

# il nuovo Anestesista Rianimatore

LUGLIO - AGOSTO  
2018  
4  
Anno XXXIX

**AAROIEMAC**  
Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani  
Emergenza Area Critica

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

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

## CCNL 2016-2018

### Prosegue il confronto



Proseguono gli incontri del Tavolo Tecnico: il punto della situazione nel resoconto di pagina 3 che, in sintesi, riassume quanto accaduto nelle riunioni in

ARAN negli ultimi mesi. È, invece, ancora in stand by il Tavolo Politico bloccato sulle risorse economiche per il rinnovo del contratto 2016-2018.

Proprio nei giorni di chiusura del Giornale, l'Intersindacale ha chiesto un incontro al MEF per sottoporre la delicata questione al Vice Ministro del Dicastero, Massimo Garavaglia.

a pagina 3

Seguici su:

WWW

[www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it)

twitter

@AaroiEmac

facebook

@AaroiEmac1

## Corso FAD

### Da Settembre online il nuovo percorso formativo

Dopo l'estate saranno disponibili sul sito [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it) tre corsi FAD: "Sicurezza e Gestione del Paziente Complesso", "Anestesia: Gestire in Sicurezza Contesti Clinici Complessi" e "L'Anestesia tra Scienza e Pratica Clinica".



a pagina 6

## Carenza Anestesisti Rianimatori, è allarme in tutta Italia!

### Anche Governo e Regioni finalmente se ne sono accorti



Soltanto di fronte all'emergenza Istituzioni, Aziende Sanitarie e, purtroppo, anche i Pazienti si sono accorti che la carenza di Anestesisti Rianimatori sta creando serie difficoltà in molti Presidi Ospedalieri italiani, da Nord a Sud, in particolare nel periodo estivo. Una situazione oggettivamente difficile, da tempo annunciata dall'AAROIEMAC, tale da non poter essere più ignorata da Governo e Regioni.

alle pagine 4 e 5

## News dalle Regioni



Due pagine dedicate alle novità dalle Sezioni Regionali AAROIEMAC. Tra le altre, la stabilizzazione dei precari in Campania, l'assunzione di oltre 300 Anestesisti Rianimatori in Sicilia, gli interventi dell'AAROIEMAC Molise e Calabria su casi di grave criticità che hanno richiamato l'attenzione dei media.

alle pagine 12 e 13

## Previdenza

### La pensione contributiva

Nella pagina dedicata alla Previdenza, in questo numero l'esperto spiega come si calcola la pensione contributiva e mette in luce alcune questioni ad essa collegate:

*"L'anzianità contributiva rappresenta la quantità di contributi versati dall'assicurato per ottenere una prestazione previdenziale..."*

*In linea generale si può dire che a parità di retribuzione percepita maggiori sono stati i versamenti contributivi più elevato sarà il reddito pensionistico a cui si andrà incontro.*

*Ma, ed è qui che sorge una questione, l'anzianità contributiva viene determinata in modo diverso a seconda della gestione previdenziale in cui risulta iscritto l'assicurato".*

a pagina 11

## Pagine Utili

### Chirurgia della spalla in Beach Chair Position

Le pagine Utili di questo numero, pubblicate come inserto estraibile nel quartino centrale, sono dedicate a "La chirurgia della spalla in beach chair position". "Sin dalla sua introduzione per l'artroscopia della spalla da Skybar nel 1988, gli ortopedici hanno discusso su quale delle due

posizioni la BCP o il decubito laterale (LDP) sia migliore nella chirurgia della spalla. Sebbene via via siano state proposte altre posizioni, la BCP è quella che si è diffusa più rapidamente ed è attualmente la favorita per molti chirurghi per i numerosi evidenti vantaggi".

alle pagine 7-8-9-10





Cari Colleghi,

in questo numero del giornale troverete diverse pagine dedicate ad alcune delle questioni per noi più spinose e sulle quali stiamo lavorando senza sosta. A partire dalla trattativa per il CCNL 2016-2018 che ha impegnato la Commissione Contratto dell'AAROI-EMAC nei tanti appuntamenti del Tavolo Tecnico in ARAN. Allo stesso tempo, sebbene il Tavolo politico sia apparentemente in stand by, non mancano le azioni ad esso correlate che continuiamo a portare avanti.

In questo periodo, inoltre, come potrete leggere nelle pagine successive, è emerso in tutta la sua forza il problema della carenza cronica di Medici specialisti in Anestesia e Rianimazione.

Una carenza, nota da anni, alla quale non si è voluto porre rimedio al momento opportuno, e che, in particolare negli ultimi mesi e in concomitanza con le ferie, si sta trasformando in una vera e propria emergenza, a danno di medici e pazienti. Occorre trovare al più presto dei correttivi seri, a cominciare da una pianificazione reale dei fabbisogni a cui abbiamo intenzione di contribuire attivamente, avendo come Associazione un quadro perfettamente chiaro della situazione. Tuttavia non è sufficiente. L'emergenza è adesso e, in alcune realtà, riguarda perfino la gestione degli interventi programmati con ricadute pesanti sulle liste d'attesa. Non si tratta certo di un fulmine a ciel sereno. Al contrario, l'Associazione, da anni sta cercando di portare in primo piano la questione. La risposta, in passato, è stata di segno contrario come dimostrato, ad esempio, dall'inserimento della partoanalgesia nei LEA che, senza le necessarie risorse umane e finanziarie, è rimasto un diritto sulla carta.

Sono stati, invece, del tutto trascurati i cosiddetti LEO

(Livelli Essenziali di Organizzazione), attraverso i quali, a nostro avviso, si potrebbero invece liberare risorse umane, non certo sufficienti a coprire la carenza, ma almeno utili a migliorare la situazione.

Oltre a questa, che rappresenta una delle principali criticità relative alla nostra professione, non mancano altre questioni su cui non abbiamo intenzione di abbassare la guardia.

Tra queste, la riorganizzazione dell'emergenza-urgenza ed in particolare del 118, anche alla luce di recenti prese di posizione che sembrano andare in un senso esattamente contrario a quanto sostenuto dall'AAROI-EMAC, oltretutto senza che ci sia stato il coinvolgimento di tutti gli "attori" tra i quali, appunto, gli Anestesisti Rianimatori, ossia i protagonisti indiscussi nelle situazioni più critiche. E', infatti, impensabile - e ovviamente non potremmo mai accettarlo - che l'AAROI-EMAC non abbia voce in capitolo su un'eventuale riorganizzazione sia nazionale, sia regionale dell'emergenza-urgenza.

Senza volermi dilungare ancora molto, cito altri due temi sui quali l'Associazione non intende arretrare e sui quali, pertanto, sta continuando a lavorare sia a livello nazionale che regionale. Il primo fra questi è il ricorso da parte delle Aziende Sanitarie a tipologie di contratto fantasiose - in primis quello da Spec. Amb. - quando non al limite della legalità come sempre più spesso accade con i contratti aperti alle cooperative.

Come ben sapete, da anni monitoriamo simili situazioni e continuiamo ad inviare al Ministero della Salute segnalazioni via pec auspicando controlli serrati su modalità che consideriamo - soprattutto nell'ambito in cui lavoriamo - estremamente dannose oltre che rischiose.

Sul medesimo piano di una condotta tutt'altro che corretta, consideriamo - in alcune realtà universitarie - l'utilizzo degli Specializzandi in Anestesia e Rianimazione in sostituzione

degli strutturati o con la presenza a distanza del Tutor. Anche in questo caso è nostra convinzione che vengano meno le condizioni di sicurezza sia per il Medico in Formazione, che in particolare in sala operatoria non può essere mai lasciato solo, sia del paziente che ha tutti i diritti ad essere curato secondo quanto previsto dalla Legge.

Per concludere, è nostra intenzione richiedere quanto prima un incontro al Ministro della Salute, Giulia Grillo, sulle questioni appena elencate e su altre che sembrano stare molto a cuore al neo Ministro come il tema delle liste d'attesa, dell'intramoenia e della trasparenza in sanità

Alessandro Vergallo  
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

## Le sfide dell'Autunno

### Alcuni dei punti che l'AAROI-EMAC sottoporrà al Ministro Grillo

#### AVVISO IMPORTANTE

##### Convenzione Assicurativa AAROI-EMAC

##### Emissione dei certificati assicurativi

A seguito del nostro intervento presso il Broker AON affinché la Compagnia provveda a risolvere il problema, AON ci informa che:

1. l'attestato di conferma copertura può richiedersi direttamente all'indirizzo email AON: aaroiemac@aon.it
2. per un riscontro immediato, si può verificare online che la polizza sia "Perfezionata" in AonProf (Area Clienti)

Fermo restando (nostro diritto unico nel suo genere!) che la Convenzione non prevede l'accettazione del rischio individuale da parte della Compagnia, e pertanto l'assicurazione è valida semplicemente a seguito del pagamento del premio (e - per chi aderisce per la prima volta - della sottoscrizione del modulo di adesione).

AON, comunque, ci informa che tutti i certificati dovrebbero essere inviati entro Luglio, come confermato dalla Compagnia che sta provvedendo in questi giorni all'emissione.

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

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

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

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

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

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

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

#### CONTATTI EMAIL NAZIONALI

**PRESIDENTE (SEGRETERIA)** • Dr ALESSANDRO VERGALLO • [aaroiemac@aaroiemac.it](mailto:aaroiemac@aaroiemac.it)  
**SEGRETERIO** • Dr ANTONINO FRANZESI • [franzesi@aaroiemac.it](mailto:franzesi@aaroiemac.it)  
**TESORIERE** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [amendola@aaroiemac.it](mailto:amendola@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE NORD** • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • [matarazzo@aaroiemac.it](mailto:matarazzo@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE CENTRO** • Dr CESARE IESU • [sardegna@aaroiemac.it](mailto:sardegna@aaroiemac.it)  
**VICE PRESIDENTE SUD** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**COORDINATORE UFFICIO ESTERI** • QUIRINO PIACEVOLI • [ufficioesteri@aaroiemac.it](mailto:ufficioesteri@aaroiemac.it)

#### CONTATTI EMAIL REGIONALI

**ABRUZZO** • Dr FABRIZIO MARZILLI • [abruzzo@aaroiemac.it](mailto:abruzzo@aaroiemac.it)  
**BASILICATA** • Dr FRANCESCO ALLEGRINI • [basilicata@aaroiemac.it](mailto:basilicata@aaroiemac.it)  
**CALABRIA** • Dr DOMENICO MINNITI • [calabria@aaroiemac.it](mailto:calabria@aaroiemac.it)  
**CAMPANIA** • Dr GIUSEPPE GALANO • [campania@aaroiemac.it](mailto:campania@aaroiemac.it)  
**EMILIA ROMAGNA** • Dr MATTEO NICOLINI • [emilia-romagna@aaroiemac.it](mailto:emilia-romagna@aaroiemac.it)  
**FRIULI-VENEZIA GIULIA** • Dr ALBERTO PERATONER • [friuli@aaroiemac.it](mailto:friuli@aaroiemac.it)  
**LAZIO** • Dr QUIRINO PIACEVOLI • [lazio@aaroiemac.it](mailto:lazio@aaroiemac.it)  
**LIGURIA** • Dr.ssa MARIALUISA POLLAROLO • [liguria@aaroiemac.it](mailto:liguria@aaroiemac.it)  
**LOMBARDIA** • Dr.ssa CRISTINA MASCHERONI • [lombardia@aaroiemac.it](mailto:lombardia@aaroiemac.it)  
**MARCHE** • Dr MARCO CHIARELLO • [marche@aaroiemac.it](mailto:marche@aaroiemac.it)  
**MOLISE** • Dr DAVID DI LELLO • [molise@aaroiemac.it](mailto:molise@aaroiemac.it)  
**PIEMONTE - VALLE D'AOSTA** • Dr GILBERTO FIORE • [piemonte-aosta@aaroiemac.it](mailto:piemonte-aosta@aaroiemac.it)  
**PUGLIA** • Dr ANTONIO AMENDOLA • [puglia@aaroiemac.it](mailto:puglia@aaroiemac.it)  
**SARDEGNA** • Dr CESARE IESU • [sardegna@aaroiemac.it](mailto:sardegna@aaroiemac.it)  
**SICILIA** • Dr EMANUELE SCARPUZZA • [sicilia@aaroiemac.it](mailto:sicilia@aaroiemac.it)  
**TOSCANA** • Dr LUIGI DE SIMONE • [toscana@aaroiemac.it](mailto:toscana@aaroiemac.it)  
**UMBRIA** • Dr ALVARO CHIANELLA • [umbria@aaroiemac.it](mailto:umbria@aaroiemac.it)  
**VENETO** • Dr MASSIMILIANO DALSASSO • [veneto@aaroiemac.it](mailto:veneto@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI BOLZANO** • Dr.ssa ROBERTA PEDRAZZOLI • [bolzano@aaroiemac.it](mailto:bolzano@aaroiemac.it)  
**PROVINCIA DI TRENTO** • Dr PIERGIORGIO CASETTI • [trento@aaroiemac.it](mailto:trento@aaroiemac.it)

il nuovo  
**Anestesista Rianimatore**  
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**  
CESARE IESU  
TERESA MATARAZZO  
EMANUELE SCARPUZZA

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

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

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

**Foto**  
Archivio AAROI-EMAC - Shutterstock

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

Chiuso in Redazione il

Tiratura: 11.800 copie  
Spedito il  
02 agosto 2018

## Il CCNL della Dirigenza Sanitaria: un draw poker dal piatto povero

### Il punto della situazione dopo mesi di trattative

Il nostro cammino di contrattazione, quello della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, dopo nove anni di blocco, è cominciato praticamente in coda a tutta la Pubblica Amministrazione.

Dopo cioè che la maggior parte dei Comparti e delle Dirigenze hanno sottoscritto i loro.

E comincia nel periodo peggiore, nel bel mezzo della fase di stallo e di promesse (ma anche compromessi per gli altri settori pubblici, come ad esempio il Comparto Sanità) pre-elettorali.

Troppo presto infatti, per Governo e Regioni, per alzare la posta mettendo sul piatto fiches interessanti, troppo tardi per bluffare.

E giocatori troppo navigati, in ARAN, per non intuire che l'avversario non era del tutto sprovveduto.

Già all'inizio della partita, distribuendo le carte, una volta finalmente trasmesso dal Comitato di Settore (le Regioni, n.d.R.) l'atto d'indirizzo, l'AAROI-EMAC, attraverso le parole del suo Presidente Nazionale, Alessandro Vergallo, faceva chiaramente comprendere che non avrebbe giocato la propria mano al buio: «Non siamo disposti a intraprendere una trattativa lampo dal sapore pre-elettorale, né siamo disponibili a revocare tutte le azioni di protesta messe in campo finché non avremo contezza di che cosa ci troveremo di fronte. I nodi da sciogliere sono tanti e – come abbiamo ribadito finora – non riguardano soltanto gli aspetti economici. Il rinnovo del CCNL è per noi l'occasione per riaffermare diritti fondamentali di cittadini e professionisti del Ssn, che negli anni sono stati calpe-

stati, dimenticati, quando non cancellati a colpi di leggi, oltre che da contrattazioni decentrate al ribasso. Non basterà, quindi, la sola convocazione a fermarci. Se possa essere il primo passo, dipenderà da quanto e da come la parte datoriale sarà disponibile al confronto».

La grande compattezza dimostrata sin dall'inizio dalle principali OOSS di categoria, espressione della percentuale maggioritaria della Dirigenza Medica,



Veterinaria e Sanitaria, ha favorito, contrariamente a quanto successo agli altri tavoli, un confronto che in atto si stalla in una fase in cui si studiano attentamente le espressioni sul volto dell'avversario.

Siamo però, a distanza di mesi, sostanzialmente fermi. Anche perché il messaggio è forte e chiaro: non abbiamo interesse a cedere su nulla se non in cambio di una contropartita dignitosa.

Ci confrontiamo con l'atteggiamento schizofrenico dell'ARAN e delle Regioni che da una parte vorrebbero, adesso che il Governo si è materializzato, chiuder

immediatamente la partita, mentre dall'altra non hanno fatto altro, finora, che rallentare la trattativa.

Ed hanno addormentato la partita per mesi su temi quali le relazioni sindacali (su cui non si è raggiunto l'accordo) dove c'erano ampi margini di manovra o quali i procedimenti disciplinari su cui, essendo tutto già normato da leggi dello Stato, il potere d'intervento era praticamente nullo.

Di incentivi economici se ne parla, ma solo in termini di fichi secchi.

C'è una mano (sempre parafrasando il poker) politica fatta di un'indennità di esclusività da introdurre nel computo della massa salariale, che si traduce in poche fiches, ma che vale, e molto dal punto di vista perequativo nei confronti delle altre categorie della Pubblica Amministrazione.

Ma c'è anche una mano molto più interessante, che si chiama Retribuzione Individuale di Anzianità (familiaramente conosciuta come RIA). Si tratta di una voce dello stipendio di chi andava in pensione che, fino al 2010, invece di essere riassorbita dai bilanci delle Aziende, alimentava i fondi della Dirigenza Medica e Veterinaria. Con la legge di stabilità del 2010, questa simpatica iniziativa contrattuale è stata congelata, ed il piatto piange. Ed è una mano che, naturalmente, ci terremo fortemente a far nostra.

Intanto aspettiamo che l'avversario "apra" la mano successiva con quegli istituti che intendiamo modificare in melius e senza che debbano più essere lasciati alla mercé della libera interpretazione delle Aziende o dei Giudici del lavoro.

E che siano anche e soprattutto esigibili, in egual misura, su tutto il territorio nazionale. Mentre cioè aspettiamo che la partita entri nel vivo, accarezziamo la dote che abbiamo davanti a noi sul panno verde: quel CCNL che saremmo anche disposti a tenerci così com'è, pur di non firmarne uno peggiore.



Marco Chiarello  
Presidente AAROI-EMAC Marche  
Domenico Minniti  
Presidente AAROI-EMAC Calabria  
Commissione Contratto

## L'Intersindacale chiede incontro al MEF

Gentile Viceministro,

come le è noto, dopo nove anni di blocco, si sta discutendo all'ARAN il CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.

La possibilità che la trattativa si concluda positivamente e dia al personale e alle aziende sanitarie nuova energia in ogni Regione dipende dal superamento positivo di alcuni punti critici.

Li elenchiamo per essere sintetici ma puntuali:

1. Come evidenziato anche dalla Ragioneria Generale dello Stato (nota al Gabinetto MEF n. 40363 del 19 marzo 2018 avente oggetto Atto di Indirizzo integrativo per l'area della dirigenza del Comparto Sanità dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e delle professioni sanitarie) il finanziamento del CCNL non assicura "il beneficio a regime del 3,48%, previsto per tutto il pubblico impiego a partire dal 2018" che invece "decorrerebbe solo dal 2019, con un riconoscimento per il 2018 del più ridotto beneficio di circa il 2%."

Questo aspetto, oltremodo penalizzante, se non recuperato o compensato ostacolerà la contrattazione e potrà essere feroce di innumerevoli azioni legali.

2. La Retribuzione Individuale di Anzianità (RIA) del personale in oggetto, per il 2018, sarà totalmente esclusa dalla massa salariale disponibile per incrementare i fondi del salario accessorio in quanto questi saranno soggetti al limite di spesa dettato dall'art. 23, comma 2 del D.Lgs 25/5/2017 N. 75, che fissa tale limite nell'importo per essi determinato nel 2016. L'art 23, comma 2 del D.Lgs N. 75/2017, inoltre, impedisce ogni incremento del salario accessorio e della quota del salario di risultato e performance che (invece) la Corte dei conti vorrebbe vedere ampliata. Ma la stessa Corte interviene recentemente sui contratti proprio per sanzionare qualsiasi sfondamento relativo al tetto del 2016, affermando un doppio standard incomprensibile.

3. L'indennità di esclusività di rapporto del personale medico veterinario e sanitario, nonostante una precisa norma contrattuale (CCNL 2010) avesse già disapplicato la previgente disposizione contrattuale che ne escludeva il computo nella "massa salariale", ancora una volta non risulta computata nella medesima "massa salariale" sulla quale si applicano gli incrementi contrattuali previsti per il rinnovo in discussione, anche "in forza" di una dichiarazione congiunta - peraltro ormai inconfidente - e comunque gerarchicamente inferiore ad un articolo pattuito. Ed a questo proposito resta sospeso il parere del suo Ministero che rispetto alla nota del Comitato di settore n. 51 dell'8 marzo u.s. non si è ancora espresso favorevolmente in modo da liberare da vincoli interpretativi negativi un diritto dei dirigenti.

Per quanto sopra esposto riteniamo decisivo il suo interessamento, anche in vista del confronto con le Regioni che si terrà nei prossimi giorni, in particolare per sbloccare la trattativa all'ARAN che procede solo sul piano tecnico, su aspetti che non hanno rilevanza economica. Una trattativa che dopo nove anni necessità quanto prima della completa disponibilità delle risorse indispensabili alla stipula di un contratto nazionale fondamentale per l'efficienza della sanità pubblica del Paese.

Allo scopo di illustrarle compiutamente le necessità dal tavolo contrattuale della Dirigenza medica, veterinaria a sanitaria, con la presente le chiediamo infine di darci l'opportunità di un confronto diretto quanto prima le sarà possibile.

ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM Federazione Veterinari e Medici – FASSID (AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFI-SNR) – CISL MEDICI – FESMED – ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI – UIL FPL COORDINAMENTO NAZIONALE DELLE AREE CONTRATTUALI MEDICA E VETERINARIA

## I fondi della Dirigenza Medica non sono un bancomat!

### L'AAROI-EMAC dopo l'incontro con le Regioni

Nel mese di Giugno, oltre alle riunioni del Tavolo Tecnico, si è svolto un incontro tra le OO.SS. della Dirigenza Medica Veterinaria e Sanitaria e le Regioni. La riunione era stata richiesta dai Sindacati per una "verifica della volontà politica di addivenire in tempi brevi alla stipula del rinnovo del CCNL 2016-2018".

Come noto, infatti, dal 14 marzo, le Organizzazioni sindacali hanno abbandonato il tavolo politico, consentendo di procedere il confronto con ARAN solo sul piano tecnico, per puro senso di responsabilità ed in attesa di risposte positive.

Di seguito la nota AAROI-EMAC successiva all'incontro con le Regioni: "Ad iniziare da alcune criticità che restano ancora irrisolte nell'ambito del Tavolo Tecnico a cui l'AAROI-EMAC continua a dare il suo contributo con spirito collaborativo, ci stiamo seriamente impegnando anche noi per giungere ad una conclusione onorevole delle trattative politiche per la firma di un nuovo contratto condiviso e non estorto. Ma se qualcuno sperasse - come non vogliamo sospettare - di finanziare gli stipendi della Dirigenza non medica con i soldi dei fondi della Dirigenza Medico-Veterinaria, trattandola come al solito da bancomat, per noi la strada del rinnovo diverrebbe definitivamente impraticabile.

Di fronte a quest'eventualità saremmo costretti a obtorlo collo a rilanciare con la massima energia, al momento più opportuno per farne sentire adeguatamente il peso, le nostre azioni di protesta nei modi più eclatanti possibili, anche con una raffica di scioperi da iniziarsi in piena estate, quando i nostri Ospedali arrancano di più 'grazie' alla carenza di personale che i Governi precedenti ci hanno lasciato in eredità, e che strangola noi e i nostri pazienti.

Ma siamo fiduciosi che il confronto pre-contrattuale prosegua in un clima di chiarezza e correttezza, in modo da non dover arrivare ad iniziative le cui ricadute inevitabili sui cittadini sarebbero - è bene ricordarlo anche al nuovo Governo - ad esclusiva responsabilità della politica".

Mancano Anestesisti Rianimatori, è emergenza!

Soltanto oggi, dopo anni di denunce da parte dell'AAROI-EMAC, le Istituzioni si stanno accorgendo di una situazione diventata insostenibile. A farne le spese sono i Professionisti e i Cittadini

La situazione è così grave che la frase "lo avevamo detto" non procura alcuna soddisfazione. In questo caso, avremmo preferito aver torto perché l'attuale carenza di Anestesisti Rianimatori in Italia sta creando gravissime conseguenze, tali da richiamare l'attenzione mediatica e quella delle Istituzioni.

Sono, infatti, parte della cronaca quotidiana, notizie sulle conseguenze concrete di una mala programmazione che ha radici lontane.

Non molti giorni fa, ad esempio, la denuncia di una paziente oncologica in Campania ha portato in primissimo piano il disagio provocato dalla riduzione degli interventi chirurgici a causa della mancanza di Anestesisti Rianimatori.

Sulla questione è intervenuta l'AAROI-EMAC anche per mettere in chiaro, ancora una volta, che i responsabili dei disagi patiti dai cittadini sono unicamente coloro i quali non hanno saputo ascoltare né voluto prevenire quanto oggi

Ferie e tagli, ospedali al collasso. Allarme: mancano 14mila medici. Estate drammatica: centinaia di interventi rinviati a settembre

ROMA - Mancano complessivamente 14 mila medici negli ospedali italiani. Di questi, 10 mila sono medici di base, 4 mila specialisti. Il deficit è in crescita da anni e si prevede che continuerà a crescere.

La carenza di Anestesisti Rianimatori denunciata da anni dall'AAROI-EMAC mostra adesso conseguenze che l'Associazione aveva preannunciato da tempo e che mettono a rischio la salute dei pazienti.

«A prescindere dai casi specifici che in questi giorni sono

Mancano gli anestesisti e d'estate non si opera stop a un intervento su tre. Quattromila posti scoperti, disagi e proteste da Nord a Sud. I chirurghi costretti a rinviare le operazioni a ottobre.

La situazione è così grave che la frase "lo avevamo detto" non procura alcuna soddisfazione. In questo caso, avremmo preferito aver torto perché l'attuale carenza di Anestesisti Rianimatori in Italia sta creando gravissime conseguenze, tali da richiamare l'attenzione mediatica e quella delle Istituzioni.

Sono, infatti, parte della cronaca quotidiana, notizie sulle conseguenze concrete di una mala programmazione che ha radici lontane.

Non molti giorni fa, ad esempio, la denuncia di una paziente oncologica in Campania ha portato in primissimo piano il disagio provocato dalla riduzione degli interventi chirurgici a causa della mancanza di Anestesisti Rianimatori.

Sulla questione è intervenuta l'AAROI-EMAC anche per mettere in chiaro, ancora una volta, che i responsabili dei disagi patiti dai cittadini sono unicamente coloro i quali non hanno saputo ascoltare né voluto prevenire quanto oggi

Ferie e tagli, ospedali al collasso. Allarme: mancano 14mila medici. Estate drammatica: centinaia di interventi rinviati a settembre

ROMA - Mancano complessivamente 14 mila medici negli ospedali italiani. Di questi, 10 mila sono medici di base, 4 mila specialisti. Il deficit è in crescita da anni e si prevede che continuerà a crescere.

La carenza di Anestesisti Rianimatori denunciata da anni dall'AAROI-EMAC mostra adesso conseguenze che l'Associazione aveva preannunciato da tempo e che mettono a rischio la salute dei pazienti.

«A prescindere dai casi specifici che in questi giorni sono

balzati alla cronaca, in Italia l'allungamento delle liste d'attesa chirurgiche è un problema che dipende inevitabilmente dal fatto che gli Anestesisti Rianimatori italiani sono in numero sempre più insufficiente a far fronte alle esigenze del SSN - ha affermato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale del Sindacato - Nemmeno con montagne di ore di lavoro straordinario spesso regalate, ferie e riposi rinviati all'infinito, turni di servizio massacranti, riusciamo più ad arginare gli effetti devastanti di una carenza di personale medico specializzato che nel nostro caso è da allarme rosso per ogni posto di lavoro che risulta scoperto.

Da ogni singolo Anestesista Rianimatore in servizio dipende l'efficienza delle attività lavorative di intere équipe, e di interi percorsi sanitari complessi, per il semplice fatto - basti pensare al funzionamento di una sala operatoria - che ogni paziente sotto i ferri ha bisogno di un Collega la cui professionalità specialistica è insostituibile affinché la sua stessa vita sia in sicurezza.

In certi Ospedali, per supplire alle carenze di Anestesisti Rianimatori, le Amministrazioni continuano illecitamente e pericolosamente a sostituirli, in modo più o meno arrogante e con la complicità di certe Università, con giovani medici in formazione specialistica, ma neppure queste scriteriate furberie, che hanno mascherato colpevolmente le criticità, oltretutto mettendo a rischio i pazienti, bastano più a nascondere uno stato dei fatti sempre più drammatico ogni giorno, e non solo ogni quando emerge perché un cittadino lo segnala. Per giunta, ogni qual volta si verifica un disservizio causato da questa situazione, rischiamo di esserne ritenuti corresponsabili, perché - non sembri strano - può addirittura risultare difficile spiegare ad un paziente in una condizione di bisogno e di comprensibile preoccupazione per la sua salute che non possiamo mol-

tiplicarci come i pani e i pesci del famoso miracolo, in primis proprio per la loro sicurezza, oltre che per la nostra. La responsabilità - non lo si dimentichi mai - sta invece in anni di blocco del turn over e nell'assenza totale di programmazione dei fabbisogni reali di Specialisti - e quindi di Specializzandi - in Anestesia e Rianimazione, che oggi rende difficile se non impossibile colmarne la carenza in tempi brevi, anche a fronte di concorsi che in alcuni casi vanno deserti».

«La situazione in Campania è decisamente difficile - ha affermato Giuseppe Galano, Presidente AAROI-EMAC Campania - Il caso della paziente oncologica che ha denunciato sui social l'impossibilità di essere operata per carenza di Anestesisti, al di là del caso specifico, testimonia quella che è la realtà. In diversi presidi ospedalieri si effettuano interventi soltanto una volta alla settimana perché manca personale sanitario. E' questo il dato di fatto che non può essere smentito e che è il frutto non solo di anni di cattiva programmazione regionale, ma anche del fatto che oggi a Napoli si stanno convergendo tutte le forze sull'Ospedale del Mare senza che questo sia ancora in grado di erogare i servizi di un grande ospedale. Non solo, si preferisce evitare la chiusura di presidi ospedalieri pur facendoli funzionare in maniera parziale e talvolta

programmazione dei fabbisogni di medici che dura da troppi anni».

L'attuale carenza di Anestesisti Rianimatori, d'altra parte, riguarda tutte le Regioni italiane senza grandi differenze tra Nord e Sud. I numeri parlano chiaro. In Piemonte, per completare gli organici in funzione dei servizi richiesti dalla regione, occorrerebbero 400 Anestesisti Rianimatori in più, 250 in Toscana, 350 nel Lazio e oltre 200 in Sicilia, solo per fare alcuni

esempi. Una carenza, lo ribadiamo, nota da anni, alla quale non si è voluto porre rimedio, e che nell'ultimo periodo, come è evidente, si è trasformata in una vera e propria emergenza, a danno di Medici e Pazienti.

«Stiamo denunciando da tempo una carenza di Anestesisti Rianimatori di circa 4.000 unità a livello nazionale, - ha concluso Vergallo - come dimostrano anche le criticità emerse di recente, tra altre, all'Ospedale Gaslini di Genova. Si tratta di una carenza che in assenza di correttivi esploderà in tutti gli Ospedali italiani: questi episodi di cronaca sono solo la punta di un iceberg il cui avvistamento ci auguriamo possa almeno oggi richiamare l'attenzione del nuovo Governo, al quale siamo pronti, attraverso un incontro con il Ministro della Salute, a proporre le possibili soluzioni da adottare con urgenza per rimediare ai danni di una mala

programmazione dei fabbisogni di medici che dura da troppi anni».

L'attuale carenza di Anestesisti Rianimatori, d'altra parte, riguarda tutte le Regioni italiane senza grandi differenze tra Nord e Sud. I numeri parlano chiaro. In Piemonte, per completare gli organici in funzione dei servizi richiesti dalla regione, occorrerebbero 400 Anestesisti Rianimatori in più, 250 in Toscana, 350 nel Lazio e oltre 200 in Sicilia, solo per fare alcuni

esempi. Una carenza, lo ribadiamo, nota da anni, alla quale non si è voluto porre rimedio, e che nell'ultimo periodo, come è evidente, si è trasformata in una vera e propria emergenza, a danno di Medici e Pazienti.

Il ministro Grillo: «Indagini sulla mancanza di anestesisti»

Sanità, dopo la denuncia di una donna con tumore in lista d'attesa a Napoli

ROMA - «Invito le verifiche, e tutte le controparti. Certamente è un problema grave che si sta verificando in altre città, e dipende molto dall'organizzazione della sanità, ma la mancanza di medici è un problema che si sta verificando in tutto il paese. Il ministro della Salute, Giuseppe Grillo, ha annunciato che invierà una commissione di studio a indagare sulla mancanza di anestesisti e rianimatori.

«Non ho fatto in un giorno», ha precisato Grillo, «ma ho sempre ribadito non disdoro nei prossimi giorni di fare un'indagine seria e approfondita sulla mancanza di medici specialisti in Campania e in altre regioni. Voglio partire dal cittadino che è sempre l'ultimo a essere

considerato quando si fanno le verifiche. Invito le controparti. Certamente è un problema grave che si sta verificando in altre città, e dipende molto dall'organizzazione della sanità, ma la mancanza di medici è un problema che si sta verificando in tutto il paese.

«Non ho fatto in un giorno», ha precisato Grillo, «ma ho sempre ribadito non disdoro nei prossimi giorni di fare un'indagine seria e approfondita sulla mancanza di medici specialisti in Campania e in altre regioni. Voglio partire dal cittadino che è sempre l'ultimo a essere

considerato quando si fanno le verifiche. Invito le controparti. Certamente è un problema grave che si sta verificando in altre città, e dipende molto dall'organizzazione della sanità, ma la mancanza di medici è un problema che si sta verificando in tutto il paese.

«Non ho fatto in un giorno», ha precisato Grillo, «ma ho sempre ribadito non disdoro nei prossimi giorni di fare un'indagine seria e approfondita sulla mancanza di medici specialisti in Campania e in altre regioni. Voglio partire dal cittadino che è sempre l'ultimo a essere

considerato quando si fanno le verifiche. Invito le controparti. Certamente è un problema grave che si sta verificando in altre città, e dipende molto dall'organizzazione della sanità, ma la mancanza di medici è un problema che si sta verificando in tutto il paese.

«Non ho fatto in un giorno», ha precisato Grillo, «ma ho sempre ribadito non disdoro nei prossimi giorni di fare un'indagine seria e approfondita sulla mancanza di medici specialisti in Campania e in altre regioni. Voglio partire dal cittadino che è sempre l'ultimo a essere

considerato quando si fanno le verifiche. Invito le controparti. Certamente è un problema grave che si sta verificando in altre città, e dipende molto dall'organizzazione della sanità, ma la mancanza di medici è un problema che si sta verificando in tutto il paese.

«Non ho fatto in un giorno», ha precisato Grillo, «ma ho sempre ribadito non disdoro nei prossimi giorni di fare un'indagine seria e approfondita sulla mancanza di medici specialisti in Campania e in altre regioni. Voglio partire dal cittadino che è sempre l'ultimo a essere

considerato quando si fanno le verifiche. Invito le controparti. Certamente è un problema grave che si sta verificando in altre città, e dipende molto dall'organizzazione della sanità, ma la mancanza di medici è un problema che si sta verificando in tutto il paese.

«Non ho fatto in un giorno», ha precisato Grillo, «ma ho sempre ribadito non disdoro nei prossimi giorni di fare un'indagine seria e approfondita sulla mancanza di medici specialisti in Campania e in altre regioni. Voglio partire dal cittadino che è sempre l'ultimo a essere

considerato quando si fanno le verifiche. Invito le controparti. Certamente è un problema grave che si sta verificando in altre città, e dipende molto dall'organizzazione della sanità, ma la mancanza di medici è un problema che si sta verificando in tutto il paese.

«Non ho fatto in un giorno», ha precisato Grillo, «ma ho sempre ribadito non disdoro nei prossimi giorni di fare un'indagine seria e approfondita sulla mancanza di medici specialisti in Campania e in altre regioni. Voglio partire dal cittadino che è sempre l'ultimo a essere

considerato quando si fanno le verifiche. Invito le controparti. Certamente è un problema grave che si sta verificando in altre città, e dipende molto dall'organizzazione della sanità, ma la mancanza di medici è un problema che si sta verificando in tutto il paese.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

L'emergenza assistenza Corsie senza medici è vietato ammalarsi. Riviate quattromila operazioni. E le liste di attesa si allungano ogni giorno programmate in Italia. Tempi dilatati del 30 per cento.

# L'altra faccia della medaglia: i contratti di specializzazione sono pochi

**Le Borse di Studio devono essere corrispondenti alla capacità formativa delle Università italiane**

Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del dolore					
N°	Università	Contratti stipulati con le Università	Contratti regionali	Contratti altri enti pubblici ex privati	TOTALE contratti EMAC (2017-2018)
1	BARE	24			24
2	BOLZOGNA	20	12 Emilia Romagna		32
3	BRESCIA	17			17
4	CAGLIARI	10	1 Sardegna		11
5	CAMPANIA "L. VANVITELLI"	26	2 Campania		28
6	CATANIA	17	1 Sicilia		18
7	CATANZARO	14			14
8	CHIEDI PUGLIA	10			10
9	Cattedrale del Sacro Cuore	23	2 Siciliana	1	24
10	FERRARA	15	1 Emilia Romagna		16
11	FIRENZE	21	1 Toscana	2 Accordo USL Toscana Centro	24
12	FROSINONE	15			15
13	GENOVA	16			16
14	HUMANITAS University	3		5	8
15	INGHILTERRA	10	1 Lombardia		11
16	L. MOGLIA	7			7
17	MESSINA	14			14
18	MILANO	20	2 Lombardia		22
19	IR. ANGIOLOGICA	23		1	24
20	MODENA e REGGIO EMILIA	13	10 Emilia Romagna		23
21	NAPOLI "Federico II"	27	2 Campania		29
22	PARMA	26	2 Emilia Romagna		28
23	PALESTRA	28	1 Sicilia		29
24	PADOVA	16			16
25	PISA	14			14
26	PERUGIA	10			10
27	PERIMONTE ORIENTALE	13			13
28	PIA	13	2 Toscana		15
29	Policlinico delle MARCHE	15	1 Marche		16
30	ROMA "La Sapienza" Fac. F. BMMO	24			24
31	ROMA "La Sapienza" Fac. S.M.	14			14
32	ROMA "Tor Vergata"	10			10
33	S. Matteo MILANO	8			8
34	SASSARI	10	1 Sardegna		11
35	SIENA	16	1 Toscana		17
36	TORINO	26	2 Valle d'Aosta, 1 Piemonte		29
37	TRENTO	6			6
38	UDINE	6			6
39	UNA "Campus Bio-Medico" di ROMA	10			10
40	VERONA	20	12 Provincia Autonoma Trento, 2 Provincia Autonoma Bolzano, 1 Veneto		35
TOTALE		850	84	10	744

Secondo le Regioni, i fabbisogni complessivi italiani per l'anno in cui questi nuovi specializzandi diverranno specialisti, cioè tra ben 5 anni, è pari a 866.

Nel mentre, per quest'anno e per i prossimi 4, le nostre Università formeranno ancora soltanto circa 700 Anestesisti Rianimatori all'anno, comprese le borse di studio a carico delle Regioni.

Quindi, i fabbisogni di Anestesisti Rianimatori, stimati dalle stesse Istituzioni di governo del SSN fino all'anno scorso mediamente in oltre 700, sono stati finora scriteriatamente ignorati. Ma, a peggiorare la disamina della situazione, va sottolineato che i fabbisogni stimati dalle Regioni non tengono conto di numerosi fattori critici (per non dire illeciti) che finora hanno fatto sottostimare il fabbisogno di specialisti nella nostra disciplina. Citiamo solo quelli più rilevanti in tantissimi Ospedali:

- l'attuale illecita sostituzione delle guardie con le 'pronte disponibilità' (si tenga conto che una sola 'guardia' richiede 6 specialisti aggiuntivi);
- l'attuale mancanza di guardie dedicate alle Sale Parto negli Ospedali con Punti Nascita dove i parti totali asommano ad oltre 2.000 all'anno (sempre 6 Anestesisti Rianimatori per ogni guardia mancante);
- le montagne di ore straordinarie, o comunque lavorate in eccesso all'orario di lavoro contrattualmente dovuto;
- il continuo accumulo di ferie arretrate, e l'ormai cronica negazione di ogni diritto alle ore per l'aggiornamento professionale;
- l'attuale illecita sostituzione di Specialisti con i Medici in formazione;

➤ l'altissima prevalenza femminile nella disciplina (forse in assoluto la più alta rispetto a tutte le altre), che deve preservare il sacrosanto diritto alle assenze per maternità, come invece non accade, anche a causa delle mancate sostituzioni che ormai sono una prassi consolidata;

➤ un'uscita dal lavoro per pensionamento non ritardata, come avviene per altre specialità, dal pur legittimo - a regole attuali - interesse a continuare un'attività intramoenia o extramoenia privata che ha stretta correlazione con la permanenza nel lavoro ospedaliero, dato che per gli Anestesisti Rianimatori quest'attività privata è in pochi casi marginale e per la stragrande maggioranza inesistente.

Inoltre, i fabbisogni in questione non tengono conto del fatto che una parte sempre meno trascurabile di Anestesisti Rianimatori, una volta specialisti, migrano all'estero, attratti da condizioni di lavoro non gravate da rischi giudiziari (anche penali, che in Italia, unico Paese in Europa, non creano certo

condizioni di lavoro serene), e da remunerazioni maggiori, e questo riduce ancor più il ricambio generazionale, né, più in generale, delle borse di studio perse ogni anno per abbandono della scuola di specializzazione.

Senza trascurare il fatto che l'inappropriata destinazione lavorativa degli Specialisti di certe branche crea ulteriori sprechi, dato che non pochi Specialisti in Medicina d'urgenza, per esempio, finiscono per rimpinguare gli organici delle Medicine invece che i Pronto Soccorso, la loro naturale destinazione, per effetto di equipollenze trans-specialistiche assurde che qualcuno riesce a far inspiegabilmente mantenere dai decisori delle sorti del SSN Ospedaliero.

In considerazione dell'attuale carenza di Anestesisti Rianimatori, emersa anche mediaticamente in questi giorni, l'AAROI-EMAC chiede che il numero di contratti di formazione determinato dall'Osservatorio come potenziale formativo di Anestesisti Rianimatori da parte delle Università italiane venga finanziato in toto a partire da subito, per 1.165 medici in formazione.

Questo non basterà per far fronte nell'immediato ad una situazione estremamente critica che sta mettendo a rischio la salute dei pazienti, ma almeno potrà dimostrare la volontà politica dell'attuale Governo di rimediare, almeno in una prospettiva di medio-lungo periodo di 5 anni, ai danni di una programmazione ridicola perpetrata finora. Per le soluzioni occorrenti fino ad allora, occorrerà comunque un confronto serio e collaborativo con tutte le Istituzioni di governo del SSN e delle sue articolazioni regionali.

Di certo non accetteremo che la drammatica carenza di specialisti nella nostra disciplina sia soppiantata da contratti atipici, ivi inclusi quelli da "specialista ambulatoriale", che nei settori ospedalieri in genere, e in particolare in quelli di nostra competenza, sono altrettanto aberranti quanto il ricorso alle forniture di professionisti ospedalieri tramite cooperative et similia, ricorso che anche il Consiglio di Stato, con la sentenza 01571 del 12 Marzo 2018, ha giudicato non solo illegittimo, ma anche colpevolmente più oneroso per l'erario. I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Pubbliche i cui concorsi per Anestesisti Rianimatori vanno deserti per carenza di specialisti, invece di farsi complici di abusi, dei quali saranno chiamati prima o poi a rispondere, attivino gli istituti del nostro CCNL che lecitamente consentono il ricorso alle prestazioni aggiuntive ex art. 55 CCNL 08/06/2000 e s.m.i.: non sono la soluzione ideale, lo sosteniamo oggi come sempre l'abbiamo sostenuto, ma perlomeno salvaguardano il rispetto delle regole.»

Per l'anno 2017-2018, i giochi erano ormai evidentemente già fatti, ma ciò non impedisce di ribadire che l'obiettivo rimane quello di ottenere il numero di Borse di Studio corrispondenti alle reali capacità formative delle Università Italiane.

Sulla questione, al momento di chiusura del giornale, è stato fissato un incontro per il 2 Agosto con il Ministero della Salute.

L'altra faccia della medaglia rispetto alla carenza di Anestesisti Rianimatori è, come già spiegato, l'assenza di una programmazione adeguata che risponda ai reali fabbisogni di personale sanitario. Questione sui cui l'AAROI-EMAC sta lavorando assiduamente affinché vengano stabiliti criteri chiari e corrispondenti alle caratteristiche della categoria, di tutto peculiari rispetto alle altre.

Nel frattempo è stato definito il numero di Borse di studio per gli specializzandi relative al 2017-18. Pur permanendo il trend di crescita per Anestesia e Rianimazione, si tratta ancora di un numero insufficiente a coprire - sebbene tra cinque anni - il reale fabbisogno.

E', infatti, del 12 Luglio il "Decreto ministeriale di distribuzione Contratti di formazione medica specialistica presso le Scuole di specializzazione mediche A.A. 2017/2018" che ha attribuito alla specializzazione di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore il maggior numero di Contratti Statali e Regionali per un totale di 744 Borse di Studio, quasi cento in più rispetto allo scorso anno e in assoluto il numero maggiore di Borse di Studio assegnate rispetto alle altre specialità. Rimane tuttavia il fatto che, teoricamente, la capacità formativa delle Università Italiane potrebbe essere ben più ampia.

Soltanto qualche giorno prima della pubblicazione del Decreto, l'AAROI-EMAC aveva diffuso un comunicato stampa rendendo noti i numeri di tale capacità.

«Secondo un documento dell'Osservatorio Nazionale per la formazione medico-specialistica, datato 18 giugno, la capacità formativa delle Scuole di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione delle Università italiane per l'imminente nuovo anno accademico, alla luce dell'aggiornamento dei criteri di accreditamento che le riguardano, è di 1.165 nuovi Specializzandi.

**"La capacità formativa delle Scuole di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione delle Università italiane è di 1.165 nuovi Specializzandi"**

**"Non accetteremo che la drammatica carenza di specialisti nella nostra disciplina sia soppiantata da contratti atipici, che sono altrettanto aberranti quanto il ricorso alle forniture di professionisti ospedalieri tramite cooperative"**

## In Emilia Romagna boom di contratti per Anestesia e Rianimazione Nicolini: soddisfazione, ma il percorso è ancora lungo



L'Emilia Romagna ha fatto la parte del leone nel finanziamento per contratti di formazione per gli Specializzandi, raddoppiandone il numero da 50 a 100 e attribuendone ben 38 ad Anestesia e Rianimazione. Soddisfazione, quindi, da parte del Presidente AAROI-EMAC Emilia Romagna, Matteo Nicolini, ma anche chiarezza: il percorso per completare gli organici è ancora lungo. Di seguito il comunicato stampa regionale.

"Accogliamo con grande soddisfazione la notizia di uno sforzo extra da parte della Regione

Emilia Romagna per il finanziamento di un numero di Borse regionali per le Scuole di Specializzazione di Anestesia e Rianimazione per il 2017-2018 superiore a tutti gli anni precedenti - afferma Matteo Nicolini, Presidente AAROI-EMAC Emilia Romagna - . I 38 contratti regionali per la formazione di Anestesisti Rianimatori, distribuiti nei 4 atenei, che si aggiungono ai contratti statali, rappresentano una risposta positiva alle criticità segnalate da anni dall'AAROI-EMAC.

In Emilia Romagna come nel resto d'Italia, infatti, esiste una ca-

renza consistente di Anestesisti Rianimatori tale da rendere molto complicata la gestione dei turni di lavoro con penalizzazione dei professionisti e possibili ripercussioni sui pazienti. Siamo consapevoli di lavorare in una Regione virtuosa, ma ciò non toglie che anche qui esistano condizioni di criticità da superare e risolvere. Il provvedimento regionale va proprio in questa direzione - conclude Nicolini -, tuttavia non può essere considerato risolutivo. Rimane, infatti, alta la preoccupazione sulle soluzioni da adottare per la contingenza attuale e futu-

ra delle carenze di specialisti, dal momento che i contratti di formazione 2017-2018 porteranno a nuovi specialisti solo fra 5 anni. L'aumento delle Borse di Studio destinate ai Medici in Formazione in Anestesia e Rianimazione deve essere, inoltre, via via sempre più consistente sia da parte dello Stato responsabile in primis, sia da parte delle Regioni. Ribadiamo, quindi, di essere soddisfatti delle scelte regionali pur trattandosi - sia chiaro - solo dell'inizio di un percorso che deve avere come obiettivo il completamento di tutte le piante organiche".

**FORMAZIONE/1**


**Gli Anestesisti Rianimatori e il "mondo reale"**  
**Come migliorare la qualità di vita del professionista**  
**e dei pazienti salvaguardandone il diritto all'autodeterminazione**

**Save The Date**  
**Roma Eventi**  
**4-6 Aprile 2019**

**FORMAZIONE/2**

## Gestione del paziente in ambiti complessi

**Tre corsi FAD selezionati dal Comitato Scientifico di AreaLearn sul sito AAROI-EMAC dopo l'estate**  
**Ogni corso inizierà con una relazione sulla comunicazione, aspetto importante della professione**

Sono stati selezionati dal Comitato Scientifico di AreaLearn tra i temi più significativi dibattuti al Congresso SIA-RED 2017 di Roma, i tre corsi FAD che saranno disponibili dopo l'estate sul sito [www.aaroiemac.it](http://www.aaroiemac.it). Si tratta di:

- 1) **Sicurezza e Gestione del Paziente Complesso;**
- 2) **Anestesia: Gestire in Sicurezza Contesti Clinici Complessi;**
- 3) **L'Anestesia tra Scienza e Pratica Clinica.**

Nei corsi FAD si è voluto approfondire la gestione del paziente in contesti clinici complessi sia in ambito rianimatorio che anestesilogico, dando particolare risalto a tutte le procedure validate da linee guida e raccomandazioni che mirano a valorizzare quei trattamenti che ci aiutano ad aumentare il livello di sicurezza dei nostri pazienti.

Ogni corso inizierà con una relazione sulla **comunicazione**, aspetto molto importante della professione, a cui



a volte non viene dato il giusto risalto. In **ambito rianimatorio** verranno analizzate tematiche che possono aiutare nel lavoro quotidiano come la gestione del politrauma, la gestione della ventilazione e del delirio.

Per ogni argomento, spazio a tutte le nozioni pratiche utili nella quotidianità.

Tra le **tematiche anestesilogiche** più significative sono state selezionate la gestione della paziente ostetrica in diversi contesti e la gestione anestesilogica in alcuni ambiti clinici particolari come nel bambino o nel paziente con OSAS. Infine è stata data rilevanza a **tematiche generali** attraverso l'approfondimento della gestione di classi di farmaci quali i curari e gli oppioidi, non trascurando il monitoraggio e la gestione dei fluidi in sala operatoria.

Un ringraziamento a tutti i Relatori che sono stati disponibili per la realizzazione dei corsi.

**FORMAZIONE/3**

## Centro AAROI-EMAC SimuLearn®, alcuni Corsi di Maggio e Giugno



**ACLS-CRM**  
 Bologna, 6-7 Giugno 2018



**Corso Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione**  
 Bologna, 8 Maggio 2018



**ARDS: dalla teoria alla pratica clinica Ed. 1**  
 Bologna, 20-21 Giugno 2018



**Simulazione medica avanzata per l'anestesia e l'emergenza in ostetricia**  
 Bologna, 14-15 Maggio 2018



**Sicurezza in anestesia: verso nuovi standard lavorativi**  
 Bologna, 11-12 Giugno 2018



**Vimedix: realtà virtuale in hololens**  
 Bologna, 12 Giugno 2018

# le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

## La chirurgia della spalla in beach chair position

Da: *Advances in Anesthesia* 32 (2014) 37-57

### Introduzione

C'è stata una crescita imponente nel numero d'interventi chirurgici della spalla nelle ultime 2 decadi. In uno studio che ha preso in esame gli interventi chirurgici della spalla eseguiti come chirurgia in day surgery negli Stati Uniti nel 2006 si è visto che gli interventi più frequenti comprendevano:

- 273.148 riparazioni della cuffia dei rotatori (RCR);
- 257.541 artroscopie di spalla esclusa la riparazione della cuffia dei rotatori;

Colvin ha eseguito uno studio per valutare l'andamento nell'uso delle risorse economiche per l'RCR, compreso il tipo e la modalità del trattamento dal 1996 al 2006, rilevando che nel complesso c'è stato un aumento del 141% del numero di interventi per RCR, passando da circa 41 a 98 interventi per 100.000 abitanti. Le riparazioni con tecnica "OPEN" erano aumentate del 21%, mentre quelle con tecnica artroscopica avevano subito un incremento molto maggiore, del 530%. Durante lo stesso periodo l'esecuzione degli interventi chirurgici in regime di day surgery rispetto alla chirurgia con ricovero ordinario è più che quadruplicata (da 22 a 91 interventi ogni 100.000 abitanti), mentre gli interventi con ricovero ordinario erano diminuiti del 63%. Inoltre erano aumentate molto anche gli interventi di artroplastica della spalla. Kim ha descritto dal 1993 al 2008 un forte aumento delle artroplastiche, maggiore di 2,5 volte.

Molti, se non la maggior parte di questi interventi sono stati eseguiti in "beach chair position" (BCP).

### Storia e utilità della BCP

Sin dalla sua introduzione per l'artroscopia della spalla da Skyhar nel 1988, gli ortopedici hanno discusso vivacemente quale delle due posizioni la BCP o il decubito laterale (LDP) sia migliore nella chirurgia della spalla. Sebbene via via siano state proposte altre posizioni, la BCP è quella che si è diffusa più rapidamente ed è attualmente la favorita per molti chirurghi per i numerosi evidenti vantaggi:

- posizione anatomica verticale;
- diminuzione delle lesioni del plesso brachiale;
- maggiore mobilità del braccio da operare;
- maggiore facilità del controllo in anestesia;
- maggiore facilità nel posizionamento della porta anteriore;
- posizione più favorevole per l'esecuzione di un blocco nervoso periferico;

co;

- maggiore facilità nella conversione nella tecnica OPEN.

### Gestione delle problematiche per l'anestesia in BCP

#### Considerazioni generali

È indispensabile un'approfondita valutazione preoperatoria prima di scegliere la tecnica d'anestesia, poiché alcuni pazienti presentano comorbidità e patologie che possono rendere l'anestesia in BCP impegnativa. Queste patologie comprendono le malattie cerebrovascolari, problemi ortopedici, o la costituzione fisica del paziente che possono rendere problematica la posizione seduta.

Inoltre dovrebbero essere presi in considerazione fattori chirurgici. Gli interventi minori di durata relativamente breve possono essere eseguiti in anestesia regionale e sedazione, mentre gli interventi più estesi e di maggiore durata possono richiedere la combinazione dell'anestesia generale e regionale, in quanto restare seduti e immobili per molto tempo può essere abbastanza scomodo, e interventi più lunghi possono determinare possibili difficoltà nella gestione delle vie aeree.

#### Considerazioni sulla posizione

Ci sono complicanze specifiche legate alla BCP. Il mantenimento di una posizione sicura della testa può essere difficile e lo stiramento o la compressione dei nervi deve essere accuratamente evitata.

Park e Kim hanno valutato 3 casi di neuroaprassia dei rami cutanei del plesso cervicale dopo chirurgia della spalla in BCP.

I nervi coinvolti comprendevano l'occipitale e l'auricolare per i quali si è pensato che fossero stati compressi dal supporto poggiatesta. Sono state avanzate raccomandazioni sulla progettazione del poggiatesta, sull'imbottitura della regione retro auricolare e consigliati frequenti controlli della posizione della testa. È stata anche descritta la paralisi del nervo ipoglossico. In questi casi si è pensato che la lesione sia stata causata da un cambiamento di postura della testa e del collo durante l'intervento.

#### Considerazione sull'anestesia Blocco interscalenico (ISB)

I possibili rischi dovuti a questo tipo di blocco periferico, peraltro poco frequenti, comprendono una neuroaprassia/transitoria del plesso brachiale, involontaria iniezione spinale, tossicità sistemica degli anestetici locali, episodi di

bradicardia ipotensiva, e blocco dei nervi vicini, frenico, laringeo ricorrente, con paralisi dell'emidiaframma, raucedine e sindrome di Horner.

La frequenza globale delle complicanze attribuibili al blocco interscalenico negli studi randomizzati presi in considerazione è stata trascurabile. Inoltre, l'ISB è risultata più conveniente rispetto alla sola anestesia generale. In uno studio prospettico di 1.319 pazienti sottoposti a blocco interscalenico ecoguidato per l'artroscopia spalla, si è avuta una frequenza di successo del 99,6%.

Gli autori di una recente revisione sistematica hanno concluso che l'uso di un blocco interscalenico per la chirurgia della spalla ha comportato riduzioni significative nel dolore postoperatorio rispetto alla sola anestesia generale e alla quantità di analgesici supplementari richiesti nel post-operatorio in pazienti sottoposti a procedure artroscopiche.

#### Anestesia con ipotensione

In molti casi di chirurgia ortopedica l'uso di un'anestesia con ipotensione controllata può essere utile nel ridurre le perdite ematiche, migliorare l'esposizione chirurgica, e ridurre i tempi chirurgici dell'anca e della spalla, dove non è possibile usare il tourniquet.

Tuttavia sono state avanzate preoccupazioni sull'anestesia con ipotensione controllata nei pazienti in BCO.

Pohl e Cullen hanno riferito di 4 casi di ischemia cerebrale e danno midollare dopo chirurgia della spalla eseguita in anestesia con ipotensione controllata. Hanno rilevato che la BCP determina un insieme di fattori di rischio d'ipoperfusione cerebrale: la riduzione della pressione dovuta all'anestesia generale e alla posizione eretta, la necessità di correggere gli effetti della gravità sulla pressione di perfusione cerebrale (PPC) e la compressione vascolare dovuta al mal posizionamento della testa e del collo.

Gli autori ritengono indispensabile raccomandare un monitoraggio attento della pressione arteriosa, con la correzione per l'altezza differente tra sito di misura e circolo di Willis e un attento mantenimento di una PPC adeguata per ottimizzare la sicurezza del paziente. Inoltre è indispensabile considerare la suscettibilità individuale dei pazienti nella riduzione della perfusione cerebrale, soprattutto negli anziani e in quelli con comorbidità cardiovascolare e cerebrovascolare.

#### Considerazioni sul lavaggio

L'uso di una miscelazione inadeguata preoperatoria dell'adrenalina nella soluzione di lavaggio può determinare una somministrazione rapida di una soluzione

ad alta concentrazione di adrenalina con comparsa di aritmie pericolose per la vita; ma questo può essere evitato con un'accurata miscelazione della soluzione prima dell'infusione.

#### Compromissione delle vie aeree

È stata descritta in alcuni casi una diffusione extra articolare della soluzione di lavaggio con ostruzione delle vie aeree. Sebbene sia rara nella posizione verticale, questa complicanza potenzialmente fatale può essere evitata con la riduzione della durata dell'intervento e tenendo bassa la pressione della pompa artroscopica e la quantità di liquidi usati per l'irrigazione articolare.

Inoltre una frequente valutazione del grado di rigonfiamento del collo permette di rilevare la comparsa di edema grave e consentire di interrompere l'intervento e di eseguire se necessario l'intubazione tracheale.

#### Fisiopatologia del flusso ematico cerebrale nella beach chair position

La posizione eretta è la posizione normale per gli esseri umani durante la maggior parte dello stato di veglia, nonché la posizione di riferimento normale per la misura della pressione arteriosa. L'effetto idrostatico della gravità produce una riduzione della pressione arteriosa sistemica quando si assume la posizione verticale per l'accumulo di sangue nelle vene degli arti inferiori. Il volume di sangue accumulato nel sistema venoso dipende da fattori legati al paziente, compreso l'indice di massa corporea, dal tono simpatico, dalle condizioni del volume intravascolare, e dall'ipertensione preesistente. Come risultato, in un soggetto sveglio la posizione eretta attiva il sistema simpatico, per un breve intervallo, determinando un aumento della frequenza cardiaca (15%-30%) delle resistenze vascolari sistemiche (30%-40%) e della pressione arteriosa sistemica (10%-15%). Nel paziente anestetizzato tuttavia la risposta del sistema nervoso simpatico è smorzata dall'effetto di vasodilatazione e di depressione cardiaca degli anestetici endovenosi e volatili, come anche dall'effetto della ventilazione a pressione positiva con conseguente riduzione dell'aumento delle resistenze periferiche, riduzione del precarico, e riduzione della pressione arteriosa media (MAP) e una maggiore riduzione della portata cardiaca rispetto al soggetto sveglio, che può essere ulteriormente aggravato dalle richieste chirurgiche di ipotensione controllata. Insieme questi effetti possono provocare un'ipoperfusione relativa del sistema nervoso cen-

trale (SNC) soprattutto in alcune regioni con perfusione più critica.

L'ictus ischemico è una conseguenza devastante di un'ipoperfusione prolungata. L'ictus perioperatorio è relativamente poco frequente ma si è avuto dopo chirurgia cardiaca e vascolare maggiore. Dopo chirurgia articolare degli arti inferiori l'incidenza di ictus perioperatorio nel Regno Unito è dello 0,003%, ma la mortalità è stata del 29%. Altre pubblicazioni riportano un'incidenza a un livello leggermente maggiore, tra lo 0,1% e lo 0,7% per la chirurgia non cardiaca, non neurologica.

Le complicanze descritte durante la chirurgia della spalla in BCP in seguito all'uso d'ipotensione controllata durante l'anestesia comprendono l'ischemia cerebrale, e danni ischemici al midollo spinale e perdita della vista.

Queste gravi complicanze neurologiche sono attribuibili a una perfusione cerebrale inadeguata in conseguenza di un'ipotensione intraoperatoria. In una review sull'ictus e sulla morte cerebrale durante la chirurgia della spalla in posizione seduta, Papadonikolakis ha preso in considerazione il concetto di una corretta valutazione della pressione del sangue del paziente sottolineando che in particolare la misurazione della pressione arteriosa del paziente su una gamba e l'ipotensione controllata durante l'anestesia sono i comportamenti con effetti negativi che predispongono a complicanze fatali. È noto da tempo che esiste una PPC critica al di sotto della quale il flusso ematico cerebrale può essere compromesso (limite inferiore di autoregolazione cerebrale), di solito intorno a 50 mmHg.

Tuttavia non c'è alcuna chiara dimostrazione a supporto della raccomandazione di questo valore di pressione, né che questo valore di pressione sia adeguato per la fisiologia dei singoli pazienti, per cui sorge la domanda: qual è il limite inferiore di pressione di sicurezza di autoregolazione del cervello?

Drummond in un report approfondito ha rilevato che questa soglia può essere compresa tra 60 e 90 mmHg in un soggetto volontario sveglio normoteso, e il risultato di numerosi studi suggerisce che il limite inferiore di autoregolazione può essere in realtà più vicino a 70 mmHg, con la rilevazione di un range importante che riflette le variazioni interindividuali.

In uno studio interessante eseguito in ratti sani in anestesia, Joanes ha studiato la curva di autoregolazione in condizioni controllate per valutare le variazioni rispetto al modello classico come risposta in prossimità dei suoi limiti inferiori. La pressione intracranica è stata mantenuta fissa mentre la MAP è stata variata con un'emorragia progressiva, mentre si misurava il CBF con una flussimetria Doppler a laser. Sono stati rilevati tre diversi modelli di vasoregolazione come risposta alla caduta della pressione di perfusione: nel 31% degli animali è stata registrata una risposta importante con una vasodilatazione e un flusso di sangue maggiore del previsto; una risposta normale è stata osservata nel 52% del campione e nessuna risposta nel 17% in cui non c'è stata vasodilatazione e autoregolazione, con conseguente riduzione del CBF in maniera direttamente proporzionata alla pressione. Tuttavia quando queste misurazioni sono state valutate insieme, si è ottenuto il classico modello di autoregolazione da manuale.

La mancanza di autoregolazione simile al modello animale è stata descritta nell'uo-

mo dopo incidenti acuti come l'ictus e il trauma cranico. Gli studi che utilizzano il Doppler transcranico (TCD) per valutare la dinamica di autoregolazione cerebrale hanno evidenziato l'assenza di questo riflesso per un tempo variabile dopo un insulto e possono interessare anche regioni del cervello non danneggiate. In questi pazienti non è solo il limite inferiore di autoregolazione che è alterato, ma tutta la forma della curva. In studi recenti sono emerse indicazioni che l'autoregolazione è alterata in numerose condizioni, compresa l'ipertensione cronica, il diabete, il fumo, le malattie vascolari periferiche e nei disturbi associati all'ipertensione, compresa l'apnea ostruttiva. Queste alterazioni determinano una variazione della curva da sigmoidea a lineare. Le modificazioni causate dall'ipertensione cronica comprendono l'ipertrofia miocardica e attività simpatica aumentata, condizioni che possono in-



fluenzare in modo negativo la risposta di autoregolazione della pressione di perfusione.

Questa incapacità di autoregolazione determinano una condizione in cui il flusso ematico cerebrale dipenda dipendente dalla pressione arteriosa sistemica.

Un'altra importante questione del dibattito in corso in materia di gestione della pressione sanguigna in posizione eretta è se la pressione sanguigna deve essere corretta per compensare la differenza in altezza tra il punto di misura (più frequentemente con un bracciale sul braccio non sottoposto all'intervento) e il livello in cui si trova il cervello.

Attualmente ci sono 2 scuole di pensiero: la teoria del sifone chiuso e la teoria della cascata aperta.

La presenza o l'assenza di un effetto sifone è il punto chiave che differenzia il sistema chiuso e aperto. Il concetto di sifone o "modello chiuso" si basa sulla presenza di una colonna continua di sangue tra il sistema venoso e arterioso della circolazione. Per il cervello, il meccanismo a sifone coinvolgerebbe un circuito di vasi che comprende l'aorta toracica, le arterie cerebrali e le vene cerebrali che escono dal cranio e la vena cava superiore che si scarica nell'atrio destro. Quando un sifone è funzionale, non è necessario esercitare nessun lavoro sul sangue per superare la forza gravitazionale, poiché il gradiente di pressione è uguale e opposto nel tratto ascendente e discendente del sifone e pertanto non è necessario alcun fattore di correzione; la posizione seduta determina una riduzione equivalente della PAM e della

pressione venosa centrale.

In accordo con il "modello aperto" a cascata le vene cerebrali collassano impedendo una operatività dell'effetto sifone. L'effetto gravitazionale spinge il sangue verso il cuore sul lato venoso del circuito cerebrale, le vene e le venule si collassano completamente e il cuore è responsabile del pompaggio di una colonna di sangue verso il cervello contro un gradiente di pressione dato dalla gravità. In queste condizioni è necessario un fattore di correzione per il peso di questa colonna di sangue per calcolare la pressione di perfusione a livello del cervello (la pressione del sangue si riduce di circa 2 mmHg ogni 2,5 cm di differenza di altezza tra il punto di misura e il cervello). occorre correggere il suo valore per calcolare la pressione di perfusione.

È interessante una recente esperienza sulle giraffe che dimostra che il flusso ema-

• le modificazioni dei rapporti tra la geografia del tronco cerebrale e l'arteria vertebrale durante la flessione della testa;

• la compressione esterna della carotide o dell'arteria vertebrale da osteofiti o anche dalle ossa vertebrali con anatomia normale.

L'influenza della postura e dell'anestesia sulla disponibilità di ossigeno cerebrale è complessa e multifattoriale; è influenzata non solo da modificazioni della MAP ma anche da variazioni della pressione intracranica, dalla reattività vascolare, dal consumo di ossigeno cerebrale momento per momento, e dalla dinamica dello scarico del sangue venoso dal cervello.

Con la testa sollevata, una riduzione della pressione intracranica e della pressione venosa centrale può aumentare la pressione di perfusione cerebrale, mentre una riduzione della MAP può ridurla. Prevedere il bilancio tra questi numerosi fattori è molto difficile e questi possono variare tra i diversi individui. Numerosi ricercatori hanno dimostrato che una riduzione della perfusione cerebrale in conseguenza della riduzione della pressione del sangue non è infrequente durante la chirurgia in BCP. Sono state utilizzate diverse modalità per misurare la perfusione cerebrale. Sebbene in molti studi sia stata utilizzata la spettroscopia ad infrarossi per l'ossimetria cerebrale e valutato l'effetto della BCP sull'apporto dell'ossigeno al cervello, altri hanno utilizzato il doppler transcranico (TCD) per determinare la velocità media dell'arteria cerebrale media, l'EEG e/o la saturazione di ossigeno del sangue della vena giugulare (SjvO<sub>2</sub>). Nonostante le diverse metodologie di valutazione, tutti questi studi suggeriscono che si ha una notevole riduzione della perfusione cerebrale se si riduce la MAP in anestesia in posizione eretta.

#### Conseguenze cliniche

Nel 2005 Pohl e Cullen hanno pubblicato una serie di 4 casi in cui si descriveva un esito neurologico catastrofico dopo chirurgia della spalla in BCP. La descrizione di questi casi ha spinto numerosi ricercatori a studiare come gestire durante l'intervento alcuni parametri come la pressione del sangue e il tipo d'anestesia che possono potenzialmente modificare la prognosi dopo chirurgia della spalla in BCP.

Sono state utilizzate diverse modalità di monitoraggio per valutare l'adeguatezza dell'ossigenazione cerebrale; quello più frequentemente utilizzato è l'ossimetria cerebrale. La spettroscopia a infrarossi (NIRS) è uno strumento disponibile in commercio con tecnologia non invasiva che permette un monitoraggio continuo della saturazione regionale cerebrale in ossigeno (rSO<sub>2</sub>).

#### Confronto tra BCP e posizione supina

La descrizione di numerosi case report ha dimostrato che una riduzione della MAP può determinare una riduzione della rSO<sub>2</sub> in BCP dopo l'induzione dell'anestesia generale a livelli tali da determinare un'ischemia cerebrale, anche se i valori soglia assoluti non sono stati stabiliti in modo definitivo. In questi casi la somministrazione di un vasocostrittore o un farmaco inotropo per ristabilire i valori di pressione, determinano un rapido aumento dei valori di saturazione cerebrale.

Lee ha studiato in modo prospettico 28 pazienti in anestesia generale e ventilazione meccanica in BCP con induzione di ipoten-

sione a valori di MAP di 60-65 mmHg, misurata con una cannula in arteria radiale rilevata all'altezza del condotto uditivo esterno. La saturazione cerebrale di ossigeno è stata misurata mediante NIRS. La condizione della posizione eretta ha determinato una significativa riduzione della MAP rispetto alla posizione supina, con una corrispondente riduzione della rSO<sub>2</sub>. Tuttavia ulteriori riduzioni della pressione del sangue a valori di ipotensione desiderata non hanno determinato un'ulteriore riduzione dell'ossigenazione cerebrale. Due pazienti sono andati incontro ad un'ulteriore riduzione della perfusione cerebrale con una riduzione dell'rSO<sub>2</sub> maggiore dell'80% rispetto al valore basale; questa è stata prontamente corretta quando la pressione è stata riportata ad un valore maggiore. Non sono state rilevate complicanze neurologiche.

In uno studio prospettico di 20 pazienti in anestesia generale, che avevano ricevuto la normale assistenza anestesiológica senza conoscere i valori della saturazione cerebrale in ossigeno determinata mediante NIRS, Moerman ha rilevato nell'80% dei pazienti un'incidenza di eventi di saturazione cerebrale, definita come una riduzione relativa della rSO<sub>2</sub> maggiore del 20%, quando è stata assunta la posizione eretta per la chirurgia della spalla. La riduzione della rSO<sub>2</sub> con la postura è avvenuta coerentemente con una riduzione della pressione arteriosa e con una riduzione della CO<sub>2</sub> di fine espirazione. Non è stata specificata la modalità di controllo delle vie aeree. In questi casi non è stata utilizzata un'ipotensione controllata farmacologica e se necessario la riduzione della pressione sistolica al di sotto di 80 mmHg (misurata con il bracciale sul braccio non sottoposto all'intervento) o una frequenza inferiore a 50 battiti al minuto è stata trattata con vasocostrittori o con farmaci che aumentano la frequenza cardiaca. Tuttavia il significato clinico delle desaturazioni cerebrali non è chiaro, poiché nessuno dei pazienti ha manifestato importanti alterazioni neurologiche o della funzione cognitiva nel postoperatorio.

In uno studio randomizzato Jeong ha studiato 56 pazienti sottoposti a chirurgia in BCP in anestesia generale con propofol/remifentanil (P/R) o sevoflurano/N<sub>2</sub>O (S/N). Il rilasciamento muscolare è stato ottenuto con rocuronio ed è stata utilizzata la ventilazione meccanica per mantenere una CO<sub>2</sub> di fine espirazione tra 35 e 40 mmHg. Gli autori hanno rilevato che la desaturazione venosa giugulare (SjO<sub>2</sub> < 40%), indicativa di ipoperfusione cerebrale, si è avuta nel 41% dei pazienti sottoposti a chirurgia della spalla in BCP (3 nel gruppo S/N e 12 nel gruppo P/R). Quelli che avevano sviluppato una SjO<sub>2</sub> < 40%, valore indicativo di uno stato d'ischemia cerebrale, facevano tutti parte del gruppo trattato con propofol. I fattori di rischio per una desaturazione venosa giugulare comprendevano un'anestesia con P/R e una MAP inferiore 50 mmHg. I pazienti del gruppo P/R presentavano di base, prima della posizione seduta, un valore più basso di SjvO<sub>2</sub> e hanno manifestato una maggiore riduzione della MAP rispetto a quelli del gruppo S/N. L'uso del propofol per il mantenimento dell'anestesia, probabilmente riduce la saturazione venosa giugulare per una ridotta disponibilità cerebrale di ossigeno in presenza di un bilancio cerebrale di ossigeno sfavorevole, in quanto il propofol riduce il flusso ematico cerebrale in

misura maggiore del consumo cerebrale di ossigeno e anche per una maggiore riduzione della MAP e della pressione di perfusione cerebrale.

Nessuno dei pazienti ha manifestato segni e sintomi di deficit neurologici nel postoperatorio.

E' interessante lo studio di Jo su 40 pazienti ASA I-II che ha evidenziato che non solo il precarico ma anche la funzionalità contrattile cardiaca preoperatoria può essere un fattore importante nella comparsa di ipotensione dopo il passaggio del paziente dalla posizione supina a quella seduta durante l'anestesia generale. Utilizzando un catetere in arteria radiale e un sistema di valutazione emodinamica non invasiva, ha dimostrato che i valori emodinamici della gittata sistolica, dell'indice cardiaco prima dell'induzione, e i valori della variazione della gittata sistolica dopo l'induzione, misurati prima del cambio di posizione, possono far prevedere l'ipotensione in BCP in anestesia generale in ventilazione meccanica e mantenimento con sevoflurano.

Murphy ha studiato 124 pazienti in anestesia generale con sevoflurano e ventilazione controllata durante artroscopia della spalla usando un'ossimetria cerebrale non invasiva. Sessantuno sono stati eseguiti in BCP e 63 in decubito laterale in relazione alle preferenze chirurgiche. La misura della pressione del sangue è stata eseguita a livello del braccio senza correggerla per il livello del cervello in posizione seduta. Nonostante l'uso del protocollo per ottimizzare la PPC, l'incidenza di desaturazione cerebrale (definita come riduzione della rSO<sub>2</sub> ≥ 20% dalla linea basale o un valore assoluto <55% per > 15 secondi è stata significativamente più alta in BCP: 80,3% rispetto a 0% in decubito laterale. In contrasto con i risultati di altri studi, il valore intraoperatorio di frequenza cardiaca, pressione arteriosa media, saturazione arteriosa periferica e indice bispettrale non è stato diverso tra i 2 gruppi.

Un'incidenza altamente significativa della nausea postoperatorio (50% rispetto a 6,7%) e del vomito (27,3% rispetto al 3,3%) è stata osservata in soggetti con epi-

chirurgia della spalla in BCP in anestesia generale con ventilazione in pressione positiva, McCulloch ha misurato la velocità dell'arteria cerebrale media usando il doppler transcranico. Quando è stata indotta l'ipotensione con una riduzione della pressione sistolica da 142 a 96 mmHg a livello del braccio (che corrispondeva a 76 mmHg a livello del meato uditivo esterno (EAM)) è stata rilevata una riduzione della velocità media del 22% dell'arteria cerebrale media rispetto alla posizione supina in normotensione. Sebbene la velocità del flusso ematico sia diminuita nella posizione seduta, la sua riduzione è stata inferiore alla riduzione della pressione di perfusione, suggerendo che l'autoregolazione è stata almeno parzialmente conservata.

Gli autori pensano che in aggiunta al suddetto meccanismo compensatorio la gravità e la durata dell'ischemia sono fattori critici per i danni tessutali, e deve essere superata il tempo soglia della vitalità per produrre danni irreversibili nel SNC.

In un modello di maiale, valori bassi di rSO<sub>2</sub> che sono durati meno di 2 ore, non hanno comportato lesioni neurologiche. Un'analisi dei dati della spettroscopia a infrarossi di 265 pazienti sottoposti a bypass delle arterie coronarie evidenzia un tempo soglia di desaturazione di 50 minuti per la comparsa di un declino cognitivo e una degenza prolungata in ospedale. Poiché la chirurgia della spalla ha una durata relativamente breve, la durata della desaturazione nella maggior parte dei pazienti studiati è stata probabilmente limitata; questo può spiegare perché non ci sono state complicanze cerebrovascolari con conseguenti importanti danni neurologici nonostante la loro frequente comparsa.

### Tipo di anestesia e modalità di ventilazione

Yadeau ha studiato un gruppo di 99 pazienti sottoposti a chirurgia artroscopica di spalla in day hospital in BCP per valutare l'effetto dell'ipotensione controllata sull'ossigenazione cerebrale in anestesia regionale. L'ossimetria cerebrale è stata utilizzata per valutare l'adeguatezza dell'ossigenazione cerebrale in sostituzione della misura

è stata causata dall'ipotensione ma è correlata a fattori di rischio di malattie cerebrovascolari. La pressione del sangue in questo studio è stata corretta tenendo conto della distanza tra il cuore e il cervello e tutti i pazienti respiravano spontaneamente.

In un recente studio prospettico, Koh e colleghi ha studiato 60 pazienti sottoposti a chirurgia della spalla allocati, dopo autoselezioni, o nel gruppo di pazienti svegli (blocco interscalenico e sedazione con propofol) e gruppo di pazienti addormentati (anestesia generale con ventilazione controllata). Per valutare l'adeguatezza del flusso ematico cerebrale è stata utilizzata la spettroscopia a infrarossi.

La desaturazione cerebrale si è avuta nel 57% dei pazienti addormentati con 3 episodi per ogni paziente, mentre non ci sono stati episodi ischemici nel gruppo dei pazienti svegli. Inoltre ci sono stati più episodi d'ipotensione nei pazienti addormentati.

Tuttavia la MAP è stata mantenuta con successo e non è stata rilevata alcuna differenza significativa tra le misurazioni della pressione arteriosa da sveglio e da addormentato e tra i valori di base in quasi tutto il tempo chirurgico. È stato sorprendente il fatto che nonostante una MAP apparentemente adeguata più della metà dei pazienti addormentati (56,7%) hanno evidenziato una sostanziale riduzione della rSO<sub>2</sub>.

Sebbene non siano state descritte sequele neurologiche, gli autori concludono che evitare l'anestesia generale, nei pazienti con BCP può potenzialmente ridurre il rischio da danni neurologici ischemici.

Aguirre confrontando la modalità d'anestesia in 90 pazienti in BCP in ipotensione controllata per la chirurgia della spalla, e il loro impatto sulla perfusione cerebrale, l'emodinamica, e l'esito neurologico/neurocomportamentale, ha rilevato che i pazienti sottoposti ad anestesia regionale presentavano un numero di episodi di desaturazione cerebrale significativamente minori, e un minor numero di episodi di riduzione della rSO<sub>2</sub>.

Inoltre questi pazienti mantenevano una maggiore stabilità emodinamica in BCP rispetto al gruppo di pazienti in anestesia generale e presentavano dei test neurocomportamentali significativamente migliori il giorno dopo l'intervento chirurgico.

Ci sono numerose importanti, potenzialmente rilevanti differenze fisiologiche tra l'anestesia generale e l'anestesia regionale in BCP. Gli effetti emodinamici negativi della posizione seduta possono essere minimizzati con l'anestesia regionale, in quanto i pazienti sedati possono compensare meglio la riduzione del ritorno venoso della posizione seduta diminuendo le resistenze vascolari sistemiche.

Inoltre l'effetto inotropo negativo degli anestetici può essere ridotto, poiché le dosi compressive sono diminuite. Inoltre la ventilazione spontanea aiuta a mantenere il ritorno venoso. Al contrario la pressione positiva della ventilazione associata all'anestesia generale può essere causa di riduzione della portata cardiaca e della perfusione cerebrale secondaria alla riduzione del ritorno venoso, disfunzione del ventricolo destro e alterazione della distensibilità del ventricolo sinistro.

In una valutazione dell'importanza delle tecniche d'anestesia nel mantenimento del flusso ematico cerebrale in posizione eretta, Soeding ha studiato l'effetto dell'anestesia generale rispetto alla sedazione in 40 soggetti che respiravano spontaneamente sottoposti a blocco interscalenico. L'ane-



sodi di desaturazione cerebrale (CDE) intraoperatoria rispetto ai soggetti senza CDE.

La gestione dell'anestesia variava in modo considerevoli in questo studio, con il 71% dei pazienti in decubito laterale sottoposti ad anestesia regionale e solo l'8% dei pazienti in BCP, ma la differenza nella nausea e nel vomito permanevano anche dopo una valutazione con la regressione logistica multipla utilizzando come elemento di analisi il tipo di chirurgia.

Nello studio di 19 pazienti sottoposti a

del flusso cerebrale. Gli autori notano che l'uso dell'anestesia regionale con sedazione come approccio anestesiológico primario sembra ridurre il rischio di desaturazioni cerebrali rispetto alla frequenza descritta di circa l'80% nei pazienti sottoposti a chirurgia in BCP in anestesia generale.

In questo studio il 99% dei pazienti è stato sottoposto ad ipotensione ma solo il 10% ha manifestato episodi di desaturazione cerebrale. Con l'aggiustamento per i fattori di base, la desaturazione cerebrale non

stesia generale era realizzata con la somministrazione di sevoflurano attraverso una maschera laringea e regolata con un valore del BIS tra 40 e 60, mentre la sedazione consisteva nell'infusione di propofol a 10-20 ml/h con l'intento di mantenere la capacità di rispondere del paziente. Il flusso ematico cerebrale è stato misurato usando l'analisi Doppler dell'onda di flusso dell'arteria carotide interna. Sebbene la MAP misurata in modo invasivo e riferita al livello del meato uditivo esterno si sia ridotta in maggior grado con l'anestesia generale rispetto alla sedazione, (34 mmHg rispetto a 4 mmHg), e inoltre questi pazienti necessitavano di una quantità molto maggiore di vasopressori e di liquidi per mantenere la MAP a 70 mmHg o più alta, non ci sono state modificazioni nella stima del flusso ematico cerebrale tra la posizione supina in entrambi i gruppi e neanche differenze all'interno dei gruppi.

Questi autori concludono che il mantenimento del flusso ematico cerebrale indica che è stata mantenuta la capacità di autoregolazione. Questi risultati peraltro suggeriscono che il modo di ventilazione può avere un effetto più importante delle altre variabili valutate negli studi di cui si è discusso.

#### Dati epidemiologici

L'esatta incidenza degli ictus o d'importanti danni midollari durante la chirurgia della spalla in BCP non è ben chiara.

Yadeau ha rivalutato 4.169 casi retrospettivi e 1169 prospettivi di chirurgia della spalla in posizione seduta, di cui più del 97% erano stati trattati con il blocco del plesso brachiale, sedazione moderata e ventilazione spontanea. Il 40% dei pazienti aveva presentato il rischio per ictus, il 47% dei pazienti manifestava ipotensione ma nessun paziente ha presentato ischemia o infarto cerebrale. Da notare che tutti questi casi sono stati eseguiti in regime di day surgery e la maggior parte dei dati erano retrospettivi.

Più di recente è stata eseguita una revisione retrospettiva più ampia di 15.014 pazienti in BCP per chirurgia della spalla, in un periodo di 11 anni. In tutti i pazienti è stato eseguito un blocco interscalenico e utilizzata una sedazione con propofol e ketamina. È stato descritto solo un caso di deficit neurologico secondario ad un ictus ischemico, che si è manifestato 24 ore dopo l'intervento.

Pinon ha eseguito una valutazione retrospettiva della cartella clinica elettronica di 5.177 pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica della spalla o a chirurgia neurologica in posizione seduta presso la Mayo Clinic di Rochester tra il 2002 e il 2009, di questi 4227 erano di chirurgia ortopedica. In tutti questi casi i pazienti sono stati sottoposti ad anestesia generale con ventilazione controllata. Non ci sono stati pazienti con ischemia cerebrale o episodi di danno del midollo spinale.

La MAP nelle prime 2 ore della chirurgia è stata ridotta dal valore basale, dal 12% al 19%.

I pazienti ipertesi hanno presentato una maggiore riduzione della pressione durante l'intervento. In un altro studio epidemiologico prospettico un gruppo

di 1.219 pazienti è stato sottoposto a chirurgia artroscopica della spalla. È stato eseguito il blocco interscalenico e poi indotta l'anestesia generale e mantenuta la ventilazione controllata attraverso una maschera laringea. Tutti i pazienti sono stati valutati 24 ore dopo l'intervento sulla soddisfazione del blocco interscalenico e rilevati le complicanze postoperatorie. Nessun paziente ha manifestato un danno neurologico acuto dovuto alla chirurgia in BCP. Tre pazienti sono stati ricoverati per complicanze cardiologiche.

#### Monitoraggio della perfusione cerebrale

L'ipoperfusione cerebrale e l'ischemia sono le cause principali di una cattiva prognosi in BCP, ma un'accurata determinazione della perfusione cerebrale nel perioperatorio rimane ancora una sfida. Sono stati studiati numerose modalità e strumenti, tra cui la Sjv02, la velocità del flusso del sangue dell'arteria cerebrale media col Doppler, l'EEG, e la saturazione regionale di ossigeno usando la spettroscopia a infrarossi. Poiché alcune di queste tecniche sono invasive o logisticamente difficili da utilizzare, è stata considerata più adeguata l'ossimetria cerebrale con NIRS.

L'ossimetria cerebrale è una tecnologia ottica non invasiva che utilizza la saturazione di ossigeno del sangue della corteccia cerebrale determinando in tempo reale il flusso ematico della corteccia cerebrale. Sebbene numerosi studi hanno evidenziato una correlazione tra una pressione di perfusione ridotta in posizione eretta e una riduzione dell'ossigenazione del lobo frontale, c'è un'evidenza insufficiente che questi episodi siano associato a una prognosi postoperatoria negativa.

Inoltre alcuni studi hanno evidenziato una scarsa correlazione tra l'ossimetria e altre modalità di valutazione della perfusione come la Sjv02.

L'ossimetria cerebrale sembra avere un alto valore predittivo negativo, mentre il valore predittivo positivo è basso, e la sua utilità nel prevedere l'ischemia cerebrale è modesta. Nel confronto tra l'ossimetria con il test da sveglia, Stilo ha determinato la sensibilità del 60% e una specificità di solo il 25% quando è stata usata una caduta del 20% dell'ossimetria cerebrale come indicatore dell'ischemia cerebrale.

#### Strategia di prevenzione

Oltre ad evitare una grave ipotensione (cioè maggiore del 20% della pressione di base del paziente), l'esecuzione di un blocco regionale, e il mantenimento della ventilazione spontanea, sono alcune delle poche misure ritenute utili per ridurre l'incidenza di ipoperfusione cerebrale. Le misure per ridurre la stasi venosa nella posizione eretta possono essere utili. Kwak ha eseguito uno studio randomizzato e controllato per valutare l'effetto della compressione intermittente degli arti inferiori sull'emodinamica nella chirurgia artroscopica della spalla in BCP. I pazienti erano in anestesia generale con sevoflurano e ventilazione controllata. L'autore ha rilevato che nei pazienti di controllo si è avuta la comparsa di un'ipotensione inferiore all'80% del valore di base del paziente o una MAP inferiore a 60 mmHg nel

64% dei pazienti di controllo ma solo nel 28% di quelli in cui è stato usato uno strumento di compressione intermittente. Inoltre la portata cardiaca e il volume sistolico si sono mantenute ad un livello più alto in questo gruppo. Queste differenze hanno avuto una durata breve, forse a causa del rapido trattamento dell'ipotensione con efedrina.

La regolazione della ventilazione meccanica per mantenere una EtCO2 vicina a 40-42 rispetto a 30-32 mmHg migliora in modo significativo l'ossigenazione cerebrale durante la chirurgia della spalla in BCP.

#### RIASSUNTO

Sembra che frequentemente si ha una riduzione della perfusione cerebrale durante la chirurgia della spalla nei pazienti in BCP, soprattutto nei pazienti sottoposti ad anestesia generale con ventilazione in pressione positiva. Gli effetti dell'anestesia generale possono essere amplificati dall'ipotensione controllata. Il blocco interscalenico del plesso brachiale con sedazione può evitare l'ipoperfusione cerebrale permettendo di conservare l'autoregolazione, come anche di evitare la riduzione della portata cardiaca che si ha con la ventilazione controllata.

L'incidenza di gravi lesioni neurologiche è piuttosto bassa, ma il manifestarsi di forme di disfunzioni neurologiche clinicamente meno importanti come il delirio e le disfunzioni cognitive postoperatorie non è stata ben studiata. Anche se la sua importanza può essere oggetto di dibattito scientifico, la maggior parte dei clinici ritengono che la misurazione della pressione a livello del braccio sovrastima la pressione cerebrale in posizione eretta e deve essere corretta per stabilire la pressione di perfusione del cervello. Il limite inferiore di autoregolazione probabilmente è diverso tra gli individui ed è alterato da condizioni patologiche come nell'ipertensione cronica o in presenza di preesistenti alterazioni patologiche cerebrovascolari. Pertanto una previsione certa del valore di pressione sicuro nei singoli soggetti in BCP è difficile. Far riferimento alla pressione di base in posizione seduta nei singoli pazienti sembra un comportamento più prudente e sicuro. Non è stato completamente dimostrato che il monitoraggio della perfusione cerebrale evita i danni al sistema nervoso centrale ma può essere utile nei soggetti a rischio.

#### Raccomandazioni

- In occasione della visita preoperatoria eseguire una valutazione approfondita per valutare i fattori di rischio per una perfusione cerebrale inadeguata per determinare se il paziente è un candidato alla BCP.

- Evitare di posizionare il bracciale della pressione sugli arti inferiori.

- Stabilire un limite inferiore della pressione accettabile sulla base della pressione basale dei pazienti determinata in posizione seduta; sebbene questa modalità è in qualche modo arbitraria, la maggior parte dei medici scelgono come limite inferiore un valore ridotto del 20% rispetto al valore di base.

- Prendere come riferimento come pressione sistolica/media il livello del mesencefalo/poligono di Willis tenendo conto dell'effetto della gravità (2 mmHg ogni 2,5 cm di differenza di altezza tra il punto di misura e il cervello).

- Quando è possibile utilizzare come prima scelta una tecnica di anestesia regionale. Evitare approfondimenti eccessivi dell'anestesia generale che possono determinare una maggiore caduta della pressione e del flusso.

- Il monitoraggio con il BIS può essere utile per evitare un approfondimento eccessivo dell'anestesia generale.

- Quando è possibile, mantenere la ventilazione spontanea anche se è stato inserito un presidio di controllo delle vie aeree (maschera laringea). Se si utilizza la ventilazione in pressione positiva, occorre impostare la ventilazione al minuto in modo da evitare l'iperventilazione.

- Valutare l'opportunità di eseguire una profilassi degli episodi di bradicardia ipotensiva quando si esegue il blocco interscalenico soprattutto quando si utilizza un anestetico con adrenalina.

- Eseguire una frequente valutazione del rigonfiamento, o edema del collo che può comportare un'ostruzione delle vie aeree in un paziente in assenza di un tubo endotracheale.

- Mantenere un equilibrio volemico e somministrare vasopressori o farmaci inotropi se necessario per mantenere una MAP sopra il valore soglia stabilito nel singolo paziente.

- Ridurre al minimo gli improvvisi cambi di posizione.

- Valutare l'uso di strumenti di compressione intermittente degli arti inferiori.

4. Misurando la pressione arteriosa al braccio in posizione seduta di quanto mmHg occorre ridurre il suo valore per ogni 2,5 cm di differenza di altezza?	a. di 5 mmHg; b. di 4 mmHg; c. di 2 mmHg
5. Dalla letteratura risulta che un fattore di rischio di ischemia cerebrale in BCP è:	a. una MAP < 80 mmHg; b. una MAP < a 50 mmHg; c. una MAP < a 40 mmHg
6. Dalla letteratura risulta che un fattore di rischio per ischemia cerebrale è dato dall'anestesia con:	a. Propofol e fentanyl; b. propofol e remifentanyl; c. sevoflurano e protossido d'azoto
7. Gli episodi di desaturazione cerebrale nei pazienti in BCP sono:	a. maggiori dopo blocco interscalenico e sedazione con propofol; b. la frequenza non si modifica con le diverse tecniche d'anestesia; c. sono maggiori dopo anestesia generale
8. Qual è il valore di EtCO2 ottimale da mantenere durante la chirurgia della spalla in BCP per migliorare in modo significativo l'ossigenazione?	a. una EtCO2 vicina a 40-42; b. un EtCO2 tra 30-32 mmHg; c. un EtCO2 tra 45 e 50 mmHg
9. qual è il tetto soglia del tempo di desaturazione cerebrale per la comparsa di un declino cognitivo e una degenza prolungata in ospedale	a. 15 minuti; b. 35 minuti; c. 50 minuti
10. perché non si deve misurare la pressione a livello della gamba in BCP	a. perché è difficile ottenere la misurazione; b. perché è notevolmente più alta rispetto a quella dei vasi cerebrali; c. perché i cavi spesso non sono lunghi abbastanza da arrivare alla caviglia del paziente

Le risposte corrette sono sottolineate

## Come si calcola l'anzianità contributiva

**Le differenze di conteggio possono creare disguidi**

L'anzianità contributiva rappresenta la quantità di contributi versati dall'assicurato per ottenere una prestazione previdenziale. Si tratta di un valore imprescindibile per il perfezionamento di una qualsiasi prestazione di natura previdenziale erogata dagli enti previdenziali sia di natura pubblica che privata, sia di natura facoltativa che

particolare i docenti della scuola ma che è verosimilmente estensibile a tutti i dipendenti pubblici. Essendo il conteggio degli anni di servizio e di contribuzione passato dalle mani degli uffici scolastici regionali a quelle dell'Inps si è realizzata la differenza di calcolo tra l'anno solare, calcolato con 12 mesi di 30 giorni ciascuno per un totale di 360 giorni, e quello commerciale dell'Inps, di 54 settimane pari invece a 364 giorni. Pochi giorni di differenza, apparentemente, ma che moltiplicati per i 41/42 anni per andare in pensione anticipata diventano diversi mesi in più di obbligo a rimanere in servizio.

Se ricordiamo che è dal 1995 che si sarebbe dovuta portare avanti un'omogeneizzazione delle norme previdenziali ci si accorge che ogni ente ha continuato a mantenere le proprie prerogative, ed anzi, in alcuni casi come è successo per i medici già iscritti alla Cassa pensioni sanitari, confluita allora nell'Inpdap, ha sfoderato vecchi regolamenti, il più spesso restrittivi, che in alcuni casi hanno avuto bisogno, come è stato il calcolo dei periodi di riscatto degli anni di laurea, delle attribuzioni delle



quote di reversibilità ed altri, di veri e propri interventi legislativi e di numerose circolari. Appare sempre più opportuno, ormai, cercare di disboscare la foresta di norme, circolari, interpretazioni, che coinvolgono il settore, per proporre un testo unico delle norme previdenziali per tutti.

Claudio Testuzza  
Esperto in tematiche previdenziali  
Articolo del 12 Luglio 2018

obbligatoria. Nell'ambito delle gestioni pubbliche obbligatorie l'anzianità contributiva è un elemento essenziale per determinare sia il diritto che la misura delle prestazioni pensionistiche dirette (pensione di vecchiaia, pensione anticipata o ex pensione di anzianità), indirette (pensione ai superstiti e pensione indiretta) e di invalidità (assegno ordinario di invalidità o altra pensione di invalidità, e la pensione di inabilità).

Talvolta, accanto al requisito contributivo, è richiesto anche il perfezionamento del requisito di età anagrafica. Ad esempio per il conseguimento della pensione di vecchiaia, attualmente sono necessari almeno 20 anni di contributi (15 se in possesso di tale anzianità al 31/12/1992) ed un'età anagrafica di 66 anni e 7 mesi, che si accrescerà di cinque mesi dal 2019.

In altre situazioni è sufficiente il solo perfezionamento del requisito contributivo. Ad esempio la pensione anticipata è erogata al maturare, per il periodo 2016-2017, di 42 anni e 10 mesi di contributi (41 anni e 10 mesi per le donne), ciò indipendentemente dall'età anagrafica.

La Pensione ai Superstiti matura o dopo 15 anni di anzianità contributiva, oppure con il versamento di contributi per almeno 5 anni dei quali almeno 3 nel quinquennio antecedente il decesso, a prescindere dall'età anagrafica. Anche per l'Assegno ordinario di invalidità o per la pensione di inabilità, occorre possedere oltre ai requisiti sanitari consistenti nella perdita parziale o totale della capacità lavorativa, poter dimostrare il versamento per almeno 5 anni di contributi di cui almeno 3 nel quinquennio antecedente la domanda di prestazione.

L'anzianità contributiva influisce anche sulla misura della pensione. In linea generale si può dire che a parità di retribuzione percepita maggiori sono stati i versamenti contributivi più elevato sarà il reddito pensionistico a cui si andrà incontro.

Ma, ed è qui che sorge una questione, l'anzianità contributiva viene determinata in modo diverso a seconda della gestione previdenziale in cui risulta iscritto l'assicurato. Se per la generalità dei lavoratori dipendenti iscritti all'AGO dell'Inps essa è determinata in settimane (52 settimane in un anno), nei fondi esclusivi dell'assicurazione generale obbligatoria (dipendenti pubblici ex Inpdap) essa è determinata sulla base dei giorni di servizio calcolati sull'anno commerciale: 360 giorni in un anno, 30 giorni in un mese. In pratica l'anzianità contributiva deve essere trasformata da settimane in anni dividendo il numero delle settimane per 52 ed effettuando l'arrotondamento.

E' questo il problema che ha riguardato in

## II DIBATTITO



### Una riflessione sulla Professione

Qualche giorno fa sul Gruppo Facebook Anestesisti Rianimatori Em/AC 3.0 ha preso il via un dibattito sulla Professione. Il punto di partenza è stato l'intervento di un Collega che viene di seguito riportato. L'idea è di far nascere un dibattito anche su queste pagine sulle quali, se vorrete, saranno pubblicati i vostri contributi sul tema.

Per l'invio è a disposizione la mail della redazione: [ilnuovoar@aaroiemac.it](mailto:ilnuovoar@aaroiemac.it)

Carissimi Collegi,  
la mia esortazione alla ribellione non può essere condivisa da tutti soprattutto da quelle anime belle (sono tante) che fanno il medico per vocazione e quindi disposte a ogni sacrificio, purché non per ignavia verso i colleghi chirurghi.

Mi rivolgo invece agli anestesisti che dopo anni di professione si trovano invischiati in un lavoro che forse immaginavano più gratificante e non riescono a trovare una soluzione rischiando il "burnout". Ferie arretrate, SO dopo un turno di notte, urgenze messe in coda per non rinviare il proprio cliente, consulenze per Ammalati terminali, indicazioni chirurgiche scorrette (protesi, tumori, ecc) c'è qualcuno che controlla? E se protesti con il tuo primario?

Quietare mota è l'indolente risposta. Che dire delle retribuzioni quando il tuo collega ortopedico o ginecologo guadagna dieci volte il tuo magro stipendio (anche una seduta in LP è da fame). Potrei continuare all'infinito ma chi è al fronte conosce bene la situazione che si ripete sempre uguale in tutti gli ospedali.

Sono inoltre convinto che la nostra preparazione è particolare perché venendo a contatto con tante specialità abbiamo una visione completa del malato. Vorrei solo che la nostra professione fosse valorizzata per quello che vale, in tutti i sensi.

Dr Roberto Polisca  
Anestesista Rianimatore

## Science & Conscience Corner di Terry Peacock

### BWAAAARGH!!!

Come è consuetudine squilla il cellulare delle urgenze. Sul display il numero: 4666. Bene, è l'ostetricia. Premo il tasto per rispondere e subito dall'altoparlante erutta un: 'BWAAAARGH!' belluino. Il vetro del display si incrina e il numero 4 sparisce...

'È grave...' penso.

«Dottore, venga. È grave.», mi conferma l'ostetrica.

Allerto lo Specializzando: 'Stiamo per andare da una Paziente in travaglio di parto. Fai molta attenzione: ricordati il tuo addestramento, non smettere mai di avere fede e fai quello che ti dico. Qualcuno farà di tutto per ingannarti, ti loderà, ti offenderà, cercherà di comprarti. Tu non darle ascolto, solo così ne usciamo vivi tutti e due'. Invece gli dico: «Datti una mossa, che è tardissimo.» Appena arriviamo in stanza, l'ostetrica sta sfilando il braccio da sotto la camiciola della donna.

Il suono è quello viscido e liquido di quando si succhiano gli spaghetti, ma al contrario. Legge la domanda nei miei occhi (È pronta?) e risponde: 'Ho appena infilato il mio braccio fino al gomito e ho stretto la mano al bambino che mi ha pure detto che si è un po' stufato di stare là dentro. Quindi sì, è pronta'. Invece mi dice: «È perva al dito.»

Mi guardo intorno: 'Sbaglio o ancora manca qualcuno all'appello, una figura mitologica (meno della) metà medico e metà cesarizzatore, che risponde al nome gergale di Ginecologo?' Invece chiedo: «Dov'è il ginecologo?»

L'ostetrica risponde: 'Non so, non mi interessa, non lo voglio sapere. In sala parto COMANDO IO, puoi chiedere a me. Ti rispondo. Se mi va.' E invece dice: «Sta arrivando.»

Mi accorgo che oltre alla donna c'è anche il marito vicino al suo capezzale che le accarezza i capelli. Ha lo stesso colore del cuscino, se il cuscino fosse stato bianco con chiazza rosse di puro terrore. La donna comincia ad ansimare. L'ostetrica, quasi in trance, afferra una pinza lunga quarantacinque cm con batuffolo di garze intrise di disinfettante e si lancia in apnea sotto la camiciola della donna, aspergendo citrosil da tutte le parti. 'ESCI DA QUESTO CORPO, e veloce pure, ragazzi', che il turno sta per finire e non me lo danno, il cambio! Invece dice: «Brava così, respira!»

La donna volge lo sguardo al marito, in cerca di aiuto: 'ESCI CON QUESTO PORCO?' erano le parole che la mia coinquilina mi disse quando ti portai a casa. E aveva ragione: tutto questo è solo colpa TUA! E invece dice: «BWAAAARGHHH!!!»

Il marito reagisce prontamente: 'MESCI QUESTO CORVO, ripetevi quella sera, per dimostrarmi che potevi reggere il vino, ed eccoci qui, invece... Non sono pronto per questo, ci sarà un'alternativa?'

E invece dice: «Sarò sempre vicino a te...»

La faccio mettere seduta e disinfetto la schiena. Mi chiede se farà male (BWAAAARGH MALE?). 'Signora, ha avuto delle contrazioni del settimo grado della scala Mercalli tanto che in dermatologia sono esplosi tutti i bubboni dei pazienti e hanno evacuato per emergenza Pus e mi chiede se farà male?' E invece dico: «Solo una punturina.»

Il tentativo di trovare punti di repere palpando la schiena non mi dà indicazioni di nessun genere. Lo Specializzando mi chiede: 'RIESCI A FARLA CON QUESTO CORPO? Cioè, lo spessore dei piani è tale che un carotaggio mirato potrebbe farci scoprire la colonna vertebrale, o il petrolio.'

Potresti usare il Tuohy come per le ciambelle: lo infili e poi controlli se è cotta... E invece mi dice: «Ecco il kit»

Tra un Bwaaarg e l'altro, arriviamo a fine procedura. Pace e serenità si posano sulla donna.

Io all'ostetrica: '---- parole inenarrabili ----' E invece chiedo: «Dov'è il ginecologo?»

L'ostetrica: '---- parole ancora più inenarrabili----' E invece mi dice: «Sta arrivando...»

Dopo un paio d'ore, nasce un meraviglioso esserino urlante, che non sa ancora quanto il mondo lo farà disperare... Ma non è questo il momento di spiegarlielo.

E in quell'istante, compare il ginecologo sulla porta. 'E' nato, peccato! Potevamo fare un altro cesareo! Maledetti anestesisti!' E invece dice: «Tanti auguri, signora! È stata bravissima!»

E lei: «Grazie dottore! Per fortuna che si è affacciato!»

Io: 'Ci siamo fatti il mazzo per ore, mentre tu urlavi e ti dimenavi, ti abbiamo tolto il dolore e abbiamo evitato che tuo marito svenisse almeno tre volte, di cui una per motivi ancora tutti da scoprire, abbiamo pure utilizzato circa seimila euro di materiale giusto per passare il tempo e risolviamo tutto con un "per fortuna che si è affacciato il ginecologo?"'

E invece dico: «Buonanotte a tutti.», sperando senza troppa convinzione che il ringraziamento della neo mamma al mitico ginecologo *Deus ex machina* per l'affaccio sia stata soltanto una pura formalità di rispetto per la mitologia ed i suoi riti liturgici.

## AAROI-EMAC Puglia

# Emergenza-Urgenza: subito il tavolo regionale

*La Lettera aperta dell'Intersindacale al Governatore e al Commissario*

L'OO.SS. della Dirigenza Medica - AAROI-EMAC - ANAAO ASSOMED - ANPO - CGIL MEDICI CIMO - CISL MEDICI - FESMED - UIL MEDICI hanno inviato una lettera aperta al Governatore della Regione Puglia, Michele Emiliano e al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, Giancarlo Ruscitti in merito alla riorganizzazione del Servizio di Emergenza Urgenza Sanitaria regionale.

Di seguito il testo:

Le sottoscritte OO.SS. regionali, rappresentative della Dirigenza Medica e Veterinaria, vogliono esprimere, con la presente Lettera Aperta, il loro apprezzamento per il preannunciato programma di riorganizzazione del Servizio di Emergenza Urgenza Sanitaria regionale, condividendone l'enunciata, per grandi linee, proposta sia di futuro passaggio e inquadramento del Personale operante in tale Servizio nell'ambito del rapporto di dipendenza pubblica, sia la messa a punto di precisi criteri di accesso a tale Servizio che risultino maggiormente corrispondenti alle finalità dello stesso e che rispecchino la effettiva volontà e capacità professionale di chi voglia operarci in maniera stabile e non solo transitoria. Queste OO.SS. ritengono infatti che l'applicazione di tali criteri potrà positivamente influenzare un decisivo notevole miglioramento degli attuali livelli di erogazione del Servizio soprattutto per quanto concerne gli aspetti organizzativi territoriali e il necessario dialogo con i Servizi Ospedalieri coinvolti nella Emergenza Urgenza in quanto consentirà una stabilità lavorativa di tutto il Personale impiegato, nonché la garanzia di applicazione di livelli omogenei e coerenti dal punto di vista della dotazione strumentale, della organizzazione sul territorio, della acquisizione di personale e delle modalità di intervento che riteniamo siano finalità ampiamente desiderate e condivise anche dagli attuali Operatori del Servizio di Emergenza Urgenza.

E' altrettanto evidente a queste OO.SS. che tale processo nel breve periodo, nel momento stesso in cui venga avviato, necessiti della predisposizione di una opportuna e ben studiata fase di transizione la cui finalità permanga co-

munque quella dell'inquadramento di tutto il Personale necessario al Servizio nel rapporto di dipendenza contrattuale pubblica e a tal proposito precisano sin d'ora di essere del tutto contrari a eventuali soluzioni che siano orientate ad una privatizzazione del settore con il ricorso, per esempio, alla stipula di convenzioni con Associazioni

e/o Cooperative che poi forniscano il personale necessario, così come avvenuto in alcune Regioni con risultati non particolarmente positivi.

Il motivo per cui attualmente queste OO.SS. valutano positivamente la riorganizzazione proposta è quello del "miglioramento" dell'attuale Servizio che è attualmente garantito unicamente dalla dedizione professionale e umana di chi ci opera. Questo deciso "miglioramento" è indispensabile soprattutto a livello organizzativo ed è a nostro avviso perseguibile unicamente muovendosi nell'ambito di una affermazione dell'inquadramento pubblico del Servizio stesso in tutti i suoi aspetti.

Il processo riorganizzativo sarà impegnativo e non breve, per cui ogni attuale ulteriore dilazione del suo avvio comporta un procrastinare le attuali metodiche organizzative e di accesso con il persistere dei conseguenziali ben risaputi problemi organizzativi, di reperimento del personale e standardizzazione delle procedure.

Queste OO.SS. auspicano, pertanto, una immediata convocazione del tavolo regionale dedicato allo studio e alla valutazione del processo

di riorganizzazione del Servizio. Tale tavolo per poter essere fattuale, a nostro avviso, non può che essere condiviso da tutte le OO.SS. interessate aventi titolo sia della Dipendenza Pubblica che della Medicina Convenzionata.



## AAROI-EMAC Molise

# Gli AR stanno dando il massimo!

*Le puntualizzazioni del Dr David Lello alla stampa*



Anche al Veneziale di Isernia, come in diversi altri P.O. italiani, la carenza di Anestesisti Rianimatori sta creando serie difficoltà ai Professionisti e disagi agli utenti. Così come accaduto a Napoli, un episodio specifico è stato rilanciato sui media. Sulla vicenda è intervenuto il Presidente AAROI-EMAC Molise, David Di Lello, con alcune necessarie precisazioni.

"Con riferimento a quanto apparso sul web e sui social network circa la carenza di dirigenti medici anestesisti-rianimatori e la conseguente difficoltà di garantire l'esecuzione di alcune tipologie d'interventi chirurgici, per completezza e correttezza d'informazione, occorre innanzitutto precisare che la carenza dei suddetti specialisti è un problema diffuso in più parti del Paese, come recentemente riportato anche dalla stampa nazionale, le cui cause sono molteplici e che si aggrava nelle regioni soggette a piano di rientro.

I disagi subiti dai pazienti afferenti all'ospedale di Isernia, di cui siamo consapevoli, quindi, non sono casi isolati e attribuibili esclusivamente ad una gestione locale delle professionalità.

Ciò premesso, è bene spiegare che gli anestesisti-rianimatori in servizio presso lo Stabilimento Ospedaliero F. Veneziale di Isernia in termini di orario di lavoro danno il massimo e forse, talvolta, anche di più di quello consentito dalle leggi e norme vigenti per garantire, innanzitutto, la tempestiva e necessaria assistenza nei casi che rivestono le caratteristiche dell'emergenza-urgenza.

Occorre, quindi, precisare che H 24 e 365 giorni all'anno, affinché siano rispettati precisi standard orga-

nizzativi e di sicurezza, segnatamente previsti da normative e linee guida vigenti per gli ospedali dotati di punto nascita e pronto soccorso, devono essere previsti almeno uno specialista di guardia nell'unità di Rianimazione, dove sono degenti pazienti critici, e uno di guardia che serve ad assicurare l'anestesia per gli interventi aventi le caratteristiche dell'urgenza/emergenza e i trasporti protetti di pazienti gravi da trasferire in altri nosocomi.

Non può, quindi, prevedersi, al fine di recuperare una unità da assegnare alle sale operatorie di elezione al mattino, di sostituire l'anestesista di guardia nelle ore notturne con la pronta disponibilità in quanto ciò potrebbe compromettere la tempestività dell'intervento come, solo a titolo di esempio, è necessario nelle emergenze ostetriche e nei politraumi oppure potrebbe compromettere l'assistenza ai pazienti critici qualora il medico di guardia in rianimazione, nel mentre il medico in pronta disponibilità si reca in ospedale dal proprio domicilio, fosse costretto ad allontanarsi dalla sua unità operativa, dove, si ribadisce, sono degenti pazienti critici e bisognosi di cure intensive.

L'unica e definitiva soluzione alla problematica è quella di procedere urgentemente all'assunzione a tempo indeterminato di anestesisti-rianimatori da assegnare a tutta la rete ospedaliera molisana, anche reiterando i bandi di concorso, nelle more, dunque, appare sterile e priva di qualsiasi fattivo contributo la polemica sui turni aggiuntivi che i medici-chirurghi in servizio presso gli ospedali molisani, non solo anestesisti-rianimatori, svolgono e senza i quali, stanti le attuali dotazioni organiche, sarebbe il caos".

David Di Lello  
 Presidente AAROI-EMAC Molise

## AAROI-EMAC Campania

# Stabilizzazione precari sanità: una svolta storica

*La Comunicazione agli Iscritti del Presidente regionale*

Il 12 luglio 2018 ha segnato una svolta storica nella Vertenza Regionale sul Precariato in Campania, che ha visto l'AAROI EMAC in prima linea nella lotta ad uno dei fenomeni più riprovevoli e vergognosi degli ultimi decenni. Finalmente, infatti, è stato siglato l'Accordo Regionale che porterà alla stabilizzazione di circa 1300 Lavoratori Precari del SSR appartenenti ai diversi profili professionali.

Dall'Accordo sono scaturite Linee Guida Regionali condivise dalla Parte Pubblica e dall'Intersindacale Regionale, che già nella giornata del 13 luglio sono state inviate a tutte le Aziende Sanitarie, Ospedaliere e di Ricerca della Regione Campania. Il processo di stabilizzazione avrà due momenti di realizzazione e sarà differenziato, come prevede la legge, in due percorsi diversi a seconda della tipologia contrattuale di appartenenza del lavoratore (Comma 1 e Comma 2 art. 20 DLgs 75/2017).

Il processo prevede l'inclusione di tutte le tipologie di lavoro flessibile (Tempo determinato subordinato, Co.Co.Co., Co.Co.Pro, Partita IVA, 15 Septies), ad eccezione dei contratti in convenzione, di somministrazione e le borse di studio, su cui le Istituzioni Regionali si sono impegnate ad aprire su richiesta dell'Intersindacale appositi tavoli tecnici di contrattazione. Permettetemi di affermare che è stata una grande, bella e soprattutto meritata vittoria, da oltre tre anni, infatti, abbiamo lavorato duramente e costantemente in tutti i contesti, anche quando ai più ciò non era evidente e sembrava un traguardo irraggiungibile.

L'AAROI EMAC Regionale è stata, infatti, promotrice e trainante, sempre presente e particolarmente "attiva" in questa vertenza, in cui ha dato un fondamentale contributo tecnico-sindacale, al punto da vedere scelto dall'Intersinda-

cale Regionale della Dirigenza il proprio Presidente come capo delegazione al Tavolo Tecnico regionale sul Precariato, istituitosi nel 2016 subito dopo il primo successo della I° Fase della stabilizzazione, che già aveva visto l'AAROI-EMAC tra le sigle sindacali più attive e presenti.

In linea con i principi fondamentali del Sindacato, quello autentico, che ispirano la nostra Associazione, abbiamo sposato doverosamente e senza remore la causa del Precariato, anche se riguardava una parte esigua di Iscritti, se paragonati a quelli delle altre sigle sindacali, e investito in essa tantissime energie, per il peso specifico della stessa, in quanto si trattava di vedere riconosciuti diritti fondamentali che, se anche storicamente acquisiti, a questi lavoratori venivano immoralmemente negati da oltre un decennio, oltraggiandone la dignità personale prima ancora che professionale. Non potevamo permettere, infatti, che si perpetuasse una delle più grandi ingiustizie sociali degli ultimi decenni.

Non era possibile tollerare l'esistenza di lavoratori di "serie A" e lavoratori di "serie B". La tenacia e soprattutto l'averci creduto fermamente sempre e comunque sono stati premiati, anche quando tutto intorno non lasciava molto spazio alla speranza. Oggi possiamo dire con gioia che col nostro importante contributo la dignità personale e professionale di tanti Lavoratori ha avuto il giusto riconoscimento, non vi nascondo però un'amarezza per i tanti Colleghi dell'Area Critica, che lavorano forzatamente in convenzione e che non hanno visto giustamente coronata la loro giusta ambizione di passare alla dipendenza.

Ovviamente continueremo a vigilare e a impegnarci fino a quando il processo di stabilizzazione non sarà terminato in tutte le Aziende e non vedrà realizzato il passaggio, secondo legge, alla dipendenza delle altre tipologie contrattuali, ma nel frattempo siamo fieri dell'importante risultato raggiunto. Permettetemi di ringraziare pubblicamente tutti coloro che hanno creduto nell'ambizioso progetto e sorretto e supportato il sottoscritto in questa ardua impresa, un grazie particolare va a Raffaella Ricciotti che con tenacia e attaccamento all'AAROI-EMAC ha dato un contributo sostanziale alla sua realizzazione. Ad maiora.

Giuseppe Galano  
 Presidente AAROI-EMAC Campania



## AAROI-EMAC Sicilia

### Concorso pubblico per 317 Anestesisti Rianimatori

**Scarpuzza: "un grande risultato, ma in Sicilia non bastano"**

Un grande risultato atteso per 11 anni. In Sicilia, nei giorni di chiusura della Rivista, verrà pubblicato sulla Gazzetta regionale e successivamente su quella nazionale, il Bando di Concorso per 317 posti a tempo indeterminato di dirigente medico di anestesia e rianimazione nelle aziende sanitarie provinciali e ospedaliere in Sicilia.

Una notizia che fa seguito alla recente presa di posizione della Commissione Sanità dell'ARS in occasione dell'Audizione con il Presidente AAROI-EMAC Sicilia, Emanuele Scarpuzza, e con il Presidente regionale della SIAARTI, Antonino Giarratano.

Lo scorso 13 Giugno, infatti, la sesta commissione dell'Ars, all'unanimità, ha approvato un documento in cui "per far fronte alle carenze in pianta organica dei dirigenti medici, invitava il governo regionale a procedere presto, unitamente alla riattivazione del coordinamento del settore unico per l'emergenza, all'effettuazione delle procedure

concorsuali per anestesia e rianimazione.

L'auspicio della commissione Salute - continuava la nota - era che venissero "posti in essere tutti gli adempimenti per la cooptazione di specialisti del settore, mediante concorso pubblico, al fine di garantire la sicurezza e la stabilità del sistema sanitario siciliano".

Nel documento veniva, inoltre, specificato che era stato aperto "un tavolo con gli specialisti di anestesia e rianimazione al fine di ascoltare le loro richieste e risolvere le criticità di questa branca così essenziale per la sicurezza e la stabilità del sistema sanitario regionale".

Ad alcuni giorni dall'Audizione, il 20 di Giugno la stessa Commissione ha approvato una risoluzione sul potenziamento della branca medica di anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore impegnando il governo regionale "a voler porre in essere tutti gli adempimenti neces-

sari per l'attivazione immediata delle procedure concorsuali - mediante due procedure di bacino una per la Sicilia orientale e l'altra per la Sicilia occidentale - al fine di garantire il reclutamento a tempo indeterminato presso tutte le aziende sanitarie siciliane dei dirigenti medici di anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore, permettendo così di partecipare alle stesse procedure i diplomati specialisti Artid che conseguiranno tale titolo nel mese di agosto, fugando pertanto il rischio, di una loro assunzione fuori Regione".

Nei primi giorni di Luglio è giunta la notizia del reclutamento di 317 Anestesisti Rianimatori e il 19 Luglio il commissario dell'Azienda Sanitaria provinciale di Trapani ha emanato la delibera che dà il via libera a mobilità e concorso pubblico per 105 posti a tempo indeterminato nelle aziende sanitarie provinciali e ospedaliere della Sicilia occidentale.

"Ringraziamo l'assessore alla Salute Razza per la sua disponibilità e per aver mantenuto gli impegni presi: finalmente si cerca di risolvere un grave handicap come quello della carenza cronica in tutti i 54 ospedali siciliani di anestesisti-rianimatori - ha commentato il Presidente AAROI-EMAC Sicilia, Emanuele Scarpuzza in un'intervista a la Sicilia -.

Questi numeri fanno riferimento alle vecchie piante organiche, adesso attendiamo le nuove dotazioni. Ma una cosa è certa: in Sicilia ci vogliono ancora altri posti di anestesisti-rianimatori".



## AAROI-EMAC Lombardia

### Accordo RAR 2018

#### La Lettera agli Iscritti della Lombardia

Il 18 luglio si è conclusa presso la DG Welfare una tesa trattativa per la firma dell'accordo sulle Risorse Aggiuntive Regionali dell'anno 2018.

Le Risorse Aggiuntive Regionali sono una quota lorda che la Regione destina agli operatori del suo sistema sanitario (differenziata in base alla categoria, al profilo professionale di appartenenza e alla tipologia di turno lavorativo) per incentivare degli obiettivi a lei particolarmente cari come l'attuazione della riforma del sistema sanitario lombardo. Regione Lombardia è la sola regione che ad oggi eroga questi soldi grazie anche al lavoro svolto negli anni dalle varie organizzazioni sindacali tra le quali c'è l'AAROI-EMAC.

Bisogna precisare che quest'anno il tavolo è stato convocato da Regione Lombardia in notevole ritardo e la parte pubblica si è presentata con la proposta di una quota RAR ulteriormente ridotta rispetto a quella degli anni passati. Solitamente la firma per l'intesa RAR avviene nel mese di marzo con l'erogazione di una quota parte già durante il mese giugno e per quanto attiene la somma questa è da alcuni anni, di anno in anno, costantemente ridotta per il continuo defianziamento del fondo per il SSN a partire dai 2200 euro di 5 anni fa fino ai 1300 euro del 2017.

Nella proposta presentata il risparmio conseguente alla riduzione della quota sarebbe stato utilizzato dalla Regione per l'assunzione di nuovo personale, per poter compensare almeno in parte le criticità osservate nei vari Ospedali regionali. Siamo stati sottoposti ad un'alta pressione: o si accettava il progetto così come era formulato o l'alternativa sarebbe stata la sospensione dell'erogazione delle risorse aggiuntive facendo, inoltre, ricadere sui sindacati la colpa per le mancate assunzioni.

Quindi dopo una lunga trattativa, in cui non abbiamo ceduto ai ricatti, ricordando che la trattativa era inter pares, abbiamo ottenuto un accordo che prevede:

**1-il mantenimento ancora delle RAR** con l'impegno ad un incontro già a novembre per discutere delle risorse per l'anno 2019.

**2-il mantenimento dell'ormai storica eliminazione di obiettivi quantitativi**, che implicano orario aggiuntivo, fermo restando solo obiettivi di miglioramento qualitativo delle prestazioni sanitarie.

**3-la diminuzione a 1100 euro della quota base ma con il mantenimento dei 193 euro per i dirigenti che effettuano guardie notturne** come riconoscimento di disagio.

**4-l'assunzione, con i risparmi, di nuovi colleghi** in aggiunta alle assunzioni già disposte da Regione Lombardia e con l'impegno ad un monitoraggio semestrale delle assunzioni effettuate.

**5- un serio impegno da parte della DG Welfare per un cronoprogramma stretto su temi quali la libera professione e i fondi contrattuali.**

**E' il meglio che si poteva ottenere senza svendere il nostro tempo lavoro e favorendo le assunzioni per migliorare almeno in parte il clima lavorativo e il conseguente nostro benessere.**

L'accordo dovrà ora essere riversato in ciascuna azienda per la sottoscrizione degli specifici obiettivi e verrà erogato un acconto pari al 60% con lo stipendio di ottobre mentre il restante 40% nel mese di aprile 2019.

Cristina Mascheroni  
Presidente AAROI-EMAC Lombardia

## AAROI-EMAC Calabria

### Le criticità del Presidio Ospedaliero di Locri

#### La lettera di denuncia ai media

La nota diffusa dall'AAROI-EMAC Calabria in relazione alle criticità del Presidio Ospedaliero di Locri diffusa alla stampa anche per avvisare i cittadini dei rischi che corrono.

"Riscontriamo una segnalazione da parte dei nostri Iscritti, Medici Anestesisti Rianimatori del Presidio Ospedaliero Spoke di Locri, i quali evidenziano uno stato di cronica criticità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie alla popolazione del proprio bacino di utenza. E ciò, già inconcepibile per le attività ordinarie, diventa assolutamente inammissibile in caso di situazioni di urgenza o, peggio, di emergenza.

Il Presidio di Locri è inserito a pieno titolo, almeno sulla carta, nel tessuto della rete ospedaliera della Città Metropolitana di Reggio Calabria.

Tessuto che conta un centro Hub, il Grande Ospedale Metropolitan di Reggio, due centri Spoke, i Presidi Ospedalieri di Polistena e, appunto, Locri e due Ospedali Generali, Melito P.S. e Gioia Tauro.

Già questo dovrebbe essere più che sufficiente ad indicare il ruolo di massima importanza che il presidio di Locri, peraltro localizzato in un territorio che è stato progressivamente privato delle proprie risorse e sempre più isolato dal contesto sanitario, dovrebbe giocare.

Nello Spoke di Locri, dotato di Pronto Soccorso, Rianimazione, Ortopedia/Traumatologia e Chirurgia viene centralizzato, ad esempio, il paziente politraumatizzato della zona che, ricordiamo, è un pericoloso crocevia delle due strade con maggior tasso di mortalità della provincia: Ss 106 e Sgc Jonio-Tirreno.

In questo presidio, il traumatizzato, dev'essere rapidamente stabilizzato per poter essere trattato chirurgicamente in loco oppure altrettanto rapidamente trasferito al centro Hub di riferimento nel caso in cui vi sia indicazione neuro- o cardiocirurgica, trattandosi queste ultime, di specialità non previste per i centri Spoke.

**Ma la veloce stabilizzazione del paziente e la possibilità di incidere positivamente sugli esiti, deve necessariamente essere preceduta da un'altrettanto celere diagnosi.**

La diagnostica per immagini rappresenta da tempo, ormai (è sufficiente digitare su un qualunque motore di ricerca le parole chiave "Tac" e "Locri" per avere un'idea, comunque riduttiva, delle dimensioni del problema), un'autentica spada di Damocle sulla testa del malcapitato paziente.

Ma anche sulla testa dei medici che, dalla trincea del presidio locri-  
deo, roccaforte sanitaria a difesa di oltre centotrentamila abitanti, sono costretti a trasferire sovente i pazienti presso lo Spoke di Polistena, obbligati dunque così a sottrarre prezioso tem-

po all'azione, solo per poter effettuare una diagnosi.

E questo alla faccia della golden hour e delle statistiche che ci dicono come, nel caso dei politraumatizzati, circa l'ottanta per cento dei decessi avvenga nel corso delle prime ore.

Allo Spoke di Locri, però, la richiesta di salute non si esaurisce con l'assistenza e la cura del traumatizzato.

Utic, Pronto Soccorso, Medicina, Pediatria, Rianimazione e tutte le altre unità operative non possono certo rinunciare all'indispensabile ausilio diagnostico per erogare prestazioni sicure ed efficaci.

**Alla Radiologia di Locri mancano troppo spesso uomini e mezzi e, ad ogni piè sospinto, disposizioni di servizio comunicano il razionamento di queste risorse.** E le prestazioni, ancorché in urgenza, corrono il rischio di essere contingentate o, peggio, calendarizzate.

Così, anche i pazienti più critici, quali ad esempio quelli ricoverati in Uo di Rianimazione, per poter effettuare un semplice esame come la Tac, potrebbero dover essere trasferiti, ove le circostanze lo permettano, a Polistena o a Melito, con tutti i rischi che questo comporta. Per poi tornare, con i rischi di un altro trasferimento, al presidio di provenienza.

**Sappiano, i cittadini della locride, che ci saranno alcuni giorni in cui la radiologia potrebbe essere chiusa ed altri in cui, per lo stesso motivo, in determinate ore del giorno o della notte potrebbe non essere consigliabile sentirsi male.** Sappiano pure che prendersela con gli operatori sanitari, come già più volte accaduto nel recente passato, non modificherà questo stato di cose. E che gli operatori sanitari sono, esattamente come i cittadini, vittime ed ostaggi di un sistema che non è più in grado offrire l'assistenza dovuta.

Sappiano anche che come Aaroi Emac chiederemo al Management aziendale un incontro urgente perché a noi Medici Anestesisti Rianimatori, come a tutti gli altri Operatori Sanitari, la salute dei nostri Pazienti sta a cuore. E molto.

Oggi abbiamo raccontato una storia sulla Radiologia di Locri. E ci teniamo ad esprimere piena solidarietà ai nostri Colleghi ed a tutti gli operatori sanitari che lavorano in condizioni disagiati. Oltre naturalmente ad essere vicini a quei cittadini che rivendicano il giusto, costituzionale diritto alla salute.

Le criticità, però, non finiscono certo qui, e non riguardano, purtroppo, solo Locri. E se si avrà voglia di leggere altre storie tristi come questa, ne riparleremo a breve.

AAROI-EMAC Calabria

## IL PUNTO

# Spostamenti tra Aziende Sanitarie: normative e criticità

## LEGISLATION



Negli ultimi mesi sono giunti all'attenzione della nostra Associazione molti quesiti riguardanti lo spostamento tra Aziende e nello specifico sulle norme riguardanti le mobilità, le aspettative, i periodi di preavviso e quant'altro.

E' utile, quindi, affrontare questi temi che stanno diventando di largo interesse.

Gli istituti normativi che consentono uno spostamento del rapporto di lavoro tra due Aziende Sanitarie sono: la mobilità volontaria, la vincita di un concorso per tempo indeterminato o un avviso pubblico per soli titoli per tempo determinato.

### MOBILITA' VOLONTARIA

In caso di mobilità non vi è novazione del rapporto di lavoro e, di conseguenza, si transita nella nuova Azienda senza la necessità di una ulteriore valutazione professionale, dato che è stata già fatta nel concorso a tempo indeterminato nell'Azienda di partenza. In questo caso si ha la possibilità di trasportare nella nuova Azienda giorni di congedo ordinario (ferie) residue, ore in esubero, giornate residue di rischio anestesiológico o radiológico (anche se l'Azienda di destinazione in linea di massima preferirebbe ricevere il rapporto senza residui di tali istituti)<sup>(1)</sup>.

E' necessario, tuttavia, ottenere il nulla osta dall'Azienda di partenza senza il quale non è possibile ottenere la mobilità.

Qui un primo problema normativo: la norma non prevede entro quanto tempo l'Azienda di partenza deve dare il nulla osta e non stabilisce quanto tempo può/deve attendere l'Azienda di destinazione prima di scorrere la graduatoria con la assurda conseguenza che il collega viene a trovarsi stretto tra tempistiche che non si conciliano. Resta spesso difficile rincorrere il lecito desiderio di un accordo tra le due Aziende che, al contrario, badano ciascuno al proprio interesse.

### VINCITA DI CONCORSO/AVVISO PUBBLICO

Altro caso è dato dalla vincita di un concorso per tempo indeterminato o di un avviso pubblico per soli titoli per tempo determinato.

Con norme contrattuali diverse ambedue questi casi consentono di ottenere una aspettativa per il periodo di prova (senza ne-

cessità di preavviso<sup>(2)</sup> per il tempo indeterminato in ossequio all'Art. 14 CCNL 8.6.2000 I biennio economico – comma 9 che recita:

9. Al dirigente proveniente dalla stessa o da altra azienda del comparto, durante il periodo di prova, è concessa una aspettativa per motivi personali senza diritto alla retribuzione, ai sensi dell'art. 19 CCNL 8.6.2000. In caso di mancato superamento dello stesso ovvero di applicazione del comma 5 il dirigente rientra nella azienda con la qualifica di provenienza. La disposizione si applica anche

in caso di vincita di concorso presso altra amministrazione di diverso comparto.

Si ha anche diritto all'aspettativa per tutta la durata del rapporto a tempo determinato in ossequio all'Art. 10 CCNL 10.2.2004, come integrato dall'art. 24 CCNL 3.11.2005 che recita:

8. L'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità è altresì concessa al dirigente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a domanda, per:

b) tutta la durata del contratto di lavoro a termine se assunto con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda o ente del comparto, ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto.

Anche in questi due casi restano le stesse problematiche di tempistica evidenziate per la mobilità senza che il CCNL affronti il problema.

Un ultimo aspetto che è utile chiarire è la problematica del periodo di preavviso in caso di dimissioni.

A tal proposito l' Art. 39 CCNL 5.12.1996, art. 3 CCNL 2.7.1997, art. 20 CCNL 8.6.2000 al comma 2, 4, 5 e 6 recita:

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

4. La parte che risolve il rapporto di lavoro senza l'osservanza dei termini di cui al comma 1, è tenuta a corrispondere all'altra parte un'indennità pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso. L'azienda o ente ha diritto di trattenerne su quanto dalla stessa eventualmente dovuto al dipendente un importo corrispondente alla retribuzione per il periodo di preavviso da questi non dato.

5. E' in facoltà della parte che riceve la comunicazione di risoluzione del rapporto di lavoro di risolverlo sia all'inizio, sia durante il periodo di preavviso con il consenso dell'altra parte.

6. Durante il periodo di preavviso non è consentita la fruizione delle ferie.

Ed inoltre l'Art. 1 CCNL 5.8.1997 al comma 5 recita:

5. Ai Dirigenti assunti a tempo determinato si applica il trattamento economico e normativo previsto dal presente con-

tratto per le relative posizioni a tempo indeterminato, ..... omissis.....

In sintesi il preavviso è di 3 mesi, salvo diverso accordo con l'Azienda o salvo subire una penale pari all'importo della retribuzione spettante per il periodo di mancato preavviso. Prima dell'inizio del periodo di preavviso occorre godere dei giorni di congedo ordinario (ferie) residue, ore in esubero, giornate residue di rischio anestesiológico o radiológico.

Soltanto nel secondo trimestre del periodo di prova il dipendente può dimettersi senza preavviso.

L'Azienda di destinazione, invece, in linea di massima consente un solo mese di attesa che, chiaramente non è sufficiente a completare l'iter descritto e raramente, anche in questo caso, le Aziende raggiungono un accordo, lasciando il collega in una tenaglia normativa impossibile da risolvere.

Arturo Citino

Coordinatore Formazione Sindacale AAROI-EMAC

### NOTE

#### (1) Orientamenti applicativi ARAN

Come devono essere gestite le ferie residue di un dipendente in mobilità?

L'istituto della mobilità non determina la novazione del rapporto di lavoro e il rapporto precedente continua seppure con il mutamento del datore di lavoro. Esso si configura pertanto come cessione del contratto di lavoro. Ne consegue che le ferie residue non godute dal dipendente prima del trasferimento non possono essere oggetto di monetizzazione che può avere luogo solo in caso di cessazione dal rapporto di lavoro e in presenza dei casi residuali di cui alla legge n. 135/2012. Esse potranno semmai essere fruiti presso la nuova amministrazione di destinazione la quale potrebbe anche richiedere al dipendente, come condizione necessaria per la procedibilità della mobilità stessa, l'aver fruito nell'azienda di provenienza, di tutte le ferie maturate.

(2) Nel caso di dirigente in aspettativa senza assegni per periodo di prova devono essere rispettati i termini di preavviso?

Sulla questione è intervenuto, in via definitiva, l'art. 10 del CCNL del 10 febbraio del 2004, il quale ha chiarito che il dirigente in aspettativa senza assegni per l'effettuazione del periodo di prova, in caso di assunzione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso altra azienda, non è tenuto a dare il periodo di preavviso, qualora lo stesso non rientri al termine del periodo di prova presso altra azienda. Pertanto, il recesso dal contratto individuale di lavoro in essere con l'azienda di originaria appartenenza, alla data di scadenza dell'aspettativa medesima, non implica l'obbligo del preavviso e, pertanto, lo stesso non è tenuto al pagamento dell'indennità di mancato preavviso.

## La sicurezza nella gestione dei farmaci

### Dalla SIAARTI una Survey online

Dai report internazionali continua ad emergere il warning della necessità di ridurre i "medication error (ME)": dai 1 ME ogni 133 somministrazioni perioperatorie, si è passati a 1 ME ogni 20 e il dato sottostima certamente il rischio

se si aggiungono tutte le situazioni di emergenza dove molti operatori interagiscono. Nonostante raccomandazioni già prodotte gli errori di labeling-etichettatura ammonterebbero addirittura al 24,4% dei ME.

Molte volte gli errori e i danni provocati da scambi, diluizioni non appropriate, contaminazioni o consegne non standardizzate, non emergono nella loro dimensione reale.

Molti ME sono generati dalla complessa gestione farmacologica in settori dove non è

realistico adottare il FUT (Foglio Unico di Terapia).

Per valutare lo stato dell'arte nazionale e rivedere raccomandazioni e buone pratiche cliniche da standardizzare, la SIAARTI ci ha chiesto di diffondere a tutti i nostri Iscritti l'invito a partecipare alla survey online disponibile

al link

<https://it.surveymonkey.com/r/JQ86JJ9>, compilando il semplice questionario (non vi costerà più di 5 minuti!), i cui risultati saranno utili a discutere le strategie da proporre con azioni preventive al Ministero della salute e all'ISS. Tali strategie sono funzionali anche all'implementazione continua della sicurezza a beneficio del nostro lavoro di Medici e dei nostri Pazienti.



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

### Colloqui medico-paziente

#### La Resistenza

- Buongiorno, Dottore. Come sta oggi mio padre?
- Purtroppo non va bene, Signora. La sua è un'infezione da anaerobi.
- Dottore, crede che se la sia presa a Nairobi? Il papà è andato in Kenia il mese scorso.
- No, Signora. Gli anaerobi sono germi. E lui da una settimana fa un metronidazolo tre volte al giorno.
- E' così debole? Mi sta dicendo che riesce soltanto a fare un metro da solo?
- No, Signora. Il metronidazolo è un antibiotico. Ma temiamo che si stia manifestando un'antibiotico-resistenza.
- Vede, Dottore, mio padre è stato partigiano. Però sono già tanti anni che non va più alle manifestazioni sulla Resistenza.
- No, Signora. Sono i batteri che sono resistenti agli antibiotici. Dovrà fare un prelievo bioptico.
- Non ce n'è bisogno, Dottore. Il papà è appena stato dall'ottico per cambiare gli occhiali. Adesso ci vede bene.
- Sì, ci vede bene e la vedrà volentieri, cara Signora. Vada da lui! ... Ma che resistenza ci vuole!

#### Astenia

- Buongiorno, Dottore. Come sta oggi la mamma?
- E' stazionaria, Signora. Oggi però mi sembra meno astenica.
- Nevrastenica?! Oh no! La mamma era una donna così calma.
- No, Signora. Non c'entra l'apparato nervoso. Parlo di quello motorio.
- Dottore, la prego: mi dica la verità! Se parla di mortorio, vuol dire che mia mamma sta molto male.
- No, Signora. Ho detto motorio, non mortorio. E' un'astenia dei muscoli.
- E questa stonia che colpisce i muscoli, è una cosa grave?
- No, Signora. Le ho detto che oggi è meno astenica perché manifesta più motilità.
- Più immobilità? Allora è paralizzato! Povera mamma.
- No, Signora. E' il contrario. Si muove di più. Ma adesso vada da lei. La troverà più tonica.
- Tante grazie, Dottore. Vado subito. Povera mamma: anche daltonica!

# QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

Rubrica a cura di **Domenico Minniti** (Presidente Sez. Reg. AAROI-EMAC Calabria) e **Arturo Citino** (Coordinatore Formazione Sindacale)



## GIORNI DI LAVORO CONSECUTIVI

**Domanda:** Vorrei sapere quanti giorni consecutivi si possono lavorare senza un giorno di riposo.

**Risposta:** La problematica è affrontata dal Dlgs 66/2003 che all'art.9 recita:

**Art. 9**  
**Riposi settimanali**  
1. Il lavoratore ha diritto ogni sette giorni a un periodo di riposo di almeno ventiquattro ore consecutive, di regola in coincidenza con la domenica, da cumulare con le ore di riposo giornaliero di cui all'articolo 7 il suddetto periodo di riposo consecutivo è calcolato come media in un periodo non superiore a quattordici giorni.

In sintesi si può lavorare 12 giorni di seguito avendo poi il recupero di due festività da cumulare con le 11 ore di riposo.

## REGIME DI ESCLUSIVITA'

**Domanda:** In un rapporto di lavoro in regime di esclusività si può effettuare libera professione fuori regione?

**Risposta:** Al fine di eseguire libera professione fuori regione occorre che sia stipulata apposita convenzione.

È necessario controllare il regolamento aziendale e, se contemplata questa possibilità, comunicare all'Azienda tale intenzione e riceverne l'approvazione.

## DIRITTO ALL'AGGIORNAMENTO

**Domanda:** Quali sono gli istituti contrattuali ai quali si ha diritto per l'aggiornamento?

**Risposta:** Ai fini dell'aggiornamento si ha diritto a 4 ore per settimana ed, in aggiunta, 8 giorni di congedo straordinario.

La norma contrattuale che accorda tali congedi è la seguente:

CCNL 5.12.96 - Comparto Sanità area dirigenza medica e veterinaria - parte normativa 1994 - 1997 e parte economica 1994 - 1995

**ART. 23 - Assenze retribuite**

1. Il dirigente può assentarsi nei seguenti casi:  
- partecipazione a concorsi od esami, limitatamente ai giorni di svolgimento delle prove, ovvero partecipazione a convegni, congressi o corsi di aggiornamento, perfezionamento o specializzazione professionale facoltativi, connessi all'attività di servizio: giorni otto all'anno;  
- lutti per coniuge, convivente, parenti entro il secondo

grado ed affini entro il primo grado: giorni tre consecutivi per evento;

- particolari motivi personali e familiari, compresa la nascita di figli: 3 giorni all'anno.

2. Il dirigente ha altresì diritto ad assentarsi per 15 giorni consecutivi in occasione di matrimonio.

3. Le assenze di cui ai commi 1 e 2 sono cumulabili nell'anno solare e non riducono le ferie e sono valutate agli effetti dell'anzianità di servizio.

## ALLATTAMENTO

**Domanda:** A proposito dell'allattamento è possibile accorpate i permessi diminuendo le ore settimanali complessive invece che usufruirne quotidianamente??

**Risposta:** I permessi per l'allattamento non possono essere accorpate e devono seguire quanto indicato dal L'art. 39 del Decreto Legislativo n. 151 del 2001, il Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, che prevede "i riposi giornalieri della madre", ossia che:

Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo, anche cumulabili durante la giornata.

Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore;

I periodi di riposo hanno la durata di un'ora ciascuno e sono considerati ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro. Essi comportano il diritto della donna ad uscire dall'azienda.

I periodi di riposo sono di mezz'ora ciascuno quando la lavoratrice fruisca dell'asilo nido o di altra struttura idonea, istituiti dal datore di lavoro nell'unità produttiva o nelle immediate vicinanze di essa.

## PARTECIPAZIONE A BANDI CON PART TIME

**Domanda:** Posso partecipare ai bandi di mobilità e concorsi nonostante attualmente abbia un rapporto di lavoro ad orario ridotto (part-time)?

**Risposta:** Si può partecipare ai bandi di mobilità e concorsi nonostante il part-time dato che non ci sono norme specifiche o limitazioni a riguardo.

## FERIE ESTIVE

**Domanda:** Esiste una qualche normativa contrattuale che regola le ferie estive? Chi ha il compito di organizzare i vari periodi?

**Risposta:** L'organizzazione dei turni di servizio compete al Direttore di Struttura Complessa che ha il dovere di consentire il godimento delle ferie estive per 15 giorni DI FERIE CONTINUATIVE tra giugno e settembre:

## SCELTA RAPPORTO ESCLUSIVO

**Domanda:** Nel nuovo contratto per un rapporto a tempo indeterminato si può essere obbligati ad un rapporto che impedisca la possibilità di rapporto in extra-moenia?

**Risposta:** L'Art. 10 CCNL 3.11.2005 recita:

1. A decorrere dal 30 maggio 2004, data di entrata in vigore della legge 26 maggio 2004, n. 138, il rapporto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria può essere esclusivo o non esclusivo. ...omissis...56.

2. I dirigenti del comma 1, già a rapporto esclusivo, possono optare per il passaggio al rapporto non esclusivo entro il 30 novembre di ciascun anno. Gli effetti del passaggio decorrono dal primo gennaio dell'anno successivo all'opzione e sono regolati dall'art. 12 (pag. 35) CCNL 3.11.2005 (Effetti del passaggio dal rapporto esclusivo al rapporto non esclusivo e viceversa).

Di conseguenza a novembre potrai scegliere il rapporto non esclusivo che sarà operativo a partire da gennaio.

È necessario porre attenzione al contratto sottoposto alla firma sottolineando che si tratta di un contratto AL MOMENTO esclusivo ma trasformabile ai sensi dell'Art. 10 CCNL 3.11.2005.

## NULLA OSTA PER PARTECIPAZIONE AVVISO

**Domanda:** La mia azienda mi ha concesso il nulla osta preventivo per la partecipazione ad un avviso di mobilità nazionale specificando che "l'azienda si riserva di far decorrere il trasferimento compatibilmente con le esigenze di copertura del posto".

Qualora dovessi vincere l'avviso, per quanto tempo l'azienda di provenienza potrebbe trattenermi?

**Risposta:** L'Azienda può trattenere senza alcun limite e potrebbe decadere il diritto alla mobilità in ingresso.

L'unica soluzione è vincere un concorso per tempo indeterminato o un avviso per tempo determinato.

## NOTTE DI GUARDIA MENSILI

**Domanda:** Esiste una normativa che stabilisce un numero massimo di notti da effettuare in un mese?

**Risposta:** Il contratto di lavoro stabilisce in 10 il numero massimo di turni di pronte disponibilità effettuabili di norma in un mese.

Anche se il CCNL non stabilisce il numero massimo di notti di guardia mensili appare plausibile e raccomandabile non superare il numero di 10 sommando le pronte disponibilità notturne ed i turni di guardia notturni.

## ORGANIZZAZIONE PRONTA DISPONIBILITA'

**Domanda:** Al fine di organizzare il servizio di pronta disponibilità possono essere utilizzati anche dirigenti sanitari appartenenti ad aree funzionali omogenee e quindi non appartenenti alla stessa disciplina?

**Risposta:** La risposta alla domanda è negativa in ossequio all'articolo contrattuale:

**Art. 17 CCNL 3.11.2005 che recita:**

3. Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia dell'art. 16 CCNL 3.11.2005 (Servizio di Guardia) ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina. Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa.

Il servizio di pronta disponibilità integrativo dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, compresi quelli di struttura complessa. Il servizio sostitutivo coinvolge a turno individuale, solo i dirigenti dell'art. 14 CCNL 3.11.2005.

Di conseguenza per organizzare il servizio di pronta disponibilità NON possono essere utilizzati anche dirigenti sanitari appartenenti ad aree funzionali omogenee e quindi non appartenenti al reparto in questione.

**Nota Bene:** le "Risposte ai Quesiti" si basano sulle fonti legislative e contrattuali - che a volte sono lacunose - riferibili ai casi descritti, e pertanto non possono avere alcuna pretesa di infallibilità, stanti le possibili diverse interpretazioni delle normative

## INFORMATIVA PRIVACY (Art. 13 Regolamento UE 679/2016)

Con la presente desideriamo informarla che l'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C., in qualità di Titolare del trattamento, tratta i dati personali che La riguardano, la cui conoscenza si rende necessaria per consentirci di dare completa esecuzione al rapporto associativo. Il Regolamento UE 679/2016 (GDPR in materia di protezione dei dati personali), all'art. 13, stabilisce che l'interessato (colui cui si riferiscono i dati personali), debba essere informato su determinati aspetti del trattamento cui sono destinati i dati. La presente costituisce l'informativa sul trattamento dei Suoi dati personali nell'ambito del rapporto con l'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C. Nell'eventualità che Lei si rifiutasse di conferire i dati, il Titolare non sarà in grado di poter adempiere alle prestazioni contrattuali.

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del Trattamento è l'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C., domiciliata presso la sua sede legale visibile online sul sito web ufficiale dell'Associazione <http://www.aaroiemac.it/web-site/>, contattabile ai recapiti telefonici ivi indicati, nonché raggiungibile per le comunicazioni inerenti le finalità e le attività di competenza all'indirizzo email [privacy@pec.aaroiemac.it](mailto:privacy@pec.aaroiemac.it).  
Il Titolare raccoglie i Suoi dati personali e li elabora, sia direttamente in veste di Titolare, sia avvalendosi dell'opera di altri soggetti che agiranno in veste di Responsabili del trattamento.

### RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il "Responsabile della Protezione dei Dati" (D.P.O.), salvo eventuale successiva specifica nomina eventualmente imposta dai Decreti Attuativi e/o ogni altra disposizione normativa inerente il Regolamento UE 679/2016 (GDPR in materia di protezione dei dati personali) ed eventuali s.m.i., nomina che in tal caso sarà resa disponibile online sul sito web ufficiale dell'Associazione <http://www.aaroiemac.it/web-site/>, è l'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C., domiciliata presso la sua sede legale visibile online sul sito web ufficiale dell'Associazione <http://www.aaroiemac.it/web-site/>, contattabile ai recapiti telefonici ivi indicati, nonché raggiungibile per le comunicazioni inerenti le finalità e le attività di competenza all'indirizzo email [privacy@pec.aaroiemac.it](mailto:privacy@pec.aaroiemac.it).

### FINALITÀ

I dati che La riguardano vengono trattati per le seguenti finalità:

- Finalità connesse e strumentali all'esecuzione del rapporto con l'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C.;
- Acquisizione, elaborazione, conservazione, comunicazione, in ordine alle finalità statutarie o comunque istituzionali dell'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C.;
- Finalità connesse ad obblighi di legge in campo fiscale e contabile, regolamenti, normative nazionali e comunitarie e disposizioni di autorità amministrative;
- Gestione amministrativa e contabile delle quote soci versate e da versare;
- Finalità connesse alla sicurezza e salute del lavoro;
- Finalità connesse alla difesa in giudizio che possano vedere coinvolta l'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C.;
- Finalità connesse alla sicurezza informatica.

I Suoi dati sono raccolti in archivi cartacei ed informatici secondo le modalità strettamente necessarie alle indicate finalità.

Il mancato conferimento, e/o il diniego, anche parziali, in ordine al trattamento di tutti i dati suddetti, qualora e in quanto di ostacolo alle finalità suddette, potranno comportare il mancato accoglimento della Sua domanda di iscrizione, o la Sua successiva esclusione dall'Associazione.

Modalità del trattamento: i suoi dati personali potranno essere trattati nei seguenti modi:

- Raccolta di dati per via informatica o telematica;
- Raccolta di dati tramite schede, coupons e questionari;
- Trattamento a mezzo di calcolatori elettronici
- Trattamento manuale a mezzo di archivi cartacei.

### CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

In particolare, i dati trattati, forniti in occasione della Sua adesione all'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C., ovvero nel corso dell'esecuzione del rapporto con l'Associazione medesima, rientrano nelle seguenti categorie:

- Dati anagrafici: ad es. nominativo, indirizzo, ed altri elementi di identificazione personale;
- Dati professionali: ad es. curriculum di studi e alle mansioni, ECM, etc.
- Dati amministrativi: ad es. estremi del conto corrente bancario, buste-paga, etc.;
- Dati sull'adesione all'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C.;

Il trattamento dei dati funzionali suddetti è necessario per una corretta gestione del rapporto e il loro conferimento è obbligatorio per attuare le finalità sopra indicate. Il Titolare rende noto, inoltre, che l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, può causare l'impossibilità del Titolare di garantire la congruità del trattamento stesso.

### DESTINATARI

I suoi dati saranno conservati presso la nostra sede legale visibile online sul sito web ufficiale dell'Associazione <http://www.aaroiemac.it/web-site/>, e saranno comunicati esclusivamente ai soggetti competenti per l'espletamento dei servizi necessari ad una corretta gestione del rapporto, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato secondo la normativa vigente.

I suoi dati saranno trattati unicamente da personale espressamente autorizzato dal Titolare ed, in particolare, dalle seguenti categorie di soggetti incaricati:

- Ufficio Amministrazione dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C.;
- Organi Centrali e Periferici dell'A.A.R.O.I.-EM.A.C., nonché Soci a cui sia stato conferito specifico mandato o incarico di interesse associativo, ciascuno negli ambiti e nei settori conferiti in base allo Statuto dell'Associazione.

I suoi dati potranno essere comunicati a terzi in adempimento ad obblighi di legge o in ragione delle relazioni dirette o indirette tra l'A.A.R.O.I.-EM.A.C. ed altri soggetti per finalità comunque funzionali all'amministrazione del Suo rapporto associativo. La suddetta comunicazione a terzi potrà avvenire nei confronti di Soggetti ed Enti Pubblici, ivi inclusi Enti Locali, Soggetti Privati, ed in particolare nei confronti di:

- Intermediari Assicurativi ed Imprese Assicuratrici;
- Provider ECM.

Nel corso del rapporto o anche dopo la sua conclusione potrebbe essere necessario trattare parte dei dati personali indicati nella misura strettamente necessaria per gestire eventuali contenziosi a tutela di diritti dell'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C., nonché per valutare l'eventuale violazione delle regole di condotta dello Statuto, del Regolamento e del Codice Etico.

L'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C. si riserva di effettuare, a soli fini di sicurezza informatica e nell'ambito dell'ordinaria manutenzione e della verifica sull'integrità dei propri sistemi, controlli sul corretto uso delle risorse informatiche.

Infine, l'Associazione A.A.R.O.I.-EM.A.C. si riserva la possibilità di pubblicare sui propri siti web, nell'Intranet aziendale, sulle proprie pubblicazioni cartacee o telematiche, comprese le proprie pagine Social (es. Facebook, Instagram, Youtube, etc.) Sue immagini personali all'interno di fotografie, video, o altri contenuti multimediali realizzati in occasione di eventi promossi dall'Associazione o ai quali l'Associazione ha partecipato. Nel rispetto della normativa vigente, la pubblicazione verrà effettuata unicamente per fini divulgativi. Qualora lo ritenesse opportuno, dopo che è avvenuta la pubblicazione, potrà sempre opporsi richiedendo o la completa rimozione delle immagini in cui è ritratto o la rimozione parziale relativa al contenuto che La riguarda nei limiti di quanto direttamente pubblicato dall'Associazione, considerato il fatto che tale rimozione può non avere effetto, in toto o in parte, su contenuti online eventualmente ripresi da altri soggetti diversi dall'Associazione.

### PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali da Lei forniti sono quindi conservati per tutta la durata del rapporto associativo e per il tempo necessario per il rispetto delle finalità riportate nella presente informativa.

### DIRITTI DEGLI INTERESSATI

In qualità di Interessato al trattamento, Lei ha diritto, come previsto dall'articolo 15 e successivi del GDPR 2016/679:

- all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati;
- ad ottenere senza impedimenti dal Titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro Titolare del trattamento;
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca;
- a proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

Nel caso in cui non sia possibile chiedere la cancellazione dei dati, Lei potrà comunque opporsi al trattamento degli stessi quando ciò sia giustificato da motivi inerenti alla Sua particolare situazione.

L'esercizio dei premissi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo email all'indirizzo [privacy@pec.aaroiemac.it](mailto:privacy@pec.aaroiemac.it).