo indeterminato dopo il 31/12/2000

Si torna ciclicamente a parlare della questione del 2,50% (trattenuta sul TFR/TFS dei dipendenti pubblici). A fronte dell'intero excursus normativo e giurisprudenziale nel merito, riportato in questa pagina nella sintesi a cura del Dr Testuzza, riteniamo utile puntualizzare che, anche in base alla Sentenza della Corte Costituzionale n. 244 del 28 Ottobre 2014, i ricorsi dei dipendenti pubblici assunti a tempo indeterminato prima del 01/01/2001 (soggetti a TFS) appaiono destinati a fallire. Per i dipendenti pubblici assunti a tempo indeterminato dal 01/01/2001, così come per

quelli assunti a tempo determinato dal 31/05/2000 (soggetti a TFR), è consigliabile, in attesa che la confusione in materia venga risolta, limitarsi (in alternativa a costosi ricorsi) ad interrompere i termini quinquennali di prescrizione, che scadono il 31/12/2015. Tale interruzione può attuarsi mediante l'invio di una lettera raccomandata con avviso di ricevimento, di cui in questa pagina è riportato un modello (aggiornato in base alla situazione odierna), scaricabile anche dal sito web della nostra Associazione:

<http://www.aaroiemac.it/site/>

I Colleghi che avessero già inviato simili atti di "messa in mora" verificano se tali atti sono analoghi al modello qui consigliato. In caso di dubbi, nulla vieta, per maggior sicurezza, di ripetere la procedura, compilando ed inviando comunque una nuova lettera corrispondente al modello suddetto.



TFS e TFR un labirinto legislativo

I dipendenti della pubblica amministrazione, assunti sino al 31 dicembre del 2000, con contratto a tempo indeterminato, sono in regime di TFS (Trattamento di Fine Servizio). I dipendenti della pubblica amministrazione assunti con contratto a tempo indeterminato a partire dal 01/01/2001, sono, invece, in regime di TFR (Trattamento di Fine Rapporto). Il TFS è finanziato dal 9,60% sull'80% della retribuzione lorda, di cui il 2,5% a carico del dipendente, in conformità con la legge 8/03/1968, n. 152, e con il D.P.R. 29/12/1973, n. 1032. Il TFS, all'atto del pensionamento corrisponde all'80% della retribuzione utile dell'ultimo anno lavorativo, diviso per 15 e moltiplicato quanto ottenuto per il numero di anni di contribuzione o eventualmente anche per gli anni specificatamente riscattati presso l'Inadel. Il TFR si determina sulla base di accantonamenti annuali (applicando alla retribuzione utile una aliquota del 6,91%), rivalutati annualmente sulla base della somma di un indice fisso dell'1,5% e di un indice variabile pari al 75% dell'inflazione rilevata nell'anno da rivalutare

• La riforma Dini delle pensioni del 1995 aveva stabilito che il TFR fosse esteso a tutti i dipendenti pubblici e dovesse decorrere dall'anno 1996.

• L'estensione del TFR venne, tuttavia, solo successivamente stabilita nel 1999 per il personale delle pubbliche amministrazioni che sarebbe stato assunto dal 1.1.2001 (ricordiamo che per i dipendenti di aziende del settore privato era già presente il TFR), a seguito del DPCM del 20 dicembre 1999, ai sensi dell'art. 2120 del Codice Civile.

Dal 2001 al 2011 si è attuata, senza alcun problema, una differenza del regime di "fine rapporto": da una parte i dipendenti pubblici assunti prima del 01/01/2001 con TFS e dall'altra i dipendenti pubblici assunti dopo il 01/01/2001 ed i dipendenti di aziende del settore privato.

• I problemi iniziano a seguito del Decreto Legge n. 78/2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n.

122/2010, che modificava l'istituto della buonuscita (TFS) dei dipendenti pubblici, equiparandola a partire dal 2011 al TFR dei dipendenti privati. Questo decreto legge dispose, con effetto dal 1° gennaio 2011, il computo dei trattamenti di fine servizio, con applicazione dell'aliquota del 6,91 per cento per tutti.

• Con l'equiparazione tra pubblico e privato, la trattenuta del 2,5 per cento sarebbe dovuta sparire dai cedolini, ma le Amministrazioni avevano di fatto continuato ad operare nei confronti del dipendente, creando una situazione di disparità a vantaggio dei lavoratori del settore privato. Ma fu mantenuta, anche in considerazione che la sua eliminazione avrebbe di fatto determinato un incremento retributivo non essendo più versata alla previdenza!

• La Suprema Corte, con sentenza n. 223 del 11 ottobre 2012, dichiarò l'illegittimità dell'art. 12, comma 10, del Decreto Legge n. 78 del 2010. Dichiarò in sostanza l'illegittimità della trattenuta del 2,5% prodotta sul trattamento di fine rapporto.

• L'articolo 12, comma 10, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, è stato, infine, abrogato a decorrere dal 1° gennaio 2011 con decreto legge n. 185 del 29 ottobre 2012, i cui

effetti, anche se decaduto per mancata conversione in legge, sono stati fatti salvi dalla legge n. 228 del 2012.

• L'abrogazione dell'art. 12 comma 10, del D.L. n. 78/2010, pertanto, ha determinato il ripristino della normativa previgente in tema di calcolo dei trattamenti di fine servizio comunque denominati.

• Di conseguenza come ha specificato anche l'INPS con comunicazione ufficiale recepita dal MEF il 29 gennaio 2014 "essendo state ripristinate le regole previgenti a quelle introdotte dall'art. 12, comma 10 del D.L. 78/2010, per i dipendenti in regime di TFS, il contributo previdenziale sulla retribuzione contributiva utile rimane dovuto, anche per il periodo successivo al 31 dicembre 2010, sia per i dipendenti in servizio, sia per quelli cessati successivamente al 31/12/2010".

• La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 244/2014, depositata il 28/10/2014, ha dichiarato legittima la trattenuta del 2,5% sul TFS dei dipendenti pubblici pronunciandosi sul ricorso del tribunale di Reggio Emilia sulla questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, commi 98 e 99, della legge 24 dicembre 2012, n. 228. In base alla Sentenza 244/2014, non sussiste disparità di trattamento né tra i dipendenti pubblici (ai quali continua ad applicarsi la trattenuta del 2,50% sull'80% della retribuzione) e i dipendenti privati (per i quali non è previsto nessun prelievo a titolo previdenziale ma solo un accantonamento del 6,91% sull'intera retribuzione, non tassabile), né tra i dipendenti pubblici assunti ante 2001 (per i quali è stato ripristinato e continua ad esistere il TFS) e quelli assunti post 2001 (per i quali è in vigore la disciplina del TFR).

In conclusione, possiamo affermare che, in base alla Sentenza 244/2014 della Corte Costituzionale, per i dirigenti medici in regime di TFS vige l'obbligo del contributo previdenziale del 2,5%, e pertanto nessuno di costoro può richiederne la sua restituzione, mentre in base alla Sentenza n. 223 /2012 della Corte Costituzionale, per i dirigenti medici in regime di TFR, la trattenuta del 2,5% è da considerarsi illegittima.

Claudio Testuzza
 Esperto in tematiche previdenziali

Il Fac-simile della Raccomandata da inviare

Raccomandata A. R. _____

Luogo _____ Data _____

➤ Spett.le AZIENDA _____
 in persona del Direttore Generale Dott. _____

➤ Spett. le INPS - Gestione ex INPDAP
 DIREZIONE DI _____
 (Direzione competente per territorio)

➤ Spett.le INPS
 Via Ciro il Grande n. 21 - 00144 ROMA

ATTO DI SIGNIFICAZIONE, DIFFIDA E MESSA IN MORA

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____
 nato/a a _____ il _____
 residente in _____ in servizio presso codesta Azienda
 _____ con inquadramento nel profilo di Dirigente Medico
 della Disciplina di _____

- premesso che lo scrivente è assoggettato a regime di TFR:

per rapporto di lavoro a tempo indeterminato decorrente dal _____ a tutt'oggi in essere :
 LAVORO A T. I. CON INIZIO SUCCESSIVO AL 31/12/2000

per rapporto di lavoro a tempo determinato decorrente dal _____ al _____
 LAVORO A T. D. CON INIZIO SUCCESSIVO AL 30/05/2000

- considerata l'applicazione, da parte di codesti Enti, per i suddetti rapporti di lavoro, di una trattenuta del 2,5% sulla retribuzione lorda, ex art. 1, comma 3, DPCM 20/12/1999, con conseguente decurtazione del trattamento retributivo spettante alla/o scrivente, la cui illegittimità è sancita dalla Sentenza n. 223 /2012 della Corte Costituzionale;

tutto ciò premesso e considerato, la/lo scrivente, con il presente atto,

INVITA

codesti Enti, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, a cessare l'indebito prelievo sul trattamento retributivo spettante alla/allo scrivente, e contestualmente a restituire entro 30 giorni le trattenute indebitamente effettuate, oltre agli interessi legali maturati fino al soddisfo della richiesta, valendo il presente atto ad interrompere qualsiasi prescrizione e decadenza,

CON ESPRESSA AVVERTENZA

che, trascorsi 30 giorni dalla ricezione della presente, in assenza di accoglimento di quanto richiesto, la/lo scrivente si riserva di agire giudizialmente nelle sedi competenti per la tutela del proprio diritto alla restituzione delle somme indebitamente trattenute e per il risarcimento di tutti i danni subiti e subendi, con aggravio di spese a Vostro carico.

Distinti saluti.

Firma _____

N.B.: in caso di più rapporti di lavoro a tempo determinato, riportare tutte le rispettive decorrenze (inizio e fine)

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

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE/1



Quesito: Qual è il riferimento normativo più recente per l'aggiornamento professionale (le cosiddette quattro ore non assistenziali)?

Risposta: Il più recente riferimento normativo riguardante le quattro ore da destinare alla formazione della Dirigenza Medica e Veterinaria, è contenuto nell'articolo 14 del CCNL 2002/2005, comma 4, il quale recita:

"Nello svolgimento dell'orario di lavoro previsto per i dirigenti medici e veterinari, quattro ore dell'orario settimanale sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata. Tale riserva di ore non rientra nella normale attività assistenziale, non può essere oggetto di separata ed aggiuntiva retribuzione. Essa va utilizzata di norma con cadenza settimanale ma, anche per particolari necessità di servizio, può essere cumulata in ragione di anno per impieghi come sopra specificati ovvero, infine, utilizzata anche per l'aggiornamento facoltativo in aggiunta agli otto giorni l'anno di permesso retribuito per la partecipazione a convegni, congressi, corsi di aggiornamento facoltativi previsti dall'articolo 23, comma 1, del CCNL 5 dicembre 1996. Tale riserva va resa in ogni caso compatibile con le esigenze funzionali della struttura di appartenenza e non può in alcun modo comportare una mera riduzione dell'orario di lavoro".

Le quattro ore possono poi essere ridotte a tre ore e mezza, su richiesta motivata da parte dell'Azienda, come si legge nel successivo comma 5:

"L'azienda, con le procedure di budget, può utilizzare, in forma cumulata, 30 minuti settimanali delle quattro ore riservate ad attività non assistenziali, per un totale massimo di n. 26 ore annue, prioritariamente, per contribuire alla riduzione delle liste di attesa ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione definiti con le medesime procedure".

D.M.

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE/2

Quesito: Se non si utilizzano le ore dedicate all'aggiornamento queste ultime devono comunque essere svolte come ore di attività di servizio?

Risposta: Il debito orario del Dirigente Medico (art. 14 CCNL 5 novembre 2005) è di trentotto ore settimanale, delle quali quattro (o tre ore e mezza, se l'Azienda richiede, come visto nella risposta al quesito precedente, trenta minuti a settimana) "sono destinate all'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata ecc".

Nel caso non vengano utilizzate a tale scopo, resta immutato il debito orario nei confronti dell'Azienda. Infatti, continua il CCNL, "Tale riserva di ore non può in alcun modo comportare una mera riduzione dell'orario di lavoro".

D.M.

ASPETTATIVA PER ALTRA ATTIVITÀ

Quesito: Può essere richiesta una qualche forma di aspettativa per avviare un'attività commerciale?

Risposta: Può essere richiesta, ma è facoltà dell'Azienda concederla o meno. La Legge 4 novembre 2010, n. 183, all'articolo 18 recita, infatti:

1. I dipendenti pubblici possono essere collocati in aspettativa, senza assegni e senza decorrenza dell'anzianità di servizio, per un periodo massimo di dodici mesi, anche per avviare attività professionali e imprenditoriali. L'aspettativa è concessa dall'amministrazione, tenuto conto delle esigenze organizzative, previo esame della documentazione prodotta dall'interessato.

2. Nel periodo di cui al comma 1 del presente articolo non si applicano le disposizioni in tema di incompatibilità di cui all'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni.

3. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 23-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni.

Appare utile ricordare che ai dipendenti della Pubblica Amministrazione, salvo quanto previsto nella legge appena citata, non sono consentite attività ulteriori rispetto a quelle previste dal proprio contratto. Tale limitazione è contenuta nell'art. 60 del D.P.R. n°3 del 10 gennaio 1957 e s.m.i.

D.M.

RISCHIO RADIOLOGICO

Quesito: Il riposo per rischio radiologico dev'essere fruito entro l'anno solare di riferimento, o, per esigenze di servizio può anche essere recuperato l'anno successivo?

Risposta: Il comma 7 dell'art. 39 del CCNL 10 febbraio 2004 recita: "Al personale medico anestesista esposto ai gas anestetici compete un periodo di ferie aggiuntive di 8 giorni da usufruire in un'unica soluzione nell'arco dell'anno solare". Risulta pertanto evidente come detto periodo di riposo, contrariamente a quanto stabilito per le ferie ordinarie, debba obbligatoriamente essere fruito entro l'anno solare di riferimento.

Né potrebbe essere altrimenti, essendo la ratio dell'istituto contrattuale, l'allontanamento del personale dalle zone di esposizione ai gas anestetici al fine di consentirne il recupero biologico.

Per questo motivo è consigliabile, al fine di evitare contenziosi con il Responsabile dell'Unità Operativa, un'adeguata programmazione delle ferie all'inizio dell'anno solare, godendo, in prima istanza, del congedo per l'esposizione ai gas. Eventuali residui di ferie ordinarie potranno essere fruiti, per motivi di servizio, nel primo semestre dell'anno solare successivo.

Giova anche però ricordare come, essendo le ferie un diritto costituzionalmente garantito ed irrinunciabile (Costituzione della Repubblica Italiana, art. 36), eventuali residui ancorché non goduti entro i diciotto mesi contrattualmente previsti, andranno comunque garantiti nella loro fruizione dal datore di lavoro.

D.M.

TURNI DI GUARDIA

Quesito: È corretto effettuare un turno di guardia dalle 8.00 alle 20.00 in Rianimazione e, a seguire, un turno di pronta disponibilità notturna per la stessa Terapia Intensiva?

Risposta: A stretto rigore di termini, no.

È una prassi consolidata in molte realtà, spesso richiesta dai diretti interessati al fine di compattare i turni e poter così godere di una maggiore libertà.

Può essere a mio avviso considerata tollerabile, eccezionalmente in periodi di carenza di personale, solo se statisticamente il numero delle richieste di intervento sia davvero minimo, e sempre che sia consentita dall'Azienda.

Non può, al contrario, essere imposta dal datore di lavoro. Il D.Lgs. 66/2003 che recepisce la direttiva 88/2003/CE, all'articolo 7 prevede:

1. Ferma restando la durata normale dell'orario settimanale, il lavoratore ha diritto a undici ore di riposo consecutivo ogni ventiquattro ore. Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata.

La stessa norma all'art. 1, comma 2 lettera a) afferma:

«Agli effetti delle disposizioni di cui al presente decreto si intende per "orario di lavoro" qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni».

Dal combinato disposto dei due articoli appare evidente come debba essere considerato non in linea dal punto di vista normativo, un orario come quello descritto nel quesito in questione.

D.M.

RIPOSO IN TERAPIA INTENSIVA

Quesito: Durante la guardia notturna in Terapia Intensiva è consentito al medico disporre di un locale riservato, ove eventualmente poter riposare, se le condizioni cliniche dei pazienti non necessitano della sua costante presenza in reparto?

Risposta: Non v'è traccia di una norma che preveda che il medico di guardia possa riposare durante il servizio.

Esiste, è vero, una sentenza della Corte Europea (Corte di Giustizia UE, sentenza n°C-151/02 del 09/09/2003) che riconosce, come orario di lavoro, anche quello trascorso dal medico di guardia in turno notturno, se autorizzato a riposare in idoneo locale riservato.

Ma questa eventualità (l'autorizzazione a riposare), non è contemplata dalla nostra normativa contrattuale.

Il D.Lgs. 81/2008 (con s.m.i.), a proposito di locali di riposo recita: "Quando la sicurezza e la salute dei lavoratori, segnatamente a causa del tipo di attività, lo richiedono, i lavoratori devono poter disporre di un locale di riposo facilmente accessibile".

Non parla di letti, dunque, ne tantomeno di sonno, ma di solo riposo. Quest'ultimo andrà fruito, possibilmente, "cum grano salis", anche e soprattutto in considerazione dei frequenti e variegati attacchi cui è ormai quotidianamente fatta oggetto la nostra categoria.

D.M.

COMMISSIONE DI AVVISO PUBBLICO

Quesito: La commissione di un Avviso Pubblico per l'assunzione di Dirigente Medico di Anestesia-Rianimazione può essere composta da soli medici non anestesisti né specializzati in alcuna disciplina?

Risposta: Normalmente no. Nello specifico, per quanto riguarda i Componenti di Commissione per i concorsi di accesso al livello unico iniziale di Dirigente Medico, si parla di "Dirigenti di secondo livello" (attualmente Direttori di UOC, n.d.r.) nel profilo professionale della disciplina oggetto del concorso". La Commissione esaminatrice del concorso deve essere nominata con atto del Direttore Generale, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 25 del DPR 483/97, di seguito riportato:

"Articolo 25 Commissione esaminatrice

1. La commissione esaminatrice è nominata dal direttore generale della U.S.L. (oggi Azienda Sanitaria, N.d.R.) o dell'azienda ospedaliera ed è composta da:

a) presidente: il dirigente del secondo livello dirigenziale (oggi Direttore di Struttura Complessa, N.d.R.) nel profilo professionale della disciplina oggetto del concorso, preposto alla struttura. In caso di pluralità di strutture o in caso di carenza di titolare l'individuazione è operata dal direttore generale, o per delega dal direttore sanitario nell'ambito dell'area alla quale appartiene la struttura il cui posto si intende ricoprire;

b) componenti: due dirigenti del secondo livello dirigenziale (oggi Direttore di Struttura Complessa, N.d.R.) appartenenti al profilo ed alla disciplina oggetto del concorso, di cui uno sorteggiato tra il personale indicato nell'articolo 6, comma 2, ed uno designato dalla regione, fra il personale di cui sopra;

c) segretario: un funzionario amministrativo della U.S.L. o della azienda ospedaliera appartenente ad un livello non inferiore al settimo".

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

AVVISO IMPORTANTE

Si avvisa chiunque sia interessato che l'iscrizione all'AAROI-EMAC è operante solo se tale iscrizione è stata validata dall'Associazione e se si è in regola con il pagamento della quota associativa prevista.

L'assenza del pagamento della quota associativa A.A.R.O.I.-EM.A.C. mensile o annuale rende prive di ogni effetto anche le Polizze Assicurative - come è noto riservate agli Iscritti in regola con il pagamento delle quote associative - attualmente convenzionate dall'A.A.R.O.I.-EM.A.C. con il Broker AON.

Si informa, pertanto, che ogni mancanza nel regolare pagamento delle quote associative all'A.A.R.O.I.-EM.A.C. interrompe a tutti gli effetti la continuità dell'iscrizione, anche in relazione alle Polizze Assicurative.

Questa precisazione si rende necessaria in quanto l'attuale Presidenza Nazionale ha disposto, sin dall'inizio del suo mandato, idonei accertamenti a tappeto, che hanno portato a scoprire qualche decina di Colleghi "distratti", i quali finora avevano stipulato le suddette Polizze, aggirando i controlli incrociati tra l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. e il Broker AON, in assenza di iscrizione alla nostra Associazione o interrompendola. Costoro sono stati adeguatamente e personalmente avvisati della necessità di mettersi in regola.

Vogliamo tutti credere che di distrazione si sia trattato e non di tentativo di furbizia, in quanto quest'ultima sarebbe stata irrispettosa per gli oltre 10.000 Colleghi regolarmente iscritti. Del resto, sarebbe stata una furbizia controproducente, oltre che inutile, perché per i non Iscritti le suddette Polizze non sono in alcun modo operative al momento del bisogno.

Si coglie l'occasione per ricordare a tutti i nuovi Iscritti con pagamento della quota associativa con trattenuta mensile in busta-paga di verificare, almeno sulla busta-paga del mese di inizio dell'iscrizione, che vi compaia la trattenuta di 30,00 euro, e di aver cura di inviare un nuovo modulo di iscrizione all'A.A.R.O.I.-EM.A.C in caso di trasferimento da un Ente Ospedaliero ad un altro. Agli Iscritti soggetti al pagamento annuale (Liberi Professionisti e Dipendenti da Ente Privato), si ricorda che il rinnovo automatico dell'iscrizione è garantito soltanto avendo cura di rinnovare ogni anno, entro e non oltre il 31 Gennaio, il pagamento della quota associativa annua all'A.A.R.O.I.-EM.A.C con bonifico bancario di 360,00 euro in un'unica soluzione.

Tutte le informazioni al link: <http://www.aaroiemac.it/site/isciversi-all-a-a-r-o-i-em-a-c.html>

FAD AAROI-EMAC 2014/2015 - ISCRIZIONI RIAPERTE

Attivate altre 1000 utenze a disposizione dei Colleghi



Sono state attivate altre 1.000 utenze, oltre alle 2.500 già esaurite, messe a disposizione dei Colleghi che non avessero ancora potuto accedere al Percorso FAD dal titolo "L'aggiornamento in FAD per l'Anestesista Rianimatore - 2014/2015" erogato da Medigroup, da ben 25 crediti ECM, riservato GRATUITAMENTE agli Iscritti all'AAROI-EMAC in regola con il pagamento della quota associativa.

L'accesso alla piattaforma FAD Medigroup che ospita il Percorso FAD "L'aggiornamento in FAD per l'Anestesista Rianimatore - 2014/2015" sarà fruibile entro e non oltre 90 giorni dalla data di prima attivazione dell'utenza alla piattaforma FAD, e comunque entro e non oltre il 31 Dicembre 2015, data entro e non oltre la quale dovrà essere comunque completato.

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

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

Gli Iscritti all'AAROI-EMAC che desiderano iscriversi GRATUITAMENTE al Percorso FAD devono richiedere la chiave di accesso attraverso il sito web AAROI-EMAC.

Il link diretto per accedere al Percorso FAD è:
<http://www.aaroiemac.it/site/aggiornamenti-e-formazione/corsi-2015.html>

Nella certezza di aver così soddisfatto l'ampia richiesta dei numerosi Colleghi finora rimasti in attesa di poter accedere a quest'opportunità, si inviano cordiali saluti.

Per eventuali necessità scrivere a: aaroiemac@aaroiemac.it