

L'INTERVISTA

Marco Chiarello Commissione Contratto

"Regole certe per l'applicazione degli Istituti normativi ed economici: basta inadempienze amministrative da parte delle Direzioni"

E' questo uno dei principi cardine dell'intervista al Dr Marco Chiarello, Presidente AAROIEMAC Marche e Coordinatore della Commissione Contratto dell'Associazione che nel rispondere alle domande delinea i punti che dovranno essere affrontati nei Tavoli tecnici previsti in ARAN.

"Molti sono i temi in discussione - sottolinea Chiarello nell'intervista -, alcuni dei quali di profonda revisione del sistema ed alcuni di questi vengono sottolineati anche nell'Atto di Indirizzo."

"...La ragione non sta dalla sola parte amministrativa: è necessario rivedere le posizioni e, solo allora, anche la classe medica sarà ragionevolmente disponibile per una revisione normativa adeguata alle esigenze degli attori (Medici e Cittadini)."

a pagina 3

CCNL, i conti devono quadrare

Abbandonato il Tavolo politico, si continua sul piano tecnico



Continua il "tira e molla", per non dire "il gioco delle tre carte" sul CCNL.

La situazione - riepilogata nelle pagine interne - è al momento in stallo per quel che riguarda la parte economica. L'Intersindacale prosegue compatta nel chiedere un riconoscimento stipendiale - almeno - pari a quello ottenuto dagli altri lavoratori del Pubblico Impiego. Punto fermo dal quale, tutte le OO.SS. al momento non intendono muoversi. Prosegue, invece, il confronto al Tavolo tecnico con un primo incontro che si è svolto il 20 Marzo ed un altro che sarà a breve calendarizzato e di cui si darà conto attraverso gli altri strumenti di comunicazione dell'AAROIEMAC.

Il primo tema affrontato è quello delicatissimo delle Relazioni Sindacali, ridotte all'osso negli ultimi anni, soprattutto a livello periferico. Per riportare la situazione su un piano di equità, l'Intersindacale proporrà all'ARAN un documento tecnico in cui verranno definite nero su bianco tutte le esigenze per il ritorno ad una vera contrattazione.

alle pagine 3, 4 e 5

SAQURE 2018 SAfety QUality REliability Tre giorni di Meeting a Roma dal 24 al 26 Maggio



Dal 24 al 26 Maggio, si svolge a Roma SAQURE 2018, il Meeting che sostituisce il consueto appuntamento formativo annuale organizzato dall'AAROIEMAC che fino allo scorso anno si è svolto sotto l'egida "SIARED".

Tre giorni di formazione dedicati all'organizzazione dei servizi sanitari, affiancata da momenti di formazione in simulazione specificatamente legati alle problematiche assicurative. Il nuovo appuntamento proposto dall'Associazione nasce, infatti, per favorire una riflessione comune sui grandi temi organizzativi, con l'obiettivo di informare chi giornalmente è in trincea e in prima linea e metterlo in grado di conoscere gli strumenti necessari per riportare serenità ed equilibrio nei luoghi di lavoro.

Inserito estraibile alle pagine 7-8-9-10

News AAROIEMAC in tempo reale

www.aaroiemac.it

facebook

@AaroiEmac1



@AaroiEmac

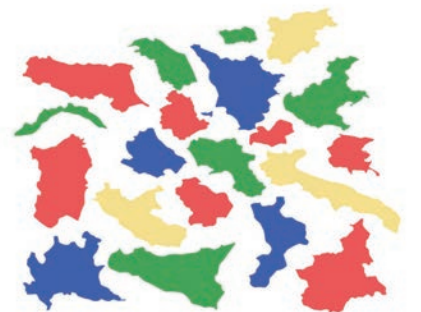
www.youtube.com

Autonomie Regionali: per la Sanità, NO grazie!

L'intervento AAROIEMAC sulla firma delle Pre intese

In seguito alla firma dei pre accordi per l'Autonomia regionale firmati alla fine di Febbraio da Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, l'AAROIEMAC ha ribadito la propria posizione rispetto alla possibilità di "regionalizzare" ulteriormente la Sanità.

"Una simile prospettiva rischia di avere ripercussioni gravissime sul SSN, accentuando ulteriormente l'anomalia di un Paese in cui, allo stato attuale, ci sono di fatto 21 Servizi Sanitari Regionali differenti"



a pagina 11

Ferie residue

La Sentenza della Corte di Cassazione



La Corte di Cassazione Sezione Lavoro, con la sentenza n. 2496 del 1° febbraio 2018, ha stabilito che la Pubblica Amministrazione è obbligata al pagamento delle ferie residue per il dipendente prossimo alla pensione a prescindere dalla mancata richiesta avanzata dallo stesso durante il servizio.

a pagina 13

La nostra storia

La L. 653/1954 in ricordo di Raimondo Borsellino

La sintesi dell'articolo del Dr Michele Bajo pubblicato sul sito dell'Associazione in ricordo del Prof. Raimondo Borsellino, Primario Chirurgo Agrigentino, a cui si deve un apporto fondamentale per la Legge 09 Agosto 1954 n. 653, istitutiva dei Servizi di Anestesia e Rianimazione negli Ospedali e nei Policlinici Universitari Italiani.

Un contributo che vuole dare il giusto risalto a chi ha contribuito a questa svolta storica nella Sanità italiana.

a pagina 14

CCNL 2016-2018: a che punto siamo?

No, ad un aumento discriminante rispetto alle altre Aree e agli altri Comparti del Pubblico Impiego

A che punto siamo? Non è facile tracciare un quadro esauriente della trattativa in corso. Abbiamo cercato di farlo attraverso la voce del Coordinatore Commissione Contratto, Marco Chiarello, nella pagina che segue, ma anche tramite le sintesi degli incontri che si stanno svolgendo in ARAN (pag. 4) e che presumibilmente continueranno anche nei prossimi giorni, sebbene dovrebbe essere ormai prossimo il cambio di Governo.

Quanto accadrà successivamente, al momento non ci è dato sapere, ma una certezza esiste. Tutte le OO.SS. comprese le Sigle Confederali sono determinate nel rifiutare qualsiasi tentativo di discriminazione rispetto agli aumenti riconosciuti negli altri CCNL del Pubblico Impiego.

L'Intersindacale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria è rimasta compatta. Nonostante le differenti esigenze - che per quanto riguarda l'AAROI-EMAC sarebbero state di una opposizione più decisa - si è preferito privilegiare l'unità piuttosto che la spaccatura.

La situazione attuale è la seguente. In mancanza di risposte certe sulle risorse economiche da parte del Governo, tutte le OO.SS. hanno abbandonato il Tavolo politico. Prosegue, quindi, soltanto il confronto sul piano tecnico. E così sarà fino a quando non verrà sciolta la riserva sul 3,48% che rappresenta la "percentuale simbolo" della trattativa perché corrisponde all'aumento concesso nel rinnovo dei contratti delle altre Aree e degli altri Comparti del Pubblico Impiego. Si tratta quindi dell'incremento minimo che l'AAROI-EMAC - ma anche le altre OO.SS. - è disposta ad accettare.

Il punto di scontro, infatti, è che per la Dirigenza medica si vorrebbe calcolare tale percentuale sulla massa salariale escludendo l'indennità di esclusività. In questo modo gli stipendi dei Medici sarebbero rivalutati a malapena del 3% con una differenza di trattamento rispetto agli altri dipendenti del Pubblico Impiego decisamente inaccettabile. Ed infatti non esiste l'intenzione di sottomettersi ad una simile ipotesi.

D'altra parte, allo stesso tempo, è poco probabile, se non impossibile riuscire ad ottenere una percentuale maggiore rispetto agli altri Dipendenti Pubblici.

Sulla base di questa premessa, per l'AAROI-EMAC rimangono alcuni punti fermi per il proseguimento della trattativa:

a) inclusione della indennità di esclusività senza se e senza ma nella massa salariale su cui computare gli aumenti econo-

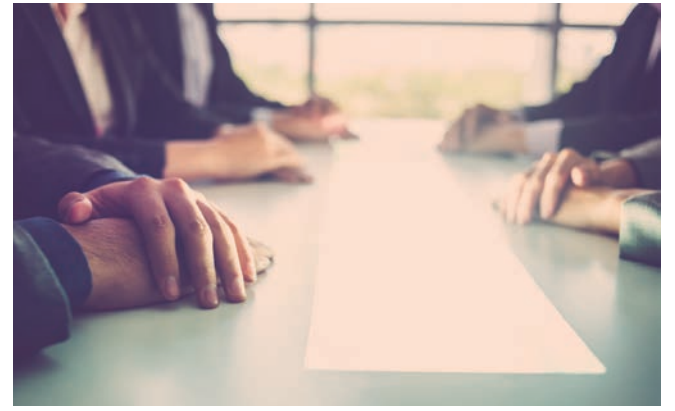
mici pari al 3,48%; questa è una conditio sine qua non ed irrinunciabile, perché è una pietra miliare da porre al fine di demolire definitivamente la "contrattazione alla Robin Hood" di cui il Governo uscente si è fatto finora sostenitore; ovviamente dovranno essere richieste idonee garanzie di copertura;

b) impostazione di un contratto sostanzialmente economico che vada a far recuperare (sebbene in parte) quanto perso in 9 anni, con particolare attenzione al disagio (p. es. guardie e PD), all'indennità ex art. 18, ed eventualmente ad altri istituti contrattuali, il tutto supportato normativamente da una revisione delle Relazioni Sindacali per un ripristino della loro valenza;

c) esigibilità reale delle attuali norme contrattuali mediante un riporto delle contrattazioni decentrate a mera declinazione del CCNL, azzerando quelle derivate decentrate anche già avvenute che hanno di fatto demolito molte delle regole contrattuali esistenti, e mediante il mantenimento categoriale dei fondi contrattuali, con un trasparente ed efficace sistema di controllo sugli stessi, prevedendo la destituzione dei DG che ne abbiano fatto in senso lato uso improprio;

Rispetto al punto 1, come detto, al momento di chiusura del giornale, ci troviamo in una fase di stallo. Il Governo dimissionario non ha sciolto il nodo, mentre le Regioni giocano al rimpallo sostenendo - per dirla con le parole del Presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità, Massimo Garavaglia che per quanto riguarda la Dirigenza Medica "siamo sempre in attesa di una determinazione definitiva del governo sull'indennità di esclusività. Il governo si decida e dica se c'è o non c'è, la palla è in mano al governo".

Sul fronte tecnico, il 20 Marzo si è svolto il primo incontro sul tema delle Relazioni Sindacali in cui è stato sottolineato innanzitutto che non è possibile sostituire la concertazione con il confronto e che a livello regionale deve esserci maggior coerenza su quanto concordato. E' inoltre necessario riscrivere la parte relativa alla informazione con tempi e regole certe, mentre occorre un indirizzo che chiarisca la sottoscrizione del C.I.A. (Contratto Integrativo Aziendale) con almeno il 51%. Bisogna poi riscrivere la parte relativa alla esigibilità del contratto. Su



questi temi l'Intersindacale si è impegnata ad inviare una proposta scritta a stretto giro come base su cui discutere.

La partita, quindi, è tutt'altro che chiusa. Al contrario, la strada è ancora lunga e molto conterà come si porrà il nuovo Governo nei confronti dell'ultimo CCNL del Pubblico Impiego ancora da chiudere.

Di una cosa possiamo andare fieri. Non ci siamo lasciati trascinare in una firma tranello pre elettorale che, per quanto riguarda altre categorie, ha suscitato il malcontento di moltissimi lavoratori del Pubblico Impiego, in primis gli Infermieri tutt'ora sul piede di guerra rispetto al contratto sottoscritto dai Confederali lo stesso giorno dello sciopero indetto da due sigle contrarie alla firma.

Fin qui una sintesi sul CCNL, ma l'attività dell'AAROI-EMAC va avanti anche su altri fronti. Ad esempio la **Metodologia di**

"Sui Fabbisogni, l'AAROI-EMAC si sta battendo per far valere la corretta modalità di calcolo di Anestesisti Rianimatori necessari"

calcolo dei fabbisogni. Altro argomento importantissimo per la categoria e sul quale ci stiamo battendo affinché non vengano compiuti colpi di testa dell'ultim'ora. Il nostro obiettivo è quello di arrivare ad un confronto costruttivo che individui una modalità di calcolo realmente efficace e non al

risparmio, in grado di definire il numero effettivo di Anestesisti Rianimatori necessari alla sanità italiana, a partire dal calcolo delle Borse di studio per la specializzazione. Proprio nelle ore di chiusura del giornale, in seguito ad una nostra PEC di sollecito corredata con dettagliati documenti - è arrivata la convocazione ministeriale attesa da oltre un anno.

Oltre all'ambito sindacale, come di consueto l'Associazione sta incrementando ulteriormente l'attività formativa stanziale e itinerante. Grande novità 2018 è il Meeting SAQURE che si svolgerà a Roma dal 24 al 26 Maggio.

Nelle pagine centrali del giornale e sul sito www.aaroiemac.it sono disponibili tutte le informazioni e il programma dettagliato. Spero di incontrarvi numerosi a Roma!

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AAROI-EMAC

L'AAROI-EMAC, dal 1952 una delle più grandi Associazioni autonome della dirigenza medica, a tutela dei Medici 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 www.aaroiemac.it) ed inviarla come specificato:

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

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

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo
Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
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

Redazione, progetto grafico, realizzazione e stampa
PI Print s.r.l.
Via Don Minzoni, 302
80040 Napoli (Na)

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

Chiuso in Redazione il
26 marzo 2018
Tiratura: 11.200 copie
Spedito il
29 marzo 2018

Contrattazione: “Regole certe per l’applicazione degli Istituti normativi ed economici”

Intervista a Marco Chiarello, Coordinatore della Commissione Contratto AAROI-EMAC



Marco Chiarello, Presidente AAROI-EMAC Marche, è il Coordinatore della Commissione Contratto. Un ruolo particolarmente delicato e difficile in questo periodo. Qual è la situazione attuale?

Ho già svolto questo impegno dal 2000 al 2013 sottoscrivendo molti dei contratti nazionali, alcuni dei quali veramente innovativi.

In questi ultimi 5 anni, tuttavia, l’attività delle Organizzazioni Sindacali mediche è stata molto difficile per l’azione restrittiva e repressiva del Governo che ha, tra le altre cose, ridotto il potere di acquisto dei nostri salari.

Il Contratto di lavoro è fermo al 31 Dicembre 2009. Lo stipendio dei Medici italiani ha perso mediamente il 10% annuo del suo valore. I dipendenti pubblici hanno contribuito, e non poco, alla risoluzione della crisi economica, come del resto già verificatosi negli anni ‘90 e negli anni in cui è stato tolto l’adeguamento stipendiale automatico in relazione all’inflazione (scala mobile). È ora di procedere ad alcune rivendicazioni.

Cosa serve per sottoscrivere un nuovo contratto, vista la ristrettezza delle risorse?

Questo è un falso problema. Ogni volta che si apre la stagione contrattuale i funzionari dello Stato sostengono che non vi sono risorse: è successo nel 1996, nel 2000, nel 2005, nel 2008 e nel 2010, anni nei quali si è conclusa la trattativa anche con cospicui aumenti stipendiali. Se lo Stato vuole negoziare deve mettere sul tavolo un congruo pacchetto economico!

L’Atto di Indirizzo che l’Amministrazione dello stato ha consegnato all’ARAN ad inizio Novembre 2017 non ha definito le risorse economiche previste per il rinnovo 2016-2018. Paradossalmente, ancora oggi, non si è a conoscenza dell’entità delle risorse a disposizione.

Per questo motivo è stato deciso di abbandonare il tavolo politico, mantenendo in piedi - almeno per ora - soltanto i tavoli tecnici.

Quali sono i punti cardine di questi confronti?

Quando si parla con i Colleghi Medici in corsia, emergono alcune gravose incombenze che hanno contribuito alla sfiducia nei confronti di chi ci governa e del Ministero della Funzione Pubblica in particolare.

Lavoriamo sotto organico da decenni, con contratti precari, con turni massacranti e con ore di lavoro eccedenti quanto dovuto, congelate in attesa di una loro eventuale valutazione

economica;

si percepisce l’incremento dello stress anche per l’inapplicazione delle norme europee in tema di riposi settimanali e tra un turno e quello successivo;

L’azione della Direzione amministrativa dovrebbe essere a supporto del Medico e della buona pratica clinica, al contrario è guidata dal mero raggiungimento di un pareggio economico corroborato da tagli e da lungaggini amministrative.

Tutto questo con un contratto di lavoro scaduto da 9 anni. Il Governo dovrebbe

stanziare risorse sia per calmierare 9 anni di vacanza contrattuale, sia per incrementare le dinamiche economiche ed affrontare i vari aspetti normativi del contratto, come quelli sottolineati nell’Atto di Indirizzo che ci vedono disponibili alla discussione.

Quale sarebbe la proposta adeguata?

In questi 9 anni l’inflazione calcolata dall’ISTAT anno per anno porta in totale ad un valore a due cifre: lo stipendio tabellare annuo lordo dovrebbe essere incrementato per almeno il 10% (da 43.310,93 euro a 47.631,93 euro); dovrebbe essere corrisposta una somma a ciascun medico che recuperi i 9 anni precedenti, una “una tantum” che recuperi l’inflazione di questi 9 anni.

Ma non le sembra impossibile nella situazione in cui ora versa la nazione e con parecchi cittadini in difficoltà economica?

Dai Medici italiani si vuole il massimo, la precisione, l’abnegazione sul lavoro, la prevalenza della cosiddetta missione su tutto! E questo è giusto! Ma è anche giusto che un lavoro così speciale sia adeguatamente remunerato.

Non si capisce perché lo stato elargisca milioni di euro ad imprese che continuano nel loro percorso di fallimento e non rispetti, anche economicamente, chi garantisce un sistema sanitario eccellente. La storia di non pretendere

quanto di spettanza perché il paese Italia ha il 12% di disoccupati non convince più nessuno!

Bisogna far valere il diritto ad una corretta e congrua retribuzione. La salute al Cittadino costa e non può essere

garantita con l’umiliazione e la soppressione dei diritti verso chi ne è artefice. Altrimenti quando l’Atto di Indirizzo citato sottolinea che “i contratti vanno considerati come strumento funzionale all’attuazione del patto per la salute e della conseguente valorizzazione del lavoro nel SSN”, siamo di fronte ad aria fritta.

Quali sono gli aspetti normativi che più la preoccupano?

Potrei scrivere, a questo riguardo, intere pagine di inadempienze amministrative operate in questi anni dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Italiane; potrei anche citare innumerevoli contenziosi tra le medesime e le Organizzazioni Sindacali Aziendali che puntualmente hanno denunciato le violazioni contrattuali.

Parliamo di Relazioni Sindacali non corret-

te, con convocazioni ottenute dopo sentenze di tribunali del lavoro; parliamo di calcoli sbagliati dei fondi contrattuali aziendali, con privazione dei corretti emolumenti ai Medici; parliamo di coperture assistenziali fantomatiche e di pronte disponibilità di Medici a 70 km di distanza dall’abitazione; parliamo di assenze di guardie nei reparti, costretti ad operare in regimi di non assistenza continua anche di fronte ad emergenze; parliamo di assicurazioni aziendali autogestite con privazione del contraddittorio da parte del Medico nei confronti di una qualsiasi richiesta di risarcimento; parliamo di ritardi di anni in merito alle valutazioni professionali che dovrebbero essere effettuate al termine del triennio o del quinquennio di lavoro professionale; parliamo di abbattimento dello sviluppo professionale quando sono stati tagliati il 25% dei posti di Primario ed il 34% dei posti di responsabilità elevata.

Vogliamo riscrivere le norme? Bene, ma con quanto è successo dall’aziendalizzazione della sanità (1992) in poi, sarà dura formulare una nuova normativa nazionale che garantisca l’applicazione certa del diritto dei Medici! Lo stesso Atto di Indirizzo non può da una parte porre al centro:

a) “Il ridisegno dell’assetto delle carriere ed una riconsiderazione del modello di utilizzo delle risorse (fondi contrattuali in primis)”;

b) “La ricerca di soluzioni che introducano importanti elementi utili a favorire la motivazione del professionista e, in quest’ambito, la revisione dell’assetto contrattuale del trinomio carriere – valorizzazione della professione – risorse (quantificazione e certezza)”

e dall’altra prevedere dopo 9 anni di blocco dei contratti un irrisorio incremento della massa salariale complessiva da destinare al rinnovo contrattuale, pari allo 0,45% per il 2016 – l’1,09% per il 2017 e l’1,54% per il 2018 (circa 300 milioni).

Queste palesi difficoltà possono essere però superate con la contrattazione aziendale?

Come sia possibile superare “l’empasse nazionale” con la contrattazione aziendale periferica è e rimarrà un rebus. A meno che non si voglia spacchettare il Servizio Sanitario Nazionale in oltre 500 Servizi Sanitari Aziendali, magari sotto l’egida delle Regioni. Tutti i cittadini sanno che i sistemi sanitari italiani sono 20; ne vogliamo 500? Le regole debbono essere uguali per tutti: solamente così si potranno garantire risposte omogenee ai bisogni dei cittadini. La contrattazione aziendale periferica ha fallito, anche perché le risorse a disposizione sono del tutto irrisorie ed ammontano a circa 2.000 euro lordi l’anno per Medico: è veramente deprimente!

Che, cosa dovrà esserci di veramente innovativo nel nuovo contratto?

Regole certe per l’applicazione degli Istituti normativi ed economici: basta inadempienze amministrative da parte delle Direzioni.

Stesura di modelli applicativi della continuità dell’assistenza in ospedale, con presenza fisica dei medici preposti alla gestione dell’emergenza e dell’urgenza nei reparti chiave, supportati dalla pronta disponibilità rivalutata anche attraverso la rintracciabilità del Medico

che, se chiamato, avrà un adeguato compenso economico.

Certezza dei sistemi assicurativi e definizione chiara dei meccanismi di arbitrato interni all’Azienda.

Adeguamento dei sistemi di valutazione dei Medici alla scadenza dei periodi di incarico.

Possibilità di carriera interni all’Azienda con individuazione dei criteri nazionali per il passaggio verso responsabilità maggiori.

Modelli di orario di lavoro che tengano conto dei dettami della normativa europea in tema di riposi.

Contratti di lavoro a tempo indeterminato con rimozione dei contratti di collaborazione.

Possibilità di attività libero professionale per chiunque ne faccia richiesta all’interno della propria specialità.

Identificazione di obiettivi di risultato legati

allo sviluppo professionale, obbligatoriamente individuati dall’azienda ad inizio d’anno.

Revisione del sistema delle sanzioni disciplinari.

Come vede molti sono i temi in discussione, alcuni dei quali di profonda revisione del sistema ed alcuni di questi vengono sottolineati anche nell’Atto di Indirizzo.

Gli Anestesisti Rianimatori Italiani sono una risorsa ineludibile per i nostri ospedali; senza di loro la garanzia di supporto ai pazienti gravi ed a quelli che debbono essere operati è vana. E’ possibile nel nuovo contratto riservare a loro alcune norme ed incrementi economici finalizzati per un lavoro sempre in urgenza/emergenza?

Quando vado in ospedale la prima cosa che faccio è “mettermi in tuta”; non ho mai camminato in ospedale con il camice e la cravatta!

E’ vero: siamo una categoria indispensabile, chiamata dagli altri Colleghi quando il loro compito è finito ed il Paziente peggiora. Ma non vogliamo un trattamento di riguardo, se non nella garanzia normativa di poter/dover organizzare i nostri reparti e le sale operatorie “a regola d’arte”, senza tagli o riduzione di organici. Questo è quello che vogliamo scrivere nel nuovo contratto. Se dovessimo, poi, avere un riconoscimento economico per il lavoro “in trincea”, allora ci uniamo a quanti, come noi, lavorano in urgenza/emergenza, Colleghi come i Chirurghi, i Medici del Pronto Soccorso, i Cardiologi delle UTIC e dell’emodinamica, i Colleghi della medicina del trapianto...

Percorso lungo e difficile quello del rinnovo contrattuale nazionale. Quali le previsioni?

E’ innegabile che uno stato Non possa mantenere così lungamente una vacanza contrattuale: la Corte di Cassazione lo ha già bacchettato più di due anni fa. Lo Stato deve fare i contratti! E per farli deve mettere sul piatto risorse economiche congrue. Se non lo fa, si rende responsabile di aver posto la classe medica in stallo.

Vale la pena mostrare durezza dopo 9 anni di inadempienza contrattuale?

La ragione non sta dalla sola parte amministrativa: è necessario rivedere le posizioni e, solo allora, anche la classe medica sarà ragionevolmente disponibile per una revisione normativa adeguata alle esigenze degli attori (Medici e Cittadini).

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, VETERINARIA SANITARIA

Il punto della situazione dopo i primi incontri in ARAN

L'azione dell'Intersindacale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria sta andando avanti nel tentativo di raggiungere gli obiettivi minimi per procedere con la trattativa.

Alla data di chiusura del giornale, sebbene dalle Regioni siano arrivati segnali di apertura rispetto a quanto richiesto in ambito economico, il Governo ancora in carica non sembra disponibile a dare risposte.

Risultato: abbandono del tavolo politico, ma apertura dei Tavoli tecnici.

INCONTRO ARAN 14 MARZO 2018

Rinnovo contratto: la trattativa non decolla. Governo e Regioni responsabili dello stallo.

I responsabili dei Sindacati abbandonano il Tavolo politico



Dopo 22 giorni e tre riunioni, la trattativa per il rinnovo del contratto della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria per il triennio 2016-2018 è rimasta inchiodata al punto di partenza dal rifiuto delle Regioni e del Governo di dare cer-

tezza alle risorse economiche disponibili. Risorse che, per quanto palesemente insufficienti rispetto alla perdita subita, non possono essere inferiori a quanto concesso dallo stesso datore di lavoro per altri settori del pubblico impiego del mondo sanitario. I medici, i veterinari e i dirigenti sanitari dipendenti del SSN, dopo 9 anni di blocco ed un peggioramento delle condizioni del loro lavoro senza eguali, infatti, non chiedono più risorse degli altri, ma semplicemente di non averne meno di quanto concesso ad altre categorie professionali del mondo sanitario e della Pubblica Amministrazione.

Appare pretestuoso nascondere dietro un no immotivato del signor MEF una questione economica, la cui soluzione richiede non l'arguzia dell'azzeccagarbugli, quanto piuttosto

il buonsenso e la volontà politica, liberando il campo da una volontà punitiva nei confronti del lavoro svolto in regime di dipendenza dello Stato.

Le Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, in attesa di un chiarimento politico da parte di Regioni e Governo, per senso di responsabilità istituzionale nei confronti dei colleghi che, con i loro sacrifici negli ospedali e nelle Asl, tengono in piedi quello che resta della sanità pubblica, **consentono a proseguire il confronto contrattuale in sede meramente tecnica.**

I legali rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, titolari della rappresentatività politica e del potere di firma, però, abbandonano il tavolo sino a che non si avranno risposte soddisfacenti, **per rimarcare con tale allontanamento una protesta che aveva spinto allo sciopero, sospeso per quel senso di responsabilità che la parte datoriale sembra voler umiliare.**

La questione politica aperta attiene alla dignità professionale ed economica, in confronto ad altri settori del pubblico impiego e non, di una attività che garantisce l'esigibilità del diritto alla salute dei cittadini nonché alla volontà, o meno, di concordare le regole di un patto che Governo e Regioni mandano in frantumi utilizzando la crisi economica come alibi tecnico per scelte politiche.

INCONTRO ARAN 1 MARZO 2018



Serve la volontà politica

Le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria hanno richiesto, nella riunione del primo Marzo presso l'Aran, in maniera chiara e ferma, l'inclusione dell'indennità di esclusività di rapporto all'interno della massa salariale sulla quale calcolare gli incrementi economici previsti per il rinnovo del Contratto di lavoro 2016-2018.

Le Organizzazioni Sindacali hanno espresso la loro insoddisfazione rispetto alla assenza, dopo 9 anni di blocco contrattuale ed al secondo round di trattativa, di certezza sulle risorse economiche disponibili, pur prendendo atto della disponibilità dichiarata dall'Aran di adoperarsi per una risposta positiva da parte del Ministero dell'Economia in sede di approvazione dell'atto di indirizzo integrativo. Auspicando, però, una esplicita presa di posizione in tal senso da parte del Comitato di Settore e delle Regioni.

La questione, ovviamente, non è solo economica, stante l'esiguità del finanziamento disponibile a fronte della perdita di potere di acquisto e di risorse accessorie subita in 9 anni di blocco, ma politica. Diventa inaccettabile e pregiudiziale rispetto alla chiusura del Ccnl un comportamento penalizzante verso i medici e i dirigenti sanitari del Ssn, condannati ad essere pagati sempre meno e trattati sempre peggio rispetto ad altre categorie.

La qualità e quantità dell'impegno per sostenere un diritto costituzionale, sono inconciliabili con livelli retributivi insostenibili a fronte della gravosità e della rischiosità del lavoro svolto.

Le Organizzazioni Sindacali si aspettano, comunque, visto l'impegno assunto oggi dall'Aran, una risposta risolutiva e affermativa al prossimo appuntamento. Questa resta la condizione per entrare nel vivo del confronto sulle tematiche contrattuali a partire da quelle di interesse generale.

Mantengono, comunque, lo stato di agitazione riservandosi iniziative di mobilitazione e protesta a fronte di decisioni discriminatorie e penalizzanti per le categorie professionali che rappresentano.

La lettera a Governo, Regioni e Aran

Roma 20 marzo 2018

Illustrissimi,

il rinnovo del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria dipendente del SSN è in fase di stallo. Il 14 marzo le OO.SS. 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.

La trattativa stenta a decollare per mancanza di chiarezza, da parte di Governo e Regioni, sulle risorse economiche disponibili. Che certo non possono essere inferiori a quanto il Governo ha stabilito per tutto il pubblico impiego e le Regioni hanno concesso ad altri settori del mondo sanitario. Il che avverrebbe, se una voce importante della loro retribuzione, quale la indennità di esclusività di rapporto, venisse esclusa dalla massa salariale sulla quale calcolare l'incremento economico fissato dal Governo, riducendolo così, solo per loro, dal 3,48% previsto al 3,02% reale.

Le Organizzazioni Sindacali nutrono il sospetto che il gioco dei ruoli nasconda una volontà punitiva nei confronti del lavoro svolto in regime

di dipendenza dello Stato, a dispetto del fatto che è questo lavoro, le cui condizioni di esercizio diventano sempre più gravose e rischiose, che tiene in piedi, tutti i giorni e le notti dell'anno, negli ospedali e nelle ASL, quello che oggi resta della sanità pubblica. Perché sono le competenze e le conoscenze dei suoi professionisti a garantire la sicurezza alimentare come i piani di prevenzione, la assistenza nelle condizioni critiche di emergenza ed urgenza come la applicazione della tecnologia più sofisticata nella diagnosi e nella terapia delle più severe patologie. Lo stesso confine tra salute e malattia è presidiato dai Medici negli ospedali, dove le grandi questioni che interessano la vita e la morte dei cittadini trovano il loro punto di riferimento.

L'ostacolo posto sul percorso della trattativa contrattuale attiene alla dignità professionale ed economica di questa attività, che garantisce la esigibilità del diritto alla salute dei cittadini, l'unico che la Costituzione definisce fondamentale, nei confronti di altri settori, del pubblico impiego e non.

Più in generale, non si intravede la volontà di Governo e Regioni di

concordare le regole di un patto tra professionisti ed istituzioni, tra lavoro e datori di lavoro, che possa adottare il rinnovo del CCNL come strumento di governo, anche della spesa, e di innovazione del sistema sanitario. Che non può andare in frantumi solo perché qualcuno pensa di utilizzare la crisi economica come alibi tecnico per scelte politiche.

Aver bloccato per 9 anni il Ccnl dei medici e dirigenti sanitari li ha demotivati e decapitalizzati, mettendo a rischio il futuro del SSN, che finirà per essere definitivamente compromesso se i professionisti verranno anche umiliati nei loro valori etici e sociali, lasciando aperta, con buona pace della Corte costituzionale e delle dichiarazioni dei Ministri competenti, solo per loro, la ferita di un contratto di lavoro che non si chiuderà.

Il conseguente conflitto sociale non potrà che ulteriormente ostacolare l'accesso alle cure dei cittadini.

Le sottoscritte Organizzazioni Sindacali chiedono, pertanto, alle SS.LL. un incontro nonchè di attivarsi, ognuna per il proprio ruolo, per dare la giusta soluzione alle loro richieste.

Autonomie regionali: per SSN è un grande rischio

AAROI-EMAC "per la Sanità devono essere ridotte al minimo, no a 21 SSR"



In seguito alla firma dei pre accordi per l'Autonomia regionale firmati alla fine di Febbraio da Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, l'AAROI-EMAC ha diffuso un comunicato stampa per ribadire la propria posizione rispetto alla possibilità di "regionalizzare" ulteriormente la Sanità. Di seguito il testo. Nelle immagini la sintesi di Quotidiano Sanità sui punti relativi alla Sanità presenti nelle pre intese.

"La firma dei pre accordi per la autonomia da parte di Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna rischia di avere ripercussioni gravissime sul SSN, accentuando ulteriormente l'anomalia di un Paese in cui, allo stato attuale, ci sono di fatto 21 Servizi Sanitari Regionali differenti dal punto di vista della normativa, delle risorse, delle condizioni di lavoro e della tutela della salute dei cittadini.

L'AAROI-EMAC in diverse occasioni ha invece espresso la necessità di una riforma del Titolo V che vada esattamente nel verso contrario, riducendo al minimo indispensabile le autonomie re-

gionali in ambito sanitario. E' un tema di fondamentale importanza che, almeno per quanto riguarda il SSN, per noi dev'essere affrontato attraverso una riforma mirata, non annegata in altre modifiche costituzionali come accaduto nel referendum del 4 dicembre 2017.

Quanto si legge - relativamente alla sanità - nei pre accordi per la autonomia lascia fortemente perplessi in particolare perché andrebbe a sancire una discrezionalità regionale su temi già regolamentati a livello nazionale che riguardano, ad esempio, il personale e i medici in formazione.

L'AAROI-EMAC ribadisce con convinzione di essere a favore di un SSN universale e uniforme affinché il diritto alla salute sia garantito equamente in tutte le Regioni. Un traguardo che è possibile raggiungere attraverso la riforma e prevedendo - tra l'altro - che alle Istituzioni di governo centrale del SSN sia imposto e concesso di dover e di poter intervenire sulle plurisperimentate condotte illecite regionali e aziendali in tema di organizzazione

del lavoro e di garanzia non solo dei LEA, ma anche, ed in via preliminare e strutturale, di adeguate dotazioni di personale e, più in generale, di condizioni di lavoro idonee ad assicurare a cittadini ed operatori qualità e sicurezza.

Lo scrivevamo nel 2014, torniamo a ribadirlo oggi quando il rischio a quanto pare è diventato quasi realtà: "Il SSN deve cessare di essere una strada frazionata in ventuno corsie diverse tra loro, quelle di altrettanti Sistemi Sanitari Regionali con servizi erogati ai Cittadini in modo ingiustamente disomogeneo".

Emilia Romagna

- possibilità di rimuovere i vincoli di spesa specifici nella gestione del personale;
- programmare l'accesso alle scuole di specializzazione e le borse di studio per i medici specializzandi e la loro integrazione nel sistema aziendale. E' prevista la possibilità, attraverso accordi con le Università, di stipulare contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" alternativi alle Scuole di specializzazione;
- definizione delle modalità per l'inserimento dei medici titolari del contratto di specializzazione lavoro, all'interno delle strutture del Ssn, fermo restando che il contratto in esame non può dare in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Ssn né all'instaurazione di alcun rapporto di lavoro a tempo indeterminato con lo stesso, se non interviene una ulteriore procedura selettiva a tal fine dedicata;
- l'espletamento delle funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione alla spesa, limitatamente ai soli assistiti residenti in Emilia Romagna;
- definire il sistema di governance delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale, per garantire un assetto organizzativo efficiente della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e di supporto, nonché delle relative forme di integrazione;
- adottare decisioni basate sull'equivalenza terapeutica dei medicinali, sottoponendo all'Agenzia Italiana del Farmaco un documento recante le valutazioni tecnico-scientifiche in merito a tali decisioni al quale AIFA dovrà rispondere entro 180 giorni nel merito adottando un parere obbligatorio e vincolante sull'intero territorio nazionale. In caso contrario la Regione utilizza il documento presentato per assumere le determinazioni basate sull'equivalenza terapeutica;
- definire le forme della distribuzione diretta dei farmaci ai pazienti che richiedono un controllo ricorrente, in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale, alle dimissioni;
- programmare gli investimenti edili e tecnologici in ottica pluriennale, con tempi certi e risorse adeguate;
- istituire e gestire fondi sanitari integrativi.

Lombardia

- possibilità di rimuovere i vincoli di spesa con particolare riguardo alle politiche di gestione del personale;
- maggiore autonomia in materia di determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i Medici di Medicina Generale e di accesso alle scuole di specializzazione, allo scopo la Regione stipula specifici accordi con le Università presenti sul territorio regionale;
- possibilità di avviare percorsi finalizzati alla stipula di contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" per i medici, alternativi al percorso delle scuole di specializzazione;
- definizione delle modalità per l'inserimento dei medici titolari del contratto di specializzazione lavoro, all'interno delle strutture del Ssn, fermo restando che il contratto in esame non può dare in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Ssn né all'instaurazione di alcun rapporto di lavoro a tempo indeterminato con lo stesso, se non interviene una ulteriore procedura selettiva a tal fine dedicata;
- maggiore autonomia nell'espletamento delle funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione;
- maggiore autonomia in ordine alla definizione del sistema di governance delle Aziende sanitarie e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riguardo agli organi e alla direzione strategica, ferme restando le disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria;
- adottare decisioni basate sull'equivalenza terapeutica, tra medicinali contenenti differenti principi attivi alle quali AIFA dovrà rispondere entro 180 giorni nel merito adottando un parere obbligatorio e vincolante sull'intero territorio nazionale. In caso contrario la Regione utilizza il documento presentato per assumere le determinazioni basate sull'equivalenza terapeutica;
- per la realizzazione degli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio Sanitario Regionale è assicurata alla Regione la capacità di programmare gli interventi medesimi in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse;
- maggiore autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.

Veneto

- maggiore autonomia finalizzata a rimuovere i vincoli di spesa specifici, con particolare riguardo alle politiche di gestione del personale dipendente, convenzionato o accreditato;
- maggiore autonomia in materia di gestione del personale del Servizio Sanitario Regionale, compresa la regolamentazione dell'attività libero professionale;
- la Regione può, in sede di contrattazione collettiva integrativa, per i dipendenti del Servizio Sanitario Regionale, prevedere incentivi e misure di sostegno, anche mediante l'utilizzo di risorse aggiuntive regionali da destinare in particolare al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate;
- maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, ivi compresa la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi e la loro integrazione operativa con il sistema aziendale. A tal fine, la Regione stipula specifici accordi con le Università presenti sul territorio regionale;
- la Regione può avviare percorsi finalizzati alla stipula di contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" per i medici, alternativi al percorso delle scuole di specializzazione;
- la Regione definisce le modalità per l'inserimento dei medici titolari del suddetto contratto di specializzazione lavoro all'interno delle strutture del Ssn, fermo restando che il contratto in esame non può dare in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Ssn, né all'instaurazione di alcun rapporto di lavoro a tempo indeterminato con lo stesso, se non interviene una ulteriore procedura selettiva a tal fine dedicata;
- la Regione concorda con gli Atenei regionali percorsi per il possibile accesso dei Medici titolari del suddetto contratto alle scuole di specializzazione, nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole medesime;
- maggiore autonomia nell'espletamento delle funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione;
- maggiore autonomia in ordine alla definizione del sistema di governance delle Aziende e degli enti trasversali del Servizio Sanitario Regionale;
- adottare decisioni basate sull'equivalenza terapeutica, tra medicinali contenenti differenti principi attivi alle quali AIFA dovrà rispondere entro 180 giorni nel merito adottando un parere obbligatorio e vincolante sull'intero territorio nazionale. In caso contrario la Regione utilizza il documento presentato per assumere le determinazioni basate sull'equivalenza terapeutica;
- maggiore autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi;
- per la realizzazione degli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio Sanitario Regionale è assicurata alla Regione la capacità di programmare gli interventi medesimi in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse.

COSMED

Incredibile stallo per l'applicazione del cumulo: questione di 65 euro

Le istituzioni intervengano per la credibilità del sistema previdenziale: futili motivi non possono negare un diritto a migliaia di contribuenti.

Il cumulo esteso anche agli iscritti alle casse professionali è una proposta di questa Confederazione recepita dal Governo nella legge di bilancio emanata nel dicembre 2016, norma che non richiedeva decreti attuativi e che riconosceva un elementare principio di civiltà giuridica ovvero la parità delle contribuzioni e delle attività lavorative svolte ai fini dell'anzianità utile per il pensionamento. L'applicazione del cumulo pensionamento è in stallo.

Dopo dieci mesi INPS emanava una circolare (ottobre 2017) che subordinava ad un accordo Casse- INPS l'applicazione della norma, tale accordo veniva raggiunto su tutto tranne che sulle spese bancarie e applicative quantificate in 65 euro a testa. Su questo punto siamo sospesi, in se-

guito occorrerà ancora stipulare le convenzioni tra le singole Casse e INPS e rendere operativo il sistema con una piattaforma e fornire istruzioni alla rete periferica di INPS.

Nel frattempo molti professionisti hanno abbandonato il lavoro confidando nell'imminente pensione che continua ad essere non erogata. Si è creata una sorta di nuovi esodati senza stipendio né pensione. La storia degli esodati in questo Paese è destinata ad arricchirsi di un nuovo capitolo. Non è in discussione il diritto ma la sua esigibilità. Si nega così a lavoratori che hanno versato fior di contributi un diritto esigibile a norma di una legge dello Stato, in base alla quale essi hanno optato per un pensionamento che invece si è trasformato in una perdita del lavoro. Un paradosso legato ad una cifra risibile che gli stessi pensionati e pensionandi sarebbero disposti a pagare di tasca propria, con buona pace dei contendenti.

A questa proposta si obietta che per far pagare 65 euro all'interessato occorrerebbe una norma legislativa che richiederebbe oltre che un Parlamento ed un Governo insediato tempi tecnici non brevissimi. Ed è ancora più stupefacente (come peraltro segnalato da Adepp) che il pensionamento venga bloccato in attesa di definire la ripartizione di 65 euro. Viene ritenuta impossibile la liquidazione di una pensione provvisoria con 65 euro in meno una tantum da definire successivamente. Il Presidente dell'INPS afferma che non è giusto scaricare sulla generalità dei contribuenti l'onere di questi 65 euro in quanto dovuti, almeno in parte dalle Casse. In realtà il contenzioso che si sta già determinando e il costo del ritardo nell'applicazione della legge in termini di ingorgo degli uffici produrranno conseguenze umane ed economiche ben maggiori per la generalità dei contribuenti. Questa Confederazione esprime so-

lidarietà agli interessati, ha chiesto e continuerà a chiedere l'intervento del Governo e non mancherà di sostenere tutte le iniziative utili a risolvere una vicenda che sta sconfinando nel ridicolo.

Un tempo si diceva "nihil difficile volenti" per questo non possiamo credere all'insormontabile ostacolo dei 65 euro. E' in gioco la credibilità e il funzionamento del sistema previdenziale, parte non secondaria dello Stato. E' una vicenda che rivela lentezza e fragilità di sistema, grave ingorgo burocratico, mancanza di esigibilità di diritti fondamentali costituzionalmente garantiti. Tutto ciò non può che inquietare.

La situazione è tutt'ora in evoluzione e - nonostante le diverse prese di posizione - al 23 Marzo non esiste ancora un Accordo ufficiale. Tutte le novità in merito saranno pubblicate sul sito: www.aaroiemac.it

Science & Conscience Corner di Terry Peacock

C.A.O.S. PEDIATRICO

Per non infierire con commenti sui risultati elettorali del 4 Marzo in Italia (il panorama politico del Bel Paese è già abbastanza ridicolo di per sé) affrontiamo un argomento che appassiona la coscienza familiare e sanitaria della Penisola: il Medico Ospedaliero e i Bambini.

La prima accorata reazione di alcuni Colleghi (*"Basta fare bambini! Ché poi siamo noi maschi a dover coprire i turni!"*) ha dimostrato che c'è sempre qualcuno che non capisce mai di che cosa si parla, ma l'importanza della questione ci ha spinto a contattare la Società Scem-tifica che più di tutte ha voce in capitolo nel settore, la SNOANTRICP (Società de' NOANTRI de' Cose Pediatriche), ponendo la domanda: *"In base a quali criteri deve essere stabilita la qualificazione degli Ospedali a misura di bambino?"*.

Naturalmente il quesito è stato focalizzato sugli ambiti dell'Anestesia, delle Terapie Intensive, dei Pronto Soccorso e dell'Emergenza in genere.

Ebbene, la SNOANTRICP ci ha spiegato che un'autorevole Systematic Review di una moltitudine di Case Report (Rapporti fatti a Caso) ha condotto all'elaborazione di uno Score, di cui vi informiamo in anteprima europea, per l'accREDITAMENTO delle Strutture Ospedaliere e dei Medici che possiedono i requisiti per l'erogazione delle cure pediatriche nella massima sicurezza.

Questo Score, che è stato denominato C.A.O.S., potrà forse sembrare assurdo ad una prima lettura, ma la SNOANTRICP ci ha assicurato che nella realtà clinica risulterà migliore di tanti altri che quanto a concreta applicabilità sono sconcertanti almeno quanto certi politici ripescati grazie ai listini bloccati.

Il C.A.O.S. si basa su quattro criteri di altissima evidenza scientifica, ciascuno classificato con un punteggio (da 0 a 4) di inequivocabile significato:

C - Cappellino dell'Operatore: l'uso dei cappellini colorati è fondamentale e imprescindibile. Un punteggio inferiore a 4 (p. es. colori monocromatici o pupazzetti troppo stilizzati), oltre a denotare una scarsa pediatricità del medico, potrebbe esitare in un baby-outcome gravato da tristezza inconsolabile.

A - Ammenicoli da regalare ai Piccoli Pazienti: sono preferibili quelli low-cost (compatibili con gli stipendi attuali) e devono essere recuperati (possibilmente integri) per il riutilizzo. La mancanza di queste normali dotazioni ospedaliere (punteggio inferiore a 3) causa una pericolosa toy-deprivation syndrome, oltre a generare sconforto in tutto il personale, che in tal caso diviene non più adatto alle cure pediatriche.

O - Odore: si tratta di quello che aleggia intorno a personale sanitario sensibilmente spaventato dalle responsabilità connesse a dover occuparsi di bambini. Un Odore la cui perceibilità è fasti-

diosa (punteggio inferiore a 2), oltre ad ammorbare l'ambiente diagnostico e terapeutico, rendendolo poco salubre, dimostra una scarsa attitudine alle cure pediatriche, dato il forte sospetto causale di incontinenza.

S - Stetoscopio: la mancanza di stetoscopi dalle forme bizzarre come quelli a forma di trombetta o macchinina Hot Wheels (punteggio inferiore a 1) è associata a un maggior numero di crisi di pianto del bambino, ma soprattutto del genitore (che non ha nulla con cui intrattenersi durante l'attesa).

La sommatoria dei punteggi attribuiti ai 4 criteri di questo C.A.O.S. dà lo Score totale, che se uguale o superiore a 10 attesta che la Struttura può essere accreditata per le cure pediatriche, essendo dotata di tutto quel che serve per rendere allegre le cure somministrate al bambino. Per punteggi inferiori a 10, è stata adottata una formula da riferire ai genitori: *"Ci scusiamo, ma il nostro livello ospedaliero di C.A.O.S. è troppo basso per rendere felice il vostro piccolo mentre lo curiamo. Vi preghiamo di andare a..."* e qui c'è un'ampia scelta di conclusioni (dipendenti anche dallo score-result), di cui nulla possiamo rivelare, anche perché lo spazio a nostra disposizione è terminato.

Il Paper completo del C.A.O.S. Pediatrico sarà pubblicato sul prossimo numero di Italian Criminal Care Medicine.

le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Il blocco neuromuscolare profondo è utile nella chirurgia laparoscopica?

Da: *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 60 2016

OPINIONI A CONFRONTO:

PROBABILMENTE SÌ

Si ipotizza che un profondo blocco neuromuscolare (NMB) durante la chirurgia laparoscopica, mantenuto durante tutta la procedura e fino alla chiusura della parete addominale sia vantaggioso per i pazienti e dovrebbe essere ampiamente praticato. Con la disponibilità di sugammadex come alternativa agli inibitori della colinesterasi, c'è stato un rinnovato interesse per possibili indicazioni per il mantenimento di un blocco NMB intraoperatorio durante la chirurgia laparoscopica.

Vantaggi e rischi del NMB profondo

L'uso di un NMB profondo nella chirurgia laparoscopica deve essere valutato riguardo ai possibili vantaggi e rischi clinici.

Idealmente la chirurgia laparoscopica deve essere eseguita in assenza di un tono muscolare della parete addominale e del diaframma e, se presente, questo può determinare una pressione d'insufflazione più alta necessaria per l'esposizione della sede chirurgica. In teoria se è presente un tono dei muscoli, si riduce l'esposizione delle sedi chirurgiche, mentre un profondo rilasciamento muscolare può migliorare le condizioni chirurgiche e potenzialmente ridurre i rischi di complicanze legate all'intervento.

Fortunatamente le complicanze chirurgiche causate da accidentale perforazione dei vasi o dell'intestino sono rare, sembra inferiori a 1-2 casi su 1000 interventi laparoscopici. È stato rilevato che se gli interventi laparoscopici sono eseguiti senza alcun rilasciamento muscolare, in circa il 30% dei casi si hanno improvvisi movimenti dei muscoli. Si pensa che improvvisi movimenti dei pazienti durante la chirurgia laparoscopica possano aumentare il rischio di gravi complicanze chirurgiche, anche se non è chiaro quanto alto sia questo rischio in pazienti ben anestetizzati.

Per quanto riguarda il rischio dovuto allo stesso NMB, gli anestesisti possono essere contrari a indurre un NMB profondo durante l'intervento per un aumento dei rischi del risveglio prolungato dall'anestesia, del ricordo intraoperatorio, del blocco residuo e delle complicanze respiratorie postoperatorie.

Gli anestesisti, in alternativa alla somministrazione di una maggiore quantità di miolorilassanti possono aumentare la profondità dell'anestesia e mantenere ancora per molto tempo i pazienti sul tavolo operatorio. Tuttavia questo può avere effetti emodinamici negativi (pazienti con insufflazione peritoneale e aumento della pressione intraddominale) e non si possono abolire in modo efficace tutti i movimenti improvvisi.

Differenze nell'uso dei NMB in chirurgia laparoscopica

L'uso di routine dei miolorilassanti durante

la laparoscopia non è uguale in tutti i servizi d'anestesia. Uno studio Danese (servizio sanitario pubblico) ha evidenziato che al massimo in 1/3 su più di 100.000 interventi chirurgici laparoscopici valutati, l'intubazione tracheale come anche l'intervento chirurgico è stato eseguito senza l'uso di NMB. Si può presumere che questo comportamento sia stato basato sulla valutazione del rischio di complicanze postoperatorie per il blocco muscolare residuo e per gli effetti secondari dovuti all'effetto dell'antagonismo del NMB (inibitori di colinesterasi).

Un altro problema centrale nel dosaggio dei miolorilassanti e nel rischio di complicanze è l'uso corretto e ottimale del monitoraggio neuromuscolare. Molti medici non usano un monitoraggio obiettivo del blocco neuromuscolare nella pratica clinica. Se i medici scelgono di eseguire un NMB profondo, il rischio di blocco residuo senza un obiettivo monitoraggio neuromuscolare è elevato.

Anche quando s'impiega un monitoraggio neuromuscolare soggettivo (tattile/visivo) più del 50% dei pazienti possono avere un blocco neuromuscolare residuo dopo la somministrazione della neostigmina. Inoltre la somministrazione di neostigmina dopo il recupero del NMB potrebbe aumentare la collapsabilità delle vie aeree superiori e le atelettasie postoperatorie. Pertanto ci sono ragioni importanti per la sicurezza del paziente per usare un monitoraggio neuromuscolare obiettivo quando si somministrano miolorilassanti e la realizzazione di un corretto antagonismo del blocco al termine dell'anestesia se il rapporto treno di quattro (TOF) è inferiore a 0,9.

È stato recentemente dimostrato in uno studio su volontari sani che uno degli strumenti disponibili di monitoraggio della profondità dell'anestesia, utilizzato per ridurre un possibile risveglio intraoperatorio può essere influenzato dal blocco neuromuscolare anche in assenza di anestetici. Questo mette in discussione l'affidabilità di questo tipo di misura per determinare gli effetti degli anestetici durante l'anestesia se è presente un NMB. Il sugammadex è un legante selettivo del rocuronio e del vecuronio che può antagonizzare il NMB in pochi minuti indipendentemente dal grado di blocco. In Europa il costo del sugammadex è maggiore di quello degli inibitori delle colinesterasi e resta il dubbio se il costo del sugammadex abbia un rapporto costo/efficacia vantaggioso.

Per la valutazione degli studi è importante definire i diversi livelli di NMB. In accordo con le linee guida degli studi di farmacocinetica dei bloccanti neuromuscolari, si definisce un blocco neuromuscolare intenso come una conta posttetanica (PTC)=0 e la conta del treno di quattro (TOF)=0; blocco profondo è un TOF=0 e PTC=1; si ha un blocco moderato con una conta del TOF tra 1-3; il recupero completo si ha con una conta del TOF=4. Poiché il diaframma e la parete addominale sono relativamente resistenti ai miolorilassanti,

è necessario realizzare un NMB tra profondo e intenso (corrispondente a una PTC=1) per ottenere una paralisi completa.

La paralisi totale dei muscoli della parete addominale compreso il diaframma, può contribuire a mantenere costantemente un campo intraoperatorio tranquillo e migliorare la percezione delle condizioni chirurgiche da parte dei chirurghi e ridurre il rischio di complicanze chirurgiche per movimenti improvvisi. Inoltre un livello di NMB profondo può permettere una riduzione della pressione necessaria a raggiungere lo stesso livello d'insufflazione peritoneale.

L'evidenza

Quando si cerca l'evidenza sui possibili vantaggi del NMB profondo rispetto a livelli più superficiali, è indispensabile prendere in considerazione due problematiche. Innanzitutto si devono valutare gli outcome sui pazienti come la mortalità, il dolore postoperatorio, il risveglio intraoperatorio, e le complicanze chirurgiche: in secondo luogo occorre valutare il miglioramento delle condizioni chirurgiche. Finora solo tre studi pubblicati hanno valutato l'influenza del NMB tra profondo e intenso sull'outcome oltre che sulle condizioni chirurgiche. Due studi sulla colecistectomia laparoscopica non hanno rilevato differenze sul dolore postoperatorio mentre la comparsa di dolore alle spalle è stata significativamente ridotta dopo isterectomia laparoscopica eseguita con NMB intenso associato a bassa pressione d'insufflazione.

Durante laparoscopia con bassa pressione d'insufflazione l'incidenza di condizioni chirurgiche inadeguate può essere ridotta ma non eliminata con un NMB profondo. Questo è confermato dagli studi di Van Wijk che ha evidenziato che un NMB profondo (ad esempio PTC<2) permette di ridurre la pressione del pneumoperitoneo di circa 3-5 mmHg (con un NMB profondo la pressione media varia tra 7 e 11 mmHg durante l'intervento) senza compromettere le condizioni chirurgiche. Inoltre in chirurgia laparoscopica l'uso di un NMB profondo rispetto all'assenza di NMB aumenta le dimensioni dell'addome insufflato. Queste osservazioni portano a ipotizzare che un NMB profondo può generalmente permettere una riduzione della pressione d'insufflazione con il mantenimento di una visibilità chirurgica adeguata. Una riduzione della pressione d'insufflazione causa un minore impatto emodinamico e respiratorio ed è noto che è una modalità per ridurre la comparsa di dolore postoperatorio alla spalla che è frequente dopo laparoscopia.

Recentemente è stato eseguito uno studio che ha evidenziato che l'incidenza del dolore postoperatorio alla spalla può essere ridotta con un NMB tra intenso e profondo in associazione con un pneumoperitoneo a bassa pressione (8 mmHg) rispetto ad un bolo singolo di rocuronio (0,3 mg/Kg) per l'intubazione e una pressione di 12 mmHg per il

pneumoperitoneo, che è la modalità comunemente utilizzata.

I chirurghi possono avere l'impressione generale che un NMB profondo migliora le condizioni chirurgiche rispetto a un NMB più superficiale. Tuttavia è importante sottolineare che solo pochi studi hanno preso in esame questo problema. In breve Martini utilizzando scale di valutazione soggettive come parametri di outcome, ha rilevato che la profondità del NMB durante la chirurgia laparoscopica retroperitoneale ha determinato migliori condizioni chirurgiche.

Dubois ha trovato che un NMB da moderato a profondo ha migliorato il punteggio del campo chirurgico e diminuito l'incidenza di condizioni chirurgiche inaccettabili durante l'isterectomia laparoscopica.

Staeher-Rye ha rilevato un miglioramento delle condizioni chirurgiche durante colecistectomia laparoscopica. Gli studi di Staeher-Rye e Dubois non hanno confrontato un NMB continuo con un NMB moderato continuo durante la chiusura della fascia. Pertanto questi 2 studi possono essere classificati come confronti tra un livello di NMB profondo e la pratica clinica quotidiana con livelli di NMB più superficiali.

Una dose singola di miolorilassante può determinare solo un NMB moderato (conta del TOF compresa tra 1 e 3) e un progressivo recupero spontaneo del NMB durante l'intervento, con un effetto rilassante nei diversi momenti dipendenti da molti fattori come la variabilità individuale, le comorbilità, l'età, l'uso di anestetici volatili e la durata dell'intervento.

L'uso di NMB in laparoscopia presenta un interesse particolare durante l'inserzione dei trocar poiché questa manovra è ad alto rischio e causa delle complicanze più gravi da laparoscopia come la perforazione dell'intestino o di un grosso vaso. È probabile che la realizzazione di un NMB in questa parte iniziale della procedura può ridurre il rischio di complicanze. Studi precedenti hanno rilevato che il tempo di somministrazione di una singola dose per l'intubazione di miolorilassanti a durata d'azione intermedia-lunga fino al recupero del 25% al primo stimolo (corrispondente alla conta del TOF di 1-2) richiede circa 30 minuti.

Nello studio di Dubois e Staeher-Rye, la maggior parte degli interventi è stata completata entro 1 ora anche se nello studio non sono stati riportati il tempo di somministrazione dei miolorilassanti rispetto all'inserimento chirurgico del trocar. Si può ipotizzare che la maggior parte dei pazienti nel gruppo di controllo con bolo singolo abbia avuto una conta del TOF tra 1 e 3 (blocco moderato) o più profondo durante la parte iniziale dell'intervento, compresa l'inserzione del trocar) se l'intervento è iniziato in tempi ragionevolmente rapidi dopo l'induzione dell'anestesia.

Quando si considera il livello di NMB per stabilire le condizioni cliniche ottimali, gli

Roma
24 - 26 Maggio 2018

Roma Eventi
(Fontana di Trevi)

Il mondo della sanità sta rapidamente cambiando, e la tensione tra gli addetti alla sanità e gli amministratori della sanità è oggettivamente aumentata. La conflittualità non dipende da "quanto" denaro è immesso nel sistema, ma da "come" è immesso nel sistema. Si assiste ad una colossale distanza tra quanto teorizzato dal legislatore e la sua applicazione sul campo. Chi ne fa le spese è il sanitario. Specialmente, tra i Sanitari, coloro che fanno parte dei cosiddetti "servizi", cioè la spina dorsale degli ospedali. Sono gli Anestesisti Rianimatori per primi. Questo è un fatto inequivocabile. Il loro impegno nei Blocchi Operatori, nelle Terapie Intensive, nell'Emergenza Territoriale su gomma e ala rotante, nella Terapia del Dolore e nelle Cure Palliative li rende unici nel panorama sanitario, ma anche sovraesposti al cambiamento a cui stiamo assistendo. Mentre è stato possibile, anche grazie al supporto delle aziende farmaceutiche e della tecnologia elettromedicale, favorire un know how di alto livello, e quindi un profilo clinico e scientifico invidiatoci dal resto del mondo, ciò in cui siamo carenti è la conoscenza del sistema in cui lavoriamo e le regole, in continua evoluzione, con cui dobbiamo confrontarci. "Dovete imparare le regole del gioco. E poi giocare meglio di chiunque altro...". Questo scriveva Albert Einstein, e questo si ritiene sia il problema che viviamo in questo momento. Purtroppo vi è scarsa conoscenza, da parte dei Medici, delle regole alla base di un sistema sanitario organizzato, aspetto che va ad inficiare indiscutibilmente la sicurezza e la qualità dell'intero percorso assistenziale. Questo è il primo rationale del congresso SAQURE 2018 (Safety Quality Reliability). Per poter "riscrivere le regole del gioco" secondo uno schema che assicuri migliori risultati, è necessario un momento di riflessione comune in cui vengano discussi i grandi temi organizzativi, e in cui si faccia cultura su tali temi a chi è giornalmente in trincea, in prima linea. Vanno discussi gli strumenti necessari per riportare serenità ed equilibrio nei luoghi di lavoro, favorendo un'immagine più propositiva degli Anestesisti Rianimatori, che possa dare loro maggiore forza sul tavolo tecnico dei "decisionari". Oggi siamo a una svolta. La legge Bianco Gelli impone una riflessione su chi fa cosa. La legge sulla responsabilità professionale va gestita dalla classe medica. La gestione prevede la conoscenza. L'AARO-EMAC (Associazione Anestesiologi Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica), coadiuvata da AreaLearn ECM Provider, ha fatto la scelta responsabile di affrontare le sfide del futuro. Mentre ha valutato l'importanza della mission della società scientifica di riferimento nel garantire un adeguato livello culturale nel campo della farmaceutica, del monitoraggio, della clinica in generale, ha ritenuto di dover percorrere una strada alternativa, nuova, inesplorata, occupandosi più specificatamente delle problematiche organizzative, strutturali, di responsabilità professionale, di qualità dei servizi. Cioè, di tutto quanto necessita all'Anestesista Rianimatore per superare i problemi pratici con cui giornalmente si imbatte. Il Meeting AARO-EMAC 2018 non si occuperà di specifiche patologie, di nuovi farmaci, di nuovi elettromedicali, ma sarà un momento di discussione comune, di riflessione, su tematiche che serviranno al sindacato di categoria per portare avanti la sua mission presso gli enti governativi preposti, così come su argomenti apparentemente banali, ma di enorme importanza. Come funziona un ospedale, di cosa deve occuparsi un direttore sanitario, come funziona una rete formativa, come si imposta una gara per le forniture ospedaliere, come si previene e affronta un contenzioso medico legale, come avere una formazione sull'organizzazione dei servizi sanitari. Questa è la proposta formativa di SAQURE 2018, affiancata da momenti di formazione in simulazione specificatamente legati alle problematiche assicurative. Si apre un nuovo capitolo per gli Anestesisti Rianimatori italiani, un capitolo che, se gestito con intelligenza, porterà certamente ad una svolta nel futuro della categoria.

INFORMAZIONI GENERALI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA E PROVIDER: AREALEARN ECM PROVIDER - id 771
ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO: AARO-EMAC
Via XX Settembre 98/E - 00187 Roma

INFORMAZIONI
tel: 06 47825272 ♦ e-mail: eventiecm@arealearn.it

PRESIDENTI DEL MEETING
Franco Marinangeli (Coordinatore Scientifico di AreaLearn ECM Provider)
Alessandro Vergallo (Presidente Nazionale AARO-EMAC
Rappresentante Legale AreaLearn ECM Provider)

COMITATO SCIENTIFICO
Giuseppe Capozzoli
Giuseppina Di Fiore
Emanuele Iacobone
Francesco Oliveri
Franco Marinangeli
Claudio Spena

SEDE CONGRESSUALE
Roma Eventi - Fontana di Trevi, Piazza della Pilotta 4 - Roma (Zona ZTL)

Come arrivare
DALLA "STAZIONE ROMA TERMINI"
Durata del Viaggio: 5 min. (mezzi pubblici) - 20 min. (pedonale)
Distanza: 2 Km.
VISUALIZZA LE INDICAZIONI - <https://goo.gl/WyNu4Z>

DALL'AEROPORTO INTERNAZIONALE "LEONARDO DA VINCI"
Durata del Viaggio: 40-45 min. (mezzi pubblici o auto propria)
Distanza: 28 Km.
VISUALIZZA LE INDICAZIONI - <https://goo.gl/qf8PGb>

DALL'AUTOSTRADA
Durata del Viaggio: 30 min. circa (dall'ingresso sul raccordo)
Distanza: 13 km. Attenzione Roma Eventi è sita in Zona ZTL.
VISUALIZZA LE INDICAZIONI - <https://goo.gl/7uT9L8>

METRO
METRO A (fermata "BARBERINI-TREVI")
METRO B (fermata "CAVOUR")
VISUALIZZA LE INDICAZIONI - <https://goo.gl/8kz3UZ>

ISCRIZIONI AI CORSI

Le iscrizioni devono essere effettuate obbligatoriamente ed esclusivamente online, sul sito web www.aaroiemac.it. I corsi sono a numero chiuso pertanto è obbligatorio la scelta degli stessi in fase di registrazione online. Il numero massimo di destinatari varia in base al corso. I dati inseriti nella Scheda di Iscrizione on line faranno fede, a tutti gli effetti, per qualsivoglia rapporto tra l'Organizzazione nella sua interezza ed i Partecipanti al Meeting. L'iscrizione al Meeting comporta espressamente l'integrale ed incondizionata accettazione di tutte le condizioni specificate nel presente Programma. Le iscrizioni dovranno pervenire tassativamente entro e non oltre il 10/05/2018 corredate di rispettivo pagamento in un'unica soluzione effettuato esclusivamente con bonifico bancario con la seguente distinzione:

➤ Per gli Iscritti AARO-EMAC (Specialisti e Specializzandi), il pagamento della rispettiva quota di partecipazione ai Corsi dovrà essere effettuato sul c/c con IBAN (0 = zero): IT22B03111 0400100000004069 intestato all'AARO-EMAC presso UBI BANCA CARIME causale obbligatoria: [NOME COGNOME CODICE FISCALE SAQURE 2018]

➤ Per tutti gli altri NON Iscritti AARO-EMAC, il pagamento della rispettiva quota di partecipazione ai corsi dovrà essere effettuato sul c/c con IBAN (0 = zero): IT10S031110400100000004151 intestato ad AREALEARN presso UBI BANCA CARIME causale obbligatoria: [NOME COGNOME CODICE FISCALE SAQURE 2018];

In caso di pagamenti effettuati entro e non oltre il 20/04/2018 sono previste quote ridotte. Per l'applicazione delle quote (ridotte o intere), farà fede unicamente la data di rispettivo pagamento. In mancanza di pagamento correttamente effettuato entro i termini stabiliti, l'iscrizione al Meeting sarà priva di ogni efficacia, senza che nulla possa essere preteso ad alcun titolo. In caso di pagamento incompleto o tardivo rispetto ai termini stabiliti, tale pagamento sarà restituito tramite bonifico bancario sull'IBAN di provenienza, senza che null'altro possa essere preteso ad alcun titolo. Per le iscrizioni pervenute entro e non oltre il 10/05/2018, la Segreteria Organizzativa invierà tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail specificato sulla Scheda di Iscrizione la relativa conferma solo a seguito di avvenuto pagamento della quota prevista conformemente ai termini stabiliti. Tale conferma sarà l'unico titolo attestante la validità dell'iscrizione al Meeting, per tutto ciò che ne consegue. Dopo il 10/05/2018 sarà possibile iscriversi solo On-Site, previa conferma di disponibilità di posti da richiedersi alla Segreteria Organizzativa al seguente recapito telefonico: 06 47825272. In caso di mancata richiesta di disponibilità, non potrà essere garantita la partecipazione all'Evento.

ISCRIZIONI E QUOTE

	ENTRO IL 20/04/2018	OLTRE 20/04/2018
Categorie	QUOTA RIDOTTA	QUOTA INTERA
MEDICO SPECIALISTA ISCRITTO AARO-EMAC (CON CREDITI ECM) ♦ Quota ESENTE IVA ex art.10 c.20 DPR 633/72	200,00 €	250,00 €
MEDICO SPECIALIZZANDO ISCRITTO AARO-EMAC (NO CREDITI ECM) ♦ Quota ESENTE IVA ex art.10 c.20 DPR 633/72	75,00 €	100,00 €
MEDICO SPECIALISTA ISCRITTO SIAARTI (CON CREDITI ECM) ♦ Quota IVA COMPRESA 22%	250,00 €	300,00 €
MEDICO NON ISCRITTO AARO-EMAC / SIAARTI (CON CREDITI ECM) ♦ Quota IVA COMPRESA 22%	350,00 €	420,00 €
PROFESSIONISTA SANITARIO NON MEDICO (SENZA CREDITI ECM) ♦ Quota IVA COMPRESA 22%	75,00 €	100,00 €

La quota di iscrizione al Meeting include:

- Partecipazione ai lavori scientifici
- Cocktail inaugurale
- 4 Coffee Break
- Light Lunch 25 Maggio
- Kit congressuale

SOSTITUZIONE DI NOMINATIVI PARTECIPANTI

Lo Sponsor o il Partecipante individuale che vorrà effettuare una o più sostituzioni di nominativi di partecipanti, dovrà comunicarlo per iscritto entro il 10/05/2018 all'indirizzo e-mail eventiecm@arealearn.it. Richieste pervenute oltre questa data non saranno prese in considerazione.

Giovedì 24 Maggio 2018 ♦ AUDITORIUM LOYOLA ♦ 13:50-18:45

**PROFESSIONE MEDICO OSPEDALIERO
Diritti e Doveri**

Responsabile Scientifico: Marco Chiarello (Camerino)
 Moderatori: Francesco Marchitelli (Roma), Luigi Zurlo (Roma)

13:50-14:00	Registrazione Partecipanti	
14:00-14:40	Che cos'è il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza Medica e com'è strutturato: Attualità e Prospettive	M. Chiarello (Camerino)
14:40-15:20	Dalla Contrattazione Nazionale alle Trattative Decentrate: le Regole per una corretta applicazione delle Norme Contrattuali	D. Minniti (Reggio Calabria)
15:20-16:00	Dotazioni di Personale, Orario di Lavoro, Redazione Turni di Servizio	A. Citino (Vercelli)
16:00-16:30	Coffee Break	
16:30-17:00	La Scuola di Formazione AAROI-EMAC sui Diritti e sui Doveri del Medico Ospedaliero	D. Minniti (Reggio Calabria)
17:00-17:45	Orientarsi tra i principali istituti normativi contrattuali e le loro interpretazioni applicative: un'impresa impossibile o un percorso che si può apprendere? Discussione e Tavola Rotonda	M. Chiarello (Camerino) A. Citino (Vercelli) D. Minniti (Reggio Calabria)
17:45	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

AUDITORIUM LOYOLA 18:00-18:45

SCIENZA E SINDACATO: IL VALORE DELLA SINERGIA (Saluti Inaugurali di Benvenuto al Meeting)	A. Corcione – SIAARTI A. Vergallo – AAROI-EMAC
---	---

18:45-19:30	WELCOME COCKTAIL INAUGURALE presso la Sala ARIOSTO
-------------	--

Giovedì 24 Maggio 2018 ♦ SALA FOSCOLO ♦ 13:50-17:45

**SIUREZZA E QUALITÀ DEL LAVORO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE
Pianificazione, Organizzazione e Formazione**

Responsabile Scientifico: Franco Marinangeli (L'Aquila)

13:50-14:00	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Felice Agrò (Roma), Angelo Tanese (Roma)		
14:00-14:30	La Governance Aziendale nei nuovi assetti gestionali	T. Carradori (Ferrara)
14:30-15:00	Accreditamento, Qualità, Ricerca nelle Aziende Sanitarie Ospedaliere-Universitarie	F. Bravi (Ferrara)
15:00-15:30	Sicurezza delle Cure: prospettive e scenari futuri dopo la Legge 24/2017	O. Nicastro (Bologna)
15:30-16:00	Il ruolo chiave dei Direttori di Dipartimento nelle strategie aziendali	U. Lucangelo (Trieste)
16:00-16:30	Coffee Break	

Moderatori: Mario Dauri (Roma), Umberto Lucangelo (Trieste)

16:30-17:00	Il Direttore di UOC: ruolo e responsabilità	F. Marinangeli (L'Aquila)
17:00-17:30	La scuola di Specializzazione e la Rete Formativa: il percorso, i ruoli, le prospettive	A. Giarratano (Palermo)
17:30-17:45	Discussione sugli Argomenti Trattati	
17:45	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Giovedì 24 Maggio 2018 ♦ SALA MONTALE ♦ 13:50-18:00

**LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA
IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA**

Responsabile Scientifico: Giuseppe Capozzoli (Bolzano)

Moderatori: Emanuele Iacobone (Macerata), Cesare Iesu (Cagliari)		
13:50-14:00	Registrazione Partecipanti	
14:00-14:30	Valutazione preoperatoria nei pazienti con malattia cardiaca per la chirurgia non cardiaca	G. Finco (Cagliari)
14:30-15:00	L'anestesia pediatrica e le soluzioni possibili	M. Sammartino (Roma)
15:00-15:30	La gestione delle vie aeree in anestesia e rianimazione	S. Falchetta (Ancona)
15:30-16:00	Cateterismo venoso centrale nel paziente critico	D. Elisei (Macerata)
16:00-16:30	Coffee Break	
Moderatori: Francesca Leonardi (Roma), Giuseppina Di Fiore (Enna)		
16:30-17:00	NORA: la gestione del rischio e le linee guida	E. De Robertis (Napoli)
17:00-17:30	La Sepsis: linee guida e protocolli di trattamento	A. Donati (Ancona)
17:30-18:00	Il MET e l'emergenza intraospedaliera	H. Troiano (Chieti)
18:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Giovedì 24 Maggio 2018 ♦ SALA ALIGHIERI ♦ 13:50-18:00

**ORGANIZZAZIONE E OTTIMIZZAZIONE DEL LAVORO
IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA**

Responsabile Scientifico: Pino Pasqua (Cosenza)

Moderatori: Alvaro Chianella (Foligno), Teresa Matarazzo (Ferrara)		
13:50-14:00	Registrazione Partecipanti	
14:00-14:30	Informatizzazione e Organizzazione del Blocco Operatorio	E. Melai (Viareggio)
14:30-15:00	Farmacoeconomia e Ottimizzazione del lavoro in Sala Operatoria	M. Carron (Padova)
15:00-15:30	La Day Surgery	G. Tellan (Roma)
15:30-16:00	Organizzazione di un Servizio di PartoAnalgesia	P. Pasqua (Cosenza)
16:00-16:30	Coffee Break	
Moderatori: Antonio Anile (Catania), Emanuele Scarpuzza (Palermo)		
16:30-17:00	Criteri organizzativo strutturali di una Terapia Intensiva	A. Ciccone (L'Aquila)
17:00-17:30	Ruoli, organizzazione e coordinamento dell'attività in tema di Trapianto d'Organo	L. Caniglia (L'Aquila)
17:30	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 25 Maggio 2018 ♦ AUDITORIUM LOYOLA ♦ 08:20-13:00

**PROFILI MEDICO-LEGALI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE,
EMERGENZA, AREA CRITICA
Normativa e Giurisprudenza: Focus On**

Responsabile Scientifico: Claudio Spena (Genova)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Quirino Piacevoli (Roma), Paolo Arbarello (Roma)		
08:30-09:00	Contenzioso medico legale in Anestesia e Rianimazione in Italia	F. Marinangeli (L'Aquila), A. Ciccone (L'Aquila)
09:00-09:40	Legge Gelli-Bianco: il Dispositivo della Norma	P. D'Agostino (Torino)
09:40-10:20	Legge Gelli-Bianco: la Norma al banco di prova della Giurisprudenza	A. Ciuffetelli (L'Aquila)
10:20-11:00	Il Consenso Informato	R. Orsetti (Roma)
11:00-11:30	Coffee Break	
Moderatori: Remo Orsetti (Roma), Amedeo Ciuffetelli (L'Aquila)		
11:30-12:00	La Responsabilità di Équipe	F. Pacifici (Viterbo)
12:00-12:30	Il Profilo di Responsabilità Civile e Amministrativa	G. Rabacchi (Roma)
12:30-13:00	Il Profilo di Responsabilità Penale	E. Moscato (Roma)
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 25 Maggio 2018 ♦ SALA FOSCOLO ♦ 08:20-13:00

**SIUREZZA E QUALITÀ DEL LAVORO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE
Procedure e Responsabilità**

Responsabile Scientifico: Claudio Spena (Genova)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Teresa Matarazzo (Ferrara), Claudio Spena (Genova)		
08:30-09:00	La Farmacia Ospedaliera: Organizzazione e Responsabilità	C. Pisanelli (Roma)
09:00-09:30	L'Ingegneria Clinica	A. Caporaso (Roma)
09:30-10:00	Risk Management e costruzione delle Procedure Aziendali	M. Quintili (Roma)
10:00-10:30	L'Ufficio Legale	A. Capparelli (Roma)
10:30-11:00	Discussione sugli argomenti precedentemente trattati	
11:00-11:30	Coffee Break	
Moderatori: Emanuele Scarpuzza (Palermo), Quirino Piacevoli (Roma)		
11:30-12:00	Il Governo Clinico	L. Caniglia (L'Aquila)
12:00-12:30	Strategie di sicurezza in ambito ospedaliero: il punto di vista del Clinico	C. Spena (Genova)
12:30-13:00	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 25 Maggio 2018 ♦ SALA MONTALE ♦ 08:20-13:00

SIUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE IN SALA OPERATORIA

Responsabile Scientifico: Giuseppe Capozzoli (Bolzano)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Astrid Behr (Padova), Edoardo De Robertis (Napoli)		
08:30-09:10	Evitare gli errori di farmaco/diluizione: le siringhe etichettate	L. Cristofoli (Bari)
09:10-09:50	Tossicità da anestetico locale	A. Behr (Padova)
09:50-10:30	L'ipertermia maligna	F. Oliveri (Catania)
10:30-11:00	La gestione degli anticoagulanti	L. Tullo (Foggia)
11:00-11:30	Coffee Break	
Moderatori: Giuseppina Di Fiore (Enna), Roberta Monzani (Milano)		
11:30-12:00	La PORC	A. Gratarola (Genova)
12:00-12:30	Anestesia Generale vs Anestesia Locoregionale: una scelta non scontata	P. Fusco (L'Aquila)
12:30-13:00	L'accesso vascolare nel politraumatizzato	G. Capozzoli (Bolzano)
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 25 Maggio 2018 ♦ SALA ALIGHIERI ♦ 08:20-13:00

**CATASTROFI E MAXIEMERGENZE:
REQUISITI E RUOLO DEL MEDICO NELL'EQUIPE SANITARIA**

Responsabile Scientifico: Franco Marinangeli (L'Aquila)

Moderatori: Gaetano Dipietro (Bari), Mario Milani (Lecco)		
08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
08:30-09:15	Servizio 118-112: quale spazio per l'Anestesista-Rianimatore	A. Peratoner (Trieste)
09:15-10:00	Ruolo del CNSAS nelle Maxiemergenze	C. Pesci (Roma) W. Milan (Milano)
10:00-10:30	Anestesisti-Rianimatori e Medicina Militare	C. Fontana (Roma)
10:30-11:00	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
11:00-11:30	Coffee Break	
Moderatori: Alberto Peratoner (Trieste), Gaetano Dipietro (Bari)		
11:30-12:00	PEVAC	R. Balagna (Torino)
12:00-12:30	MAF e Coordinamento del Team	L. Cristofoli (Bari)
12:30-13:00	Debriefing di una Catastrofe: La Tragedia di Rigopiano	G. Facchetti (L'Aquila)
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 25 Maggio 2018 ♦ AUDITORIUM LOYOLA ♦ 14:20-19:00

**RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE:
DOTTRINA E PRATICA AL FUOCO DELLA LEGGE GELLI-BIANCO**

Responsabile Scientifico: Franco Marinangeli (L'Aquila)

14:20-14:30	Registrazione Partecipanti	
14:30-15:00	Introduzione ai Lavori	
Moderatore: Nicandro Buccieri (Roma)		
14:30 – 19:00 Simulazione di un Contenzioso vs un Medico Anestesista-Rianimatore		
CASTING Roberta Pedrazzoli (Bolzano) – l'Anestesista-Rianimatore e la sua testimonianza Nicandro Buccieri (Roma) – il Medico Legale del Ricorrente Paolo Scarano (Campobasso) – il Medico Legale dell'Anestesista-Rianimatore Francesco Lauri (Roma) – l'Avvocato del Ricorrente Italo Partenza (Milano) – l'Avvocato dell'Anestesista-Rianimatore Cristina Mascheroni (Varese) – l'Anestesista Rianimatore Consulente del Ricorrente Marco Chiarello (Camerino) – l'Anestesista Rianimatore Consulente dell'Anestesista-Rianimatore		
19:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 25 Maggio 2018 ♦ SALA FOSCOLO ♦ 14:20-19:00

**LA COMUNICAZIONE D'EQUIPE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE,
 EMERGENZA, AREA CRITICA**
Il Linguaggio come Strumento di Cura
 Responsabile Scientifico: Emanuele Iacobone (Macerata)

14:20-14:30	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Giovanni Mistraretti (Milano), Ennio Fuselli (Roma)		
14:30-15:00	La Comunicazione interprofessionale in Sala Operatoria	C. Scala (Riccione)
15:00-15:30	I principali errori nella relazione medico paziente	S. Pulitanò (Roma)
15:30-16:00	La comunicazione in Terapia Intensiva: il punto di vista del Rianimatore	G. Mistraretti (Milano)
16:00-16:30	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
16:30-17:00	Coffee Break	
Moderatori: Emanuele Iacobone (Macerata), Antonello Ciccone (L'Aquila)		
17:00-17:30	Progetto "Intensiva 2.0": a che punto siamo?	E. Fuselli (Roma)
17:30-18:00	Il medico e la comunicazione digitale	F. Marino (Roma)
18:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	
Premio Marco Rambaldi – Concorso AR StartAPP 2017 Presenta: E. Iacobone (Macerata)		
18:20-19:00	TEG-APP	P. Raimondo (Bari)

Venerdì 25 Maggio 2018 ♦ SALA MONTALE ♦ 14:20-19:00

**SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE
 IN RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA**
 Responsabile Scientifico: Emanuele Iacobone (Macerata)

14:20-14:30	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Paolo Pelosi (Genova), Raffaele De Gaudio (Firenze)		
14:30-15:00	La prevenzione delle infezioni in Terapia Intensiva	A. Donati (Ancona)
15:00-15:30	La gestione della ventilazione meccanica: Linee Guida e Buone Pratiche	D. Chiumello (Milano)
15:30-16:00	Utilità dell'ecografia in Terapia Intensiva	A. Anile (Catania)
16:00-16:30	La sedazione in Terapia Intensiva	E. Iacobone (Macerata)
16:30-17:00	Coffee Break	
TERAPIA DEL DOLORE E LE CURE PALLIATIVE Moderatori: Amedeo Costantini (Chieti), Mario Dauri (Roma)		
17:00-17:30	La legge 38/2010 e dolore postoperatorio: il modello possibile	C. Mattia (Roma)
17:30-18:00	Terapia del dolore cronico e le metodiche invasive	S. Natoli (Roma)
18:00-18:30	Le cure palliative in Italia: realtà e prospettive	G. Casale (Roma)
18:30-19:00	Indicazioni e Modalità prescrittive della cannabis	R. Vellucci (Firenze)
19:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Venerdì 25 Maggio 2018 ♦ SALA ALIGHIERI ♦ 14:20-19:00

ELISOCORSO IN SICUREZZA: REQUISITI E RUOLO DEL MEDICO NELL'HEMS TEAM
 Responsabile Scientifico: Franco Marinangeli (L'Aquila)

Moderatori: Franco Marinangeli (L'Aquila), Alberto Peratoner (Trieste)		
14:20-14:30	Registrazione Partecipanti	
14:30-15:00	Gli Eventi Critici e gli Incidenti in Elisoccorso	G. Facchetti (L'Aquila)
15:00-15:45	Organizzazione dell'Elisoccorso: un modello di riferimento	A. Zoli (Milano)
15:45-16:30	La certificazione del Medico di Emergenza: il razionale	M. Menarini (Bologna)
16:30-17:00	Coffee Break	
Moderatori: Gianluca Facchetti (L'Aquila), Alberto Peratoner (Trieste)		
17:00-18:00	Sicurezza e Qualità degli Elicotteri per l'Elisoccorso attuale e futuro	S. Gobbi (Varese) E. Bufano (Milano)
18:00-18:30	L'Elisoccorso e l'Anestesista Rianimatore	R. Balagna (Torino)
18:30-19:00	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
19:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 26 Maggio 2018 ♦ AUDITORIUM LOYOLA ♦ 08:20-13:00

IL "BIOTESTAMENTO" DOPO LA LEGGE 219/2017
Opinioni a Confronto
 Responsabile Scientifico: Giuseppina Di Fiore (Enna)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Franco Marinangeli (L'Aquila), Felice Agrò (Roma)		
08:30-09:15	Legge sul Biotestamento: il testo	P. Frati (Roma)
09:15-10:00	La legge dal punto di vista della bioetica	L. Borgia (Ancona)
10:00-10:30	La legge dal punto di vista del Medico Legale	V. Fineschi (Roma)
10:30-11:00	Coffee Break	
Moderatori: Umberto Lucangelo (Trieste), Giuseppina Di Fiore (Enna)		
11:00-11:30	Un'esperienza di vita e di morte	B. Englaro (Lecco)
11:30-12:00	Ruolo e valore dell'Anestesista-Rianimatore	A. De Monte (Udine)
12:00-12:30	L'esperienza maturata tra Cure palliative e Biotestamento	M. A. Farina Coscioni (Roma)
12:30-13:00	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

13:00-13:30 SA♦QU♦RE 2018
 SALUTI DI CHIUSURA MEETING
 ARRIVEDERCI AL 2019

Sabato 26 Maggio 2018 ♦ SALA FOSCOLO ♦ 08:20-13:00

**LA COMUNICAZIONE D'EQUIPE
 IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA**
L'Appropriatezza del Linguaggio in relazione ai Bisogni
 Responsabile Scientifico: Sara Mascarin (Milano)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Sara Mascarin (Milano), Francesca Leonardis (Roma)		
08:30-09:00	Introduzione ai Lavori	S. Mascarin (Milano)
09:00-09:40	I Bisogni PsicoRelazionali in Anestesia-Rianimazione e Area Critica	S. Calva (Torino)
09:40-10:20	L'ottimizzazione delle Relazioni in Sala Operatoria come fondamento per la Sicurezza	C. Bolis (Lodi)
10:20-10:50	Coffee Break	
Moderatori: Sara Mascarin (Milano), Francesca Leonardis (Roma)		
10:50-11:30	Ottimizzare le attività nel rispetto delle risorse umane disponibili: dal blocco operatorio alla terapia intensiva aperta, interrogativi e azioni	T. Bernacconi (Iesi)
11:30-12:00	La Terapia Intensiva Aperta: un progetto regionale pilota per l'umanizzazione	S. De Remigis (Teramo)
12:00-12:30	Comunicazione al cittadino, una scommessa o un'impresa? Azioni informative orchestrate	B. Leone (Napoli)
12:30-13:00	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 26 Maggio 2018 ♦ SALA MONTALE ♦ 08:20-13:00

BUON USO DEL SANGUE
 Responsabile Scientifico: Franco Marinangeli (L'Aquila)

08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
Moderatori: Umberto Lucangelo (Trieste), Domenico Minniti (Reggio Calabria)		
08:30-09:00	La gestione volemica	L. Gottin (Verona)
09:00-09:30	Tecnologia per la gestione dell'assetto coagulativo	D. Colella (Roma)
09:30-10:00	La gestione degli emoderivati ed emocomponenti	S. Maggiore (Chieti)
10:00-10:30	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
10:30-11:00	Coffee Break	
Moderatori: Roberta Monzani (Milano), Francesco Oliveri (Catania)		
11:00-11:30	Complicanze legate alle trasfusioni	S. Bulgarelli (Cesena)
11:30-12:00	La gestione del Paziente Testimone di Geova	A. Ciuffetelli (L'Aquila)
12:00-13:00	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

Sabato 26 Maggio 2018 ♦ SALA ALIGHIERI ♦ 08:20-13:00

**OBIETTIVO TUTELA:
 LE POLIZZE ASSICURATIVE PER MEDICI ANESTESISTI-RIANIMATORI,
 D'EMERGENZA E DI AREA CRITICA (PS, 118)**
 Responsabile Scientifico: Paolo D'Agostino (Torino)

Moderatore: Alessandro Vergallo		
08:20-08:30	Registrazione Partecipanti	
08:30-09:00	Introduzione: Il quadro generale delle esigenze di protezione assicurativa dei medici ospedalieri	P. D'Agostino (Torino)
09:00-09:45	L'azione di rivalsa e la responsabilità contabile	G. Capilli (Roma)
09:45-10:30	L'attività consulenziale	A. Ciuffetelli (L'Aquila)
10:30-11:00	Coffee Break	
11:00-11:45	Il Sistema di Protezione AAROI-EMAC	P. D'Agostino (Torino)
11:45-12:30	La Convenzione Assicurativa AAROI-EMAC	P. Sacchi (Milano)
12:30-13:00	Discussione sugli Argomenti Precedentemente Trattati	
13:00	Consegna Questionario di Verifica Apprendimento e Conclusione Lavori	

I Corsi ACLS e PALS sono autonomi dal Meeting e seguono un percorso alternativo con quote d'iscrizione diversificate che non danno accesso ai Corsi del Programma SA♦QU♦RE 2018

Giovedì/Venerdì 24/25 Maggio 2018 ♦ SALA CARDUCCI ♦ 12 ORE FORMATIVE

CORSO ACLS in collaborazione con American HEART Association
 Responsabile Scientifico: Gilberto Fiore (Torino)



1^ GIORNATA Giovedì 24 Maggio 2018	
Mattina	orario lezioni: 08:20 – 13:00 Light Lunch: 13:00 – 14:00
Pomeriggio	orario lezioni: 14:00 – 16:00 16:30 – 18:00 Coffee Break: 16:00 – 16:30
2^ GIORNATA Venerdì 25 Maggio 2018	
Mattina	orario lezioni: 08:20 – 11:00 11:30 – 13:00 Coffee Break 11:00 – 11:30

Venerdì/Sabato 25/26 Maggio 2018 ♦ SALA CARDUCCI ♦ 12 ORE FORMATIVE

CORSO PALS in collaborazione con American HEART Association
 Responsabile Scientifico: Gilberto Fiore (Torino)



1^ GIORNATA Venerdì 25 Maggio 2018	
Pomeriggio	orario lezioni: 14:00 – 16:00 16:30 – 18:00 Coffee Break: 16:00 – 16:30
2^ GIORNATA Sabato 26 Maggio 2018	
Mattina	orario lezioni: 08:20 – 13:00 Light Lunch: 13:00 – 14:00
Pomeriggio	orario lezioni: 14:00 – 18:00

MEETING SA ♦ QU ♦ RE 2018 - PROGRAMMA

24 - 26 Maggio 2018 Roma Eventi

Informazioni e Aggiornamenti sul sito web: www.aaroiemac.it

RINUNCE

Eventuali rinunce successive al pagamento delle quote di iscrizione dovranno pervenire esclusivamente tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail eventiecm@arealearn.it. Le rinunce pervenute entro e non oltre il 10/05/2018 daranno luogo al rimborso del 50% della quota versata (spese bancarie escluse). I rimborsi saranno evasi dopo la conclusione del Meeting, tramite bonifico bancario sull'IBAN di provenienza del pagamento della quota di iscrizione, da confermarsi sulla stessa e-mail di rinuncia. NON SI PROCEDERÀ AD ALCUN RIMBORSO IN CASO DI RINUNCE PERVENUTE OLTRE LA DATA DEL 10/05/2018 NÉ IN CASO DI MANCATA O PARZIALE PRESENZA AL MEETING.

TRATTAMENTO DATI

Le informazioni personali fornite con la compilazione e con l'invio della Scheda di Iscrizione saranno oggetto di trattamento ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i. Si autorizzano espressamente fin d'ora l'AA-ROI-EMAC e AREALEARN ECM PROVIDER ad inserire tali informazioni nelle proprie banche dati, nonché a trattarle e ad utilizzarle per tutte le finalità correlate alle attività esercitate, oltre che ad utilizzare per le suddette finalità anche le immagini, i video, e le audioregistrazioni di tutti gli eventi comunque correlati al Meeting. Con l'invio della Scheda di Iscrizione vengono integralmente e incondizionatamente accettate espressamente tutte le condizioni esposte.

ACCOGLIENZA IN SEDE

Il Personale di Segreteria sarà a disposizione in sede dalle ore 12:00 di Giovedì 24 Maggio fino alle ore 14:00 di Sabato 26 Maggio, secondo i seguenti orari:

- Giovedì 24 Maggio 12:00-19:30
- Venerdì 25 Maggio 08:10-19:30
- Sabato 26 Maggio 8:10-14:00

SONO PREVISTE LE SEGUENTI POSTAZIONI DI ACCOGLIENZA: Pre-Iscritti (sia Specialisti che Specializzandi), Relatori e Moderatori.

AREA CATERING

Per tutti i Partecipanti al Meeting, presso la sala Ariosto e la Sala Manzoni saranno allestiti:

- Coffee Break Giovedì 24 Maggio ore 16:00
- Cocktail di Benvenuto Giovedì 24 Maggio ore 18:45
- Coffee Break Venerdì 25 Maggio ore 11:00
- Light Lunch Venerdì 26 Maggio ore 13:00
- Coffee Break Venerdì 25 Maggio ore 16:30
- Coffee Break Sabato 26 Maggio ore 10:30

TELEFONI CELLULARI

Nelle Aule dove si svolgono i lavori scientifici i telefoni cellulari dovranno essere tenuti rigorosamente spenti o in modalità silenziosa.

VARIAZIONI

Gli Organizzatori si riservano il diritto di apportare al programma del Meeting tutte le variazioni necessarie per ragioni scientifiche e/o tecniche che potessero insorgere.

LOCATION, PRENOTAZIONI ALBERGHIERE, VIAGGI, TRASFERIMENTI

La Segreteria Organizzativa NON effettua in alcun modo prenotazioni alberghiere, né servizi correlati agli spostamenti per e dalla sede congressuale, che quindi sono lasciati alla libera iniziativa degli interessati.

AREA ESPOSITIVA

Per tutta la durata del Meeting sarà allestita un'area espositiva tecnico-scientifica alla quale possono partecipare Aziende Farmaceutiche, Aziende produttrici di Apparecchiature Elettromedicali e Case Editrici Scientifiche.

SVOLGIMENTO LAVORI

Per assicurare un corretto svolgimento dei vari Corsi in programma tutti gli Oratori dovranno attenersi rigorosamente ai tempi assegnati. I Moderatori saranno tenuti a far rispettare i tempi di inizio e di fine di ogni Corso e quelli assegnati a tutti gli Oratori. La lingua ufficiale è l'italiano.

INFO PER RELATORI E MODERATORI

Proiezioni di Materiale (Presentazione diretta in Sala Carducci)

I Relatori possono caricare le proprie presentazioni direttamente sul PC-notebook presente nella propria Sala. In tal caso, le presentazioni dovranno essere obbligatoriamente consegnate almeno un'ora prima del-

l'inizio della Sessione, per verificarne la corretta funzionalità.

Proiezioni di Materiale (Presentazione a cura del Centro Slide in Sala Loyola, in Sala Foscolo, in Sala Montale e in Sala Alighieri)

I Relatori possono consegnare le proprie presentazioni al Centro Slide. In tal caso, le presentazioni dovranno essere obbligatoriamente consegnate almeno due ore prima dell'inizio della Sessione, per verificarne la corretta funzionalità. Per le prime relazioni del mattino, il materiale dovrà essere consegnato entro le ore 19:00 del giorno precedente.

I Relatori che utilizzano sistemi Macintosh e presentazioni in formato Keynote sono invitati a convertire le presentazioni in formato Power Point e a testarle su un PC Windows.

BADGE DI RICONOSCIMENTO

Per accedere sia alla Sede dei Corsi che ai lavori scientifici è assolutamente indispensabile indossare il Badge di riconoscimento personale, che sarà consegnato ad ogni Partecipante/Relatore/Moderatore unitamente al kit congressuale al momento dell'Accoglienza, la cui custodia sarà da quel momento sotto la piena ed esclusiva responsabilità del Partecipante/Relatore/Moderatore; pertanto all'interno del Centro Congressi è obbligatorio indossare il Badge per tutta la durata del Meeting. In caso di smarrimento del Badge, è fatto obbligo di segnalazione immediata alla Segreteria Organizzativa. È fatto divieto assoluto di cedere il proprio Badge ad altri.

ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE

L'attestato di partecipazione sarà rilasciato, al termine dei lavori scientifici, a tutti i Partecipanti che ne abbiano fatto richiesta alla Segreteria Organizzativa al momento dell'Accoglienza. Diversamente, non sarà possibile rilasciare attestati di partecipazione.

CREDITI ECM

Per tutti i Corsi oggetto del Meeting, AREALEARN ha richiesto l'accreditamento ECM come segue:

- Area Medicina e Chirurgia
 - Discipline: Anestesia e Rianimazione; Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza.
- Possono conseguire i crediti ECM assegnati agli eventi relativi ad una disciplina diversa da quella inerente la propria specializzazione i medici dipendenti in possesso di specializzazioni che siano equipollenti o affini alla disciplina oggetto dell'evento (cfr.: D.M. 30.01.98 per le discipline equipollenti e D.M. 31.01.98 per le discipline affini - D.M. 27.07.2000 ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso della formazione post base - D.M. 02.08.2000 per le modificazioni ed integrazioni alle tabelle delle equipollenze e delle affinità previste, rispettivamente, dal D.M. 30.01.1998 per l'accesso 2° livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario e dal D.M. 31.01.1998 per il personale dirigenziale del servizio sanitario nazionale).

Per ottenere il rilascio dei crediti formativi ECM attribuiti al percorso formativo, ogni Partecipante dovrà frequentare il 90% dell'orario previsto per ogni Corso; compilare correttamente tutta la modulistica necessaria per l'accreditamento ECM, che sarà distribuita al termine di ciascun corso dal Segreteria Organizzativa, a cui dovrà essere correttamente riconsegnata, e rispondere esattamente almeno al 75% delle domande proposte. Si raccomanda vivamente l'esatta ed integrale compilazione della modulistica con risposte e firme richieste, pena l'impossibilità di attribuire i crediti formativi ECM. Si ricorda che ogni Partecipante potrà maturare 1/3 dei crediti, ricondotti al triennio di riferimento (150 totali per il triennio 2018-2019), mediante reclutamento diretto da parte dello sponsor e dovrà consegnare al Provider dell'evento una copia dell'invito dell'Azienda Sponsor.

La presenza ai lavori scientifici sarà registrata in entrata ed in uscita attraverso lettura ottica di un Badge di riconoscimento personale, consegnato a ciascun Partecipante al momento dell'Accoglienza.

È TASSATIVAMENTE VIETATO, DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE LEZIONI, IL PASSAGGIO DA UN CORSO AD UN ALTRO. Ciascun partecipante potrà seguire il percorso formativo selezionato in fase di iscrizione. Eventuali cambi possono aver luogo solo previa consultazione ed autorizzazione da parte della Segreteria Organizzativa prima dell'inizio delle lezioni.

La certificazione dei Crediti ottenuti dai Partecipanti avverrà entro tre mesi dalla conclusione del Meeting, e quindi:

- per i Partecipanti Iscritti all'AAROI-EMAC sarà disponibile esclusivamente online nell'Area Riservata agli Iscritti del sito web aaroiemac.it;
- per tutti gli altri Partecipanti sarà inviata dalla Segreteria Organizzativa tramite posta elettronica all'indirizzo e-mail specificato sulla Scheda di Iscrizione.

SALE SVOLGIMENTO CORSI

- AUDITORIUM LOYOLA
- SALA FOSCOLO
- SALA CARDUCCI
- SALA MONTALE
- SALA ALIGHIERI

TAVOLA SINOTTICA

	Giovedì 24 Maggio	Venerdì 25 Maggio	Sabato 26 Maggio
AUDITORIUM LOYOLA		PROFILI MEDICO-LEGALI IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA Normativa e Giurisprudenza: Focus On 08:20 - 13:00	IL "BIOTESTAMENTO" DOPO LA LEGGE 219/2017 Opinioni a Confronto 08:20 - 13:00
	PROFESSIONE MEDICO OSPEDALIERO Diritti e Doveri 13:50-18:00 SCIENZA E SINDACATO: IL VALORE DELLA SINERGIA (Saluti Inaugurali di Benvenuto al Meeting) 18:00-18:45	RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: DOTTRINA E PRATICA AL FUOCO DELLA LEGGE GELLI-BIANCO Simulazione di un Contenzioso vs un Medico Anestesista-Rianimatore 14:20-19:00	
SALA FOSCOLO		SICUREZZA E QUALITÀ DEL LAVORO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE 2ª Parte Procedure e Responsabilità 08:20 - 13:00	LA COMUNICAZIONE D'EQUIPE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA L'Appropriatezza del Linguaggio in relazione ai Bisogni 08:20 - 13:00
	SICUREZZA E QUALITÀ DEL LAVORO NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE 1ª Parte Pianificazione, Organizzazione e Formazione 13:50-18:00	LA COMUNICAZIONE D'EQUIPE IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA Il Linguaggio come Strumento di Cura 14:20-19:00	
SALA CARDUCCI		CORSO SIMULEARN FORMAT-BASED ACLS 08:20-13:00	CORSO SIMULEARN FORMAT-BASED PALS 08:20-18:00
	CORSO SIMULEARN FORMAT-BASED ACLS 13:50-18:00	CORSO SIMULEARN FORMAT-BASED PALS 14:20-19:00	
SALA MONTALE		SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE IN SALA OPERATORIA 08:20-13:00	BUON USO DEL SANGUE 08:20-13:00
	LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI DI BUONA PRATICA CLINICA IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA 13:50-18:00	SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE IN RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA 14:20-19:00	
SALA ALIGHIERI		CATASTROFI E MAXIEMERGENZE: REQUISITI E RUOLO DEL MEDICO NELL'EQUIPE SANITARIA 08:20 - 13:00	OBBIETTIVO TUTELA: LE POLIZIE ASSICURATIVE PER MEDICI ANESTESISTI-RIANIMATORI, D'EMERGENZA E DI AREA CRITICA (PS, 118) 08:20-13:00
	ORGANIZZAZIONE E OTTIMIZZAZIONE DEL LAVORO IN ANESTESIA E RIANIMAZIONE, EMERGENZA, AREA CRITICA 13:50-18:00	ELISOCORSO IN SICUREZZA: REQUISITI E RUOLO DEL MEDICO NELL'HEMS TEAM 14:20-19:00	

COMITATO SCIENTIFICO

AreaLearn	
Rappresentante Legale	Alessandro Vergallo
Coordinatore Comitato Scientifico	
Franco Marinangeli	
Componenti Comitato Scientifico	
Giuseppe Capozzoli	
Giuseppina Di Fiore	
Emanuele Iacobone	
Francesco Oliveri	
Claudio Spina	

CONSIGLIO NAZIONALE

AAROI-EMAC	
Presidente Nazionale	Alessandro Vergallo
Vice Presidente Area Nord	Teresa Matarazzo
Vice Presidente Area Centro	Cesare Jesu
Vice Presidente Area Sud	Emanuele Scarpuzza
Segretario	Antonino Franzesi
Tesoriere	Antonio Amendola
Presidenti Regionali	
Abruzzo	Fabrizio Marzili
Basilicata	Francesco Allegrini
Campania	Giuseppe Galano
Calabria	Domenico Minniti
Emilia Romagna	Matteo Nicolini
Friuli Venezia Giulia	Alberto Peratoner
Lazio	Quirino Piacevoli
Liguria	Maria Luisa Pollarolo
Lombardia	Cristina Mascheroni
Marche	Marco Chiarello
Molise	David Di Lello
Piemonte-V. d'Aosta	Gilberto Fiore
Puglia	Antonio Amendola
Sardegna	Cesare Iesu
Sicilia	Emanuele Scarpuzza
Toscana	Luigi De Simone
Umbria	Alvaro Chianella
Veneto	Massimiliano Dalsasso
Provincia di Bolzano	Roberta Pedrazzoli
Provincia di Trento	Piergiorgio Casetti

ROMA EVENTI



studi di Dubois e Martini danno alcune indicazioni. Nello studio di Dubois, circa 1/3 dei pazienti del gruppo "superficiale" hanno ricevuto una dose supplementare di 5 mg di rocuronio in aggiunta alla dose iniziale.

Questo è avvenuto quando i chirurghi rilevavano le condizioni chirurgiche più difficili. Il livello di NMB durante questi episodi corrisponde a una conta del TOF \geq 3.

Inoltre sia Martini sia Dubois hanno rilevato che livelli di blocco più profondo (PTC 1-2 e TOF<2) rispetto a blocchi più superficiali hanno impedito la comparsa di condizioni in cui era impossibile continuare l'intervento per le condizioni chirurgiche inaccettabili, anche se c'è stato un gruppo di pazienti in cui le condizioni chirurgiche erano difficili anche con un NMB profondo.

Quali studi sono necessari?

Sono necessari studi che confrontano in continuo un NMB profondo con altri gradi di NMB e la dose di miorellassanti, compreso l'assenza di blocco, la somministrazione di boli ripetuti, il bolo singolo con recupero spontaneo, come anche un NMB moderato continuo per rilevare i possibili vantaggi e danni per i pazienti come il tempo di recupero, la degenza ospedaliera, il dolore, e la percentuale di complicanze.

Poiché molto raramente si hanno delle complicanze chirurgiche durante la laparoscopia, è necessario un campione molto grande per valutare gli effetti del NMB nella prevenzione delle complicanze in uno studio randomizzato.

La disponibilità di ampi database e una valutazione retrospettiva possono essere d'aiuto.

Questo spiega perché molti studi clinici relativi a queste problematiche hanno utilizzato numerosi elementi di outcome surrogate, compresa la soddisfazione dell'operatore e le condizioni chirurgiche. Queste scale di "soddisfazione" non sono validate. Ci si può chiedere se soddisfare i colleghi chirurghi può essere considerato un importante parametro di outcome in questo tipo di sperimentazione clinica. Allora, occorre progettare studi concentrati solo su outcome come dolore, complicanze, tempo di recupero e degenza in ospedale? È opportuno fare entrambi le cose.

Gli anestesisti sono obbligati a realizzare la migliore anestesia possibile per aiutare il chirurgo a fare il suo lavoro con il minor rischio di complicanze per il paziente. Pertanto la qualità delle condizioni chirurgiche è un parametro clinico rilevante.

Gli studi futuri dovrebbero valutare quali pazienti e tipi di chirurgia laparoscopica possono maggiormente avvantaggiarsi di un NMB profondo. Inoltre c'è la necessità di studi prospettici osservazionali per valutare gli incidenti critici conseguenti a improvvisi movimenti dei pazienti, e l'eventuale relazione con livelli inadeguati di NMB e anche il rischio di NMB residuo postoperatorio.

Infine è opportuno valutare se l'effetto del NMB sulle condizioni chirurgiche dipende dall'esperienza chirurgica. Nessuno degli studi pubblicati finora è in grado di dare risposte a queste domande.

In conclusione l'anestesista deve collaborare con il chirurgo e trovare un equilibrio tra vantaggi e rischi nell'applicazione di un NMB profondo durante la chirurgia laparoscopica. L'obiettivo comune è quello di eseguire un intervento chirurgico sicuro e veloce nelle migliori condizioni possibili. L'evidenza suggerisce finora che alcuni pazienti possono trarre vantaggio da un NMB profondo durante la laparoscopia. La sfida consiste nell'identificare questi pazienti nel preoperatorio e poi

realizzare un NMB profondo fin dall'inizio della chirurgia laparoscopica invece di aspettare la richiesta del chirurgo.

PROBABILMENTE NO

Certamente l'introduzione del curaro in chirurgia rappresenta una delle più importanti pietre miliari della storia della pratica anestesologica. È indiscutibile che un accorto uso dei miorellassanti non depolarizzanti permette all'anestesista di ottenere condizioni chirurgiche soddisfacenti con dosi inferiori di anestetici volatili o endovenosi.

La domanda ricorrente tuttavia è quanto miorellassante è sufficiente. Le condizioni chirurgiche soddisfacenti sono il prodotto finale di numerosi fattori che possono variare dal livello d'anestesia generale somministrata all'abilità del chirurgo. Non è necessario realizzare e mantenere di routine un NMB profondo (conta posttetanica \leq 2) dall'inserimento del trocar alla chiusura della fascia addominale per la chirurgia laparoscopica. Non esiste un'evidenza obiettiva della superiorità di un NMB profondo rispetto a un blocco meno intenso (conta del treno di quattro compreso tra 1 e 3) con l'eccezione di un solo studio. Inoltre la somministrazione indispensabile del sugammadex nell'adozione di protocolli con il mantenimento di un blocco profondo ha dei costi e non è privo d'inconvenienti.

Definizione

Madsen definisce come moderato un NMB con la conta di 1-3 risposte al treno di quattro (TOFC) o un bolo iniziale di 1-2 volte la dose ED95 seguita dal recupero spontaneo.

Il blocco neuromuscolare profondo implica il mantenimento di un blocco continuo fino alla chiusura della parete addominale. L'antagonismo con sugammadex non è eseguito fino alla rimozione dei trocars, è terminato il pneumoperitoneo e è stata chiusa la fascia.

Quando si confronta un NMB moderato a un blocco profondo, occorre per il blocco profondo mantenere la conta della stimolazione posttetanica pari o inferiore a 2 per un blocco profondo e una conta di 1 a 3 risposte al TOF per il blocco moderato fino alla chiusura del peritoneo.

Dove sono le prove?

Ci sono diversi studi in cui sono state confrontate le condizioni chirurgiche durante la chirurgia laparoscopica con blocco neuromuscolare rispetto a un gruppo di controllo a cui non era stato somministrato nessun bloccante neuromuscolare. Blobner ha trovato che un NMB profondo migliora le condizioni chirurgiche per la colecistectomia laparoscopica con una migliore visibilità e un campo operatorio immobile.

Van Wijk ha osservato almeno un 25% di minore pressione intraddominale dopo NMB profondo rispetto all'assenza di blocco nella colecistectomia per via laparoscopica.

Williams ha confrontato la ventilazione spontanea con una maschera laringea (senza NMB) rispetto alla ventilazione controllata attraverso un tubo endotracheale e ha rilevato che l'adeguatezza del pneumoperitoneo per il posizionamento dei trocars è stata migliore nel gruppo che aveva ricevuto 0,5 mg/Kg di atracurio per l'intubazione. Questi risultati, sebbene inconfutabili, siano irrilevanti per questa discussione.

Purtroppo molti ricercatori continuano a fare le domande sbagliate. Non è utile confrontare le condizioni cliniche durante la laparoscopia con un NMB profondo e quelle con assenza di blocco. Non è corretto evitare l'uso del NMB nella chirurgia laparoscopica;

è opportuno comunque che siano utilizzati con giudizio. Il quesito più importante, se cioè un blocco neuromuscolare profondo rispetto a un blocco meno intenso (conta del treno di quattro di 1-3) offra condizioni chirurgiche migliori per la laparoscopia, resta senza risposta. Anche se alcuni ricercatori hanno cercato di affrontare questo problema, la maggior parte di questi studi presenta importanti limiti nel disegno dello studio.

Lo studio di Martini è il solo che Madsen cita come in grado di supportare l'ipotesi che un blocco neuromuscolare profondo rispetto a un blocco moderato possa determinare condizioni chirurgiche migliori. Tuttavia le differenze medie dei punteggi soggettivi tra il gruppo del blocco neuromuscolare profondo (1-2 risposte alla conta posttetanica) e il gruppo del blocco moderato sono state molto basse (4,7 rispetto a 4,0 rispettivamente). Inoltre un altro punto debole di questo studio è stato il numero limitato di casi studiati (n. 12 per gruppo). Nello studio non sono state rilevate differenze prognostiche tra i pazienti. Infatti, nessuno studio ha rilevato che mantenere un blocco neuromuscolare profondo riduce l'incidenza di complicanze chirurgiche. La mancanza d'importanti differenze nei risultati clinici e sull'incidenza di complicanze in tutti gli studi eseguiti è espressione di un mancato vantaggio del blocco neuromuscolare profondo.

E' costoso

I sostenitori del blocco neuromuscolare profondo mettono in evidenza il seguente problema: frequentemente si presenta una condizione clinica in cui il rilasciamento dei muscoli addominale e del diaframma sembrano inadeguate nonostante una risposta minima dell'adduttore del pollice come risposta alla stimolazione del nervo ulnare. Tuttavia per ottenere un blocco neuromuscolare pressoché completo del diaframma è necessario che le risposte posttetaniche siano uguali o inferiori a 2.

In uno studio eseguito con l'anestesia con tiopentone, N20, fentanyl, Fernando ha studiato il grado di blocco neuromuscolare necessario per prevenire i movimenti alla stimolazione della carena. Un paziente su 25 ha evidenziato una risposta lieve a tale stimolazione ad una PTC di 0. Quando la risposta alla PTC era pari a 1, il 20% dei pazienti ha avuto una risposta debole alla stimolazione. Alla prima risposta del TOF il 92% ha manifestato una risposta alla stimolazione carenale; il 24% di queste risposte erano forti, e richiedevano un intervento. Ha concluso affermando che per garantire la paralisi diaframmatica completa, il blocco neuromuscolare dei muscoli periferici dovrebbe essere così intenso che non dovrebbe essere suscitata nessuna risposta alla stimolazione post-tetanica (PTC=0). Per ottenere un recupero rapido e adeguato in presenza di 2 risposte alla stimolazione post-tetanica è necessaria una dose di sugammadex non inferiore a 4 mg/Kg. In assenza di qualsiasi risposta post-tetanica probabilmente è più appropriata una dose di 8 mg/Kg. Il prezzo del sugammadex varia da paese a paese, ma probabilmente in media non è inferiore a 80 € per dose di 200 mg. Pertanto il costo per antagonizzare un soggetto di 75 Kg (4mg/Kg=300 mg=2 flaconcini) può essere di 160 € circa. Se al contrario si mantiene una conta di 1-2 risposte al TOF durante la chiusura della fascia (condizione non sempre necessaria) il costo si dimezza. Con una conta di 3-4 risposte al TOF all'adduttore del pollice, la prostigmina è un antagonista adeguato con un costo minimo.

Non è necessario

Sono disponibili studi che descrivono im-

portanti differenze nei risultati clinici e sull'incidenza di complicanze quando si confronta un blocco profondo rispetto a un NMB moderato nella chirurgia laparoscopica. Negli USA nel 2012 sono stati eseguiti circa 250.000 interventi di colecistectomie e del coledoco quasi tutte per via laparoscopica. Non sono disponibili dati riguardanti la chirurgia ginecologica pelvica, chirurgia bariatrica, esplorazioni addominali diagnostiche, ecc., ma certamente il numero totale d'interventi chirurgici con tecnica laparoscopica eseguito ogni anno negli USA è vicino a 600.000.

Negli USA dove il sugammadex non è stato autorizzato fino al dicembre 2015, questi interventi sono stati eseguiti di routine con soddisfazione senza l'uso di un blocco neuromuscolare profondo. Nella pratica clinica, se un chirurgo si lamenta di condizioni non soddisfacenti, mettiamo in atto alcune azioni. O somministriamo miorellassanti, oppioidi, ipnotici, e modifichiamo le modalità di ventilazione, spesso mettendo in atto un insieme di queste modalità. I sostenitori di un blocco neuromuscolare profondo non considerano che il chirurgo e l'anestesista possano comunicare in qualsiasi momento durante l'intervento per mantenere ottime condizioni chirurgiche senza sovraccaricare i pazienti di rocuronio.

Il rischio che il paziente sia vigile.

Una recente pubblicazione di Schuller ha dimostrato che il valore del BIS dipende dall'attività sia dei muscoli che dall'EEG. Il suo risultato suggerisce che il BIS può essere un indicatore non affidabile di uno stato di vigilanza nei pazienti che hanno ricevuto bloccanti neuromuscolari. Se questo è vero valori di BIS di 60-75 nei pazienti paralizzati sono completamente compatibili con uno stato completo di vigilanza. L'autore conclude che il BIS può essere un indicatore inaffidabile di vigilanza nei pazienti che hanno ricevuto bloccanti neuromuscolari. E aggiunge "questo è particolarmente importante dopo la recente introduzione del sugammadex che permette l'uso di un blocco neuromuscolare profondo fino agli ultimi momenti dell'intervento".

Studi futuri

Poiché le complicanze chirurgiche laparoscopiche sono così rare, non è possibile stabilire in modo definitivo il rapporto tra la profondità del blocco neuromuscolare e la morbilità. Forse non sono necessari ulteriori studi di confronto tra un blocco neuromuscolare continuo profondo con la pratica standard come assenza di blocco, somministrazione di boli ripetuti, o di un bolo singolo con recupero spontaneo.

Ciò che è veramente importante è conoscere i valori della conta posttetanica e del TOF quando si hanno condizioni chirurgiche insoddisfacenti.

Infine l'interesse per il blocco neuromuscolare profondo è aumentato dopo la commercializzazione del sugammadex. Chiaramente se gli anestesisti vogliono mantenere un blocco neuromuscolare profondo, la necessità di utilizzare il sugammadex per ottenere un'adeguata antagonizzazione del blocco aumenterà. Purtroppo non possiamo ignorare "l'elefante in sala operatoria": il prezzo del sugammadex. In una condizione utopica in cui le condizioni economiche non influenzano le decisioni mediche, non avremmo forti riserve a usare blocchi neuromuscolari profondi per la chirurgia endoscopica. Purtroppo non viviamo in un mondo simile. Si può concludere affermando che non c'è un'evidenza sufficiente per giustificare l'uso di routine di un blocco neuromuscolare profondo per la chirurgia laparoscopica e sostenere la spesa dell'uso di alte dosi di sugammadex.

Il Centro AAROI-EMAC "SimuLearn®"

Ogni anno Formazione Avanzata per oltre 1000 Colleghi

La struttura - operativa a Bologna da diversi anni - è attrezzata con dispositivi e tecnologie di ultima generazione e organizza percorsi formativi specifici riguardanti i diversi ambiti dell'Anestesia e Rianimazione, come ad esempio l'emergenza ostetrica e pediatrica, le aritmie cardiache, l'ecografia in ambito anestesilogico e in terapia intensiva, la comunicazione, la sicurezza etc. Il Centro, inoltre, è "Authorized Training Center AHA®" - (Provider secondo i criteri certificati dalla American Heart Association®).

Le immagini di alcuni Corsi 2016-2017-2018



Coordinamento Ospedaliero Maxi Emergenza (C.O.M.E.)
15-16 Novembre 2017



Simulazione Medica Avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia
24-25 Gennaio 2018



Ecografia nel Peri-Arresto e nell'Arresto Cardiocircolatorio con Sistemi di Simulazione
8-9 Novembre 2017



ACLS - CRM
7-8 - Novembre - 2016



Coordinamento Ospedaliero Maxi Emergenza (C.O.M.E.) - 15-16 Marzo 2017



Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione
5 - 6 Marzo 2018



Simulazione Medica Avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia
12-13 Marzo 2018



Sicurezza in Anestesia: verso nuovi standard lavorativi
5 - 6 Maggio 2017



Comunicazione in Anestesia
5 - 6 Febbraio 2018



Coordinamento Ospedaliero Maxi Emergenza (C.O.M.E.) - 23 Marzo 2017



PALS "Pediatric Advanced Life Support"
28 Febbraio - 01 Marzo 2018



Ecografia in Terapia Intensiva con sistemi di simulazione
28-29 Novembre 2016

Le ferie residue devono essere pagate

La Sentenza della Corte di Cassazione Sezione Lavoro n. 2496 del 1° febbraio 2018

La Corte di Cassazione Sezione Lavoro, con la sentenza n. 2496 del 1° febbraio 2018, ha stabilito che la Pubblica Amministrazione è obbligata al pagamento delle ferie residue per il dipendente prossimo alla pensione a prescindere dalla mancata richiesta avanzata dallo stesso durante il servizio.

Un lavoratore dell'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale aveva lavorato fino al giorno del suo pensionamento maturando un residuo di ferie di 52 giorni.

A fronte del diniego alla monetizzazione delle stesse, il lavoratore si era rivolto al giudice del lavoro che, in primo grado aveva respinto la domanda.

La Corte d'Appello di Roma aveva, invece, accolto l'appello proposto dall'interessato nei confronti dell'ente da cui dipendeva, e avverso la sentenza resa tra le parti dal Tribunale di Roma e in riforma di quest'ultima aveva condannato l'ente al pagamento di quanto richiesto per la monetizzazione delle ferie maturate e non godute alla cessazione del rapporto di lavoro.

L'ente, nel ricorso in Cassazione, ha sostenuto che nel contratto collettivo fosse prevista la remunerazione solamente qualora l'amministrazione avesse negato le ferie al dipendente per esigenze di servizio. Nel caso specifico, il dipendente non avendo mai fatto domanda di ferie, né avendo lo stesso dato prova che l'amministrazione gli avesse indicato delle necessità di servizio, nulla avrebbe dovuto versare per le ferie residue.

La Cassazione nella sentenza specifica che il primo giudice aveva ritenuto che gravasse sul datore di lavoro la prova che la prestazione fosse stata resa per esclusiva volontà del lavoratore e che lo stesso aveva rifiutato di godere delle ferie nel periodo indicato dal datore medesimo. La Corte d'Appello aveva, invece

rilevato che il collocamento d'ufficio in ferie del lavoratore da parte del datore di lavoro, senza assorbimento al momento del pensionamento dell'intero monte ferie spettante, era intervenuto senza che risultasse che il lavoratore medesimo si fosse rifiutato di godere delle ferie in un periodo indicato e comunicato dal datore di lavoro.

Pertanto, il giudice di Appello, in presenza di causa non imputabile al lavoratore, quale il collocamento a riposo, aveva accolto la domanda dello stesso.

La Corte di Cassazione aveva già affermato, con la sentenza n. 13860 del 2000, richiamata nella sentenza n. 95 del 2016 della Corte Costituzionale, che, comunque, dal mancato godimento delle ferie deriva, una volta divenuto impossibile per il datore di lavoro, anche senza sua colpa, adempiere l'obbligazione di consentire la loro fruizione, il diritto del lavoratore al pagamento dell'indennità sostitutiva, che ha natura retributiva, in quanto rappresenta la corresponsione del valore di prestazioni non dovute e non restituibili in forma specifica.

L'assenza di un'espressa previsione contrattuale non esclude, poi, l'esistenza del diritto a detta indennità sostitutiva, che però non sussiste qualora il datore di lavoro dimostri di avere offerto un adeguato tempo per il godimento delle ferie, di cui il lavoratore non abbia usufruito venendo ad incorrere così nella così detta "mora del creditore". Lo stesso diritto, costituendo un riflesso contrattuale del diritto alle ferie, non può essere condizionato, nella sua esistenza, alle esigenze aziendali.

La Cassazione ha, così, confermato che dal mancato godimento delle ferie deriva il diritto del lavoratore al pagamento



dell'indennità sostitutiva, che ha natura retributiva, salvo qualora il datore di lavoro dimostri, appunto, di avere offerto un adeguato tempo per il godimento delle ferie, di cui il lavoratore non ha comunque usufruito.

La Corte ha, quindi, rigettato il ricorso del datore di lavoro confermando quanto stabilito dal Giudice della Corte d'Appello.

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 23 Febbraio 2018



Stop ai compensi pubblicati sul web

L'Anac sospende l'obbligo e rimanda alla Corte Costituzionale

Lo scorso 15 Marzo, l'Anac (Autorità Nazionale Anticorruzione), ha sospeso gli obblighi di trasparenza sulla pubblicazione degli stipendi online.

I dirigenti della PA possono ora chiedere agli uffici di rimuovere dai siti dell'«amministrazione trasparente» i dati sui propri compensi.

Un ulteriore tassello per arrivare ad un

quadro completo e definitivo che si aggiunge a quelli di cui si è ampiamente trattato anche su questo giornale e che richiesero una diffida da parte dell'AAROI-EMAC agli Enti del SSN.

Se nel passato era stata posta la questione sulla impossibilità di far rientrare anche i Dirigenti del SSN tra i Dirigenti Pubblici soggetti

all'obbligo di pubblicazione dei dati previsto per legge, adesso la circolare Anac sembra andare ben oltre, mettendo in stand by l'obbligo di pubblicazione dei dati reddituali di tutti i Dirigenti PA.

Questi i fatti ripercorsi in un CS dell'Auto-

rità:
«In data 5 gennaio 2018 è intervenuta la sentenza del TAR Lazio, sez. I-quater, n.

84/2018, su ricorso proposto dal Garante per la protezione dei dati personali, per la corretta interpretazione dell'ordinanza cautelare dello stesso TAR del 2 marzo 2017 n. 1030, con la quale sono stati sospesi gli atti del Garante volti a dare attuazione agli obblighi di trasparenza relativi ai dati reddituali e patrimoniali nonché ai compensi e agli importi di viaggio di servizio dei dirigenti (c.1, lettere c) ed f) e 1-bis dell'art. 14 d.lgs. 33/2013).

Il Garante, in particolare, ha chiesto al Giudice amministrativo di precisare se l'ottemperanza alla richiamata ordinanza cautelare precludesse, o meno, anche la pubblicazione del dato relativo all'ammontare degli «emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica».

Il TAR con la sentenza n. 84/2018 ha deciso, richiamando anche le motivazioni già espresse con l'ordinanza n. 9828/2017, che

«la corretta interpretazione dell'ordinanza cautelare di cui trattasi, alla luce del conseguimento da parte dei ricorrenti dell'effetto utile che le è proprio, preclude anche la pubblicazione del dato aggregato di cui al comma 1-ter dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013».

Alla luce di quanto sopra, al fine di evitare alle amministrazioni pubbliche situazioni di incertezza sulla corretta applicazione dell'art. 14 co. 1 ter, con possibile contenzioso e disparità di trattamento fra dirigenti appartenenti a amministrazioni diverse, il Consiglio dell'Autorità in data 1° marzo 2018 ha valutato opportuno sospendere l'efficacia della Determinazione dell'8 marzo 2017 n. 241 limitatamente alle indicazioni relative alla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14 co. 1-ter ultimo periodo, in attesa della definizione della questione di legittimità costituzionale».

SENTENZA

Il consenso informato in situazione di emergenza o in stato di necessità

Il Tribunale di Modena interviene in un caso di fine vita, anche alla luce della nuova Legge

«Compete alla responsabilità del personale medico-sanitario assicurare al paziente cure necessarie alla sua sopravvivenza sussistendo uno stato di necessità, senza che il consenso informato della persona in materia possa essere sostituito e surrogato dall'amministratore di sostegno (arg. ex art. 3, comma 4, legge n. 219/2017)».

Ad affermarlo è il Tribunale di Modena che, con decreto del 18 Gennaio 2018, è intervenuto su un caso di richiesta di tracheotomizzazione da parte di un Amministratore di Sostegno per un paziente affetto da distrofia muscolare in stato avanzato, «intubato» e «non contattabile», che aveva più volte espresso la volontà di non sottoporsi a tale operazione, ma aveva anche affermato di voler continuare a vivere.

Nello specifico, il Giudice sottolinea che il decreto di nomina di a.d.s. non conferiva a quest'ultimo alcun potere in ambito medico sanitario, in sostituzione o in affiancamento al beneficiario. Rileva, inoltre, che, come hanno affermato i medici del reparto ascoltati in udienza, la tracheotomia rap-

presenta qui un intervento «salva vita», senza alternative terapeutiche.

Il giudice rimarca anche la possibilità di prescindere dal consenso informato del paziente in materia medico-sanitaria, di fronte ad una situazione di urgenza o a uno stato di necessità in presenza di uno stato di incoscienza del paziente.

Nello specifico, non ritiene rilevante che il paziente abbia manifestato in più di un'occasione il desiderio di continuare a vivere, ma senza essere tracheotomizzato.

Considerato, infatti che la tracheotomia è l'unica scelta possibile per garantire la continuazione della vita, il Tribunale ritiene contraddittoria affermazione del paziente.

Il Giudice, quindi, facendo anche riferimento alla recente Legge sul Testamento Biologico, stabilisce che sussistendo lo stato di necessità e risultando indispensabile procedere con la tracheotomizzazione, spetta alla responsabilità del personale medico-sanitario assicurare alla persona cure necessarie alla sua sopravvivenza.



ANESTESISTI-RIANIMATORI: LA NOSTRA STORIA

I Protagonisti della nascita della specialità autonoma La L. 653/1954 in ricordo di Raimondo Borsellino



La "Maschera di Esmarch"

Come vecchio Iscritto, e fino a qualche anno fa Consigliere della Sezione Regionale AAROI-EMAC Sicilia, di recente sono stato sollecitato dal mio Maestro Prof. Gualtiero Bellucci, Medico della prima generazione di Cattedratici di Anestesia e Rianimazione, a ricordare con un articolo – consultabile integralmente sul sito web della nostra Associazione (quella che segue ne è una breve sintesi) – il Prof. Raimondo Borsellino, Primario Chirurgo Agri-

gentino, a cui si deve un apporto fondamentale per la Legge 09 Agosto 1954 n. 653, istitutiva dei Servizi di Anestesia e Rianimazione negli Ospedali e nei Policlinici Universitari Italiani. Il tema era già stato trattato in un articolo proprio a cura del Prof. Bellucci, pubblicato su "Il Nuovo AR" di Marzo 2008, anch'esso consultabile sul sito web della nostra Associazione. Penso sia importante dare ancor oggi il giusto risalto a chi ha contribuito a questa svolta storica nella Sanità italiana, anche come monito a chi incoraggia a cuor leggero la sostituibilità degli Anestesisti-Rianimatori con altre figure, mediche o meno, per un "ritorno al passato" di cui né essi né i loro Pazienti sentono alcun bisogno.

Il Prof. Raimondo Borsellino nacque a Cattolica Eraclea (AG) il 27 Aprile 1905. Laureatosi in Medicina e Chirurgia a Palermo, si formò presso l'ospedale di Venezia, specializzandosi poi in Chirurgia a Roma, ed a soli ventinove anni divenne Primario in Abruzzo, per poi trasferirsi, sempre come Primario, a Sciacca, preferendo l'amore per la sua terra a sedi più prestigiose.

Era un chirurgo di grande valore, apprezzato per la sua perizia, grande soprattutto nella chirurgia d'urgenza.

Il suo nome balzò alle cronache il 19 Luglio del 1945, quando fu chiamato d'urgenza per operare l'Arcivescovo di Agrigento gravemente ferito a fucilate al torace in un agguato. L'intervento chirurgico al polmone, realizzato su un tavolaccio del monastero di Santo Stefano di Quisquina, riuscì perfettamente. La storia tramanda che sia stato il primo intervento di chirurgia polmonare in tutta l'Isola. Di quest'episodio racconta i particolari, nel suo "Le pecore e il pastore", lo Scrittore Andrea Camilleri.

Nel 1946 partecipò alla Costituente. La sua carriera politica proseguì con l'elezione nel 1948 alla Camera dei Deputati. Nel clima infuocato del dopo-elezioni, il 14 luglio dello stesso anno, si trovò per caso a prestare di persona il primo soccorso a Palmiro Togliatti, ferito dai colpi esplosivi nell'agguato che lo vide vittima, e ad indirizzare il Segretario del PCI verso l'Ospedale dove fu poi operato e salvato anche grazie a quelle prime cure.

Il mandato politico di Borsellino terminò nel 1958, ma questo non significò la fine del suo impegno sociale e professionale, che proseguì ancora per molti anni.

La sua esperienza nella chirurgia d'urgenza, gravata com'era allora da una mortalità peri-operatoria molto elevata – ma che da vero antesignano del progresso della scienza medica si prefigurava potesse e dovesse essere drasticamente affrontata e ridotta – lo convinsero, stimolato dagli Amici e Colleghi Mazzoni e Sangiorgi, dell'assoluta necessità di dotare gli Ospedali Italiani di Medici Specializzati in grado di affrontare l'emergenza sanitaria con la massima professionalità.

All'On. Prof. Raimondo Borsellino si deve infatti la Legge 09 Agosto 1954 n. 653, istitutiva dei Servizi di Anestesia e Rianimazione.

Michele Bajo – Anestesista Rianimatore

Al proposito della genesi della Legge sopra citata, il Prof. Gualtiero Bellucci ci ha fornito un suo articolo che integra quello pubblicato a suo tempo nel 2008, che sarà pubblicato sul prossimo numero di questo Giornale, ma è già anch'esso consultabile sul sito web della nostra Associazione, integrato nello scritto integrale del Dr Michele Bajo.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

SIARED

Ritirata l'Istanza per l'iscrizione all'Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie

Al Ministero della salute
Direzione generale delle professioni sanitarie
e risorse umane del SSN
UFFICIO 5

In riferimento alla Istanza in oggetto, trasmessa tramite P.E.C. il giorno 08 Novembre 2017, ed allegata alla presente, con la quale la SIARED (Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore) richiedeva l'iscrizione nell'Elenco delle Società Scientifiche e delle Associazioni Tecnico-Scientifiche delle Professioni Sanitarie

SI COMUNICA che la suddetta SIARED

a) avendo avuto notizia a mezzo stampa dell'emanando "Schema di Decreto sul Sistema Nazionale Linee Guida", che - in applicazione di quanto disposto dal DM Salute 02/08/2017- nella sua stesura attualmente già passata al vaglio della Conferenza Stato-Regioni prevede che

"Il Comitato Strategico ... ha la facoltà di avvalersi della collaborazione di esperti e consultare associazioni di pazienti e/o cittadini, rappresentanti di enti di ricerca e università, rappresentanti delle federazioni degli ordini degli esercenti le professioni sanitarie, rappresentanti di società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche non incluse nell'elenco di cui al decreto del Ministro della salute del 2 agosto 2017"

e che "Il Comitato Strategico ... promuove un sistema efficiente di produzione di linee guida nazionali, evitando la duplicazione e sovrapposizione delle stesse"

b) considerato che l'ambito specialistico di Anestesia e Rianimazione è già rappresentato da altra Società Scientifica di riferimento, denominata SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva), attraverso la quale - d'ora in avanti e fino ad eventuale diversa determinazione - la SIARED intende offrire il proprio contributo alla promozione del SNLG

RITIRA l'Istanza medesima.

Essendo nel frattempo decaduta la pregressa Presidente della SIARED, nelle more di subentro di un nuovo Presidente, ed essendo il ruolo di Legale Rappresentante della suddetta attualmente statutariamente ricoperto ad ogni effetto dal Vice Presidente attualmente in carica, la presente viene sottoscritta dal medesimo.

Distinti Saluti.

SIARED
Il Vice Presidente (Legale Rappresentante)
Dr Alessandro Vergallo

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

In coscienza

Ha agito secondo scienza e coscienza. Ha coscienza dei propri limiti. E' un obiettore di coscienza. Non ha la coscienza a posto. Non dà segni di coscienza.

La coscienza, per medici, infermieri, soccorritori, è un qualcosa di ben definito. Per verificare se c'è la coscienza, cosa fanno? Seguono la procedura. E cioè: il soggetto da soccorrere risponde alle domande? Compie le azioni che gli ordinano di fare?

Il traumatizzato della strada, il vecchietto disteso a terra, il ragazzo con la schiuma alla bocca e la lingua morsicata, la bella addormentata con le pastiglie sul comodino. Non rispondono? E allora sono privi di coscienza. Sono in coma. Le cause di coma sono innumerevoli.

Ma adesso bisogna agire subito. Secondo le procedure previste dai protocolli internazionali, insegnati e applicati ad ogni livello di intervento salvavita, dal passante al rianimatore.

L'acronimo del primo soccorso è come il primo approccio del cucciolo d'uomo alla lettura, cioè all'alfabeto: A B C. L'abici delle manovre di rianimazione sta ad indicare liberazione e apertura delle vie aeree (Airway), respirazione artificiale (Breathing) e massaggio cardiaco per garantire la circolazione (Circulation).

Medici e infermieri si occupano di pazienti coscienti e incoscienti. Dovrebbero essere sempre coscienti di una cosa: sapere di non sapere. "Scio me nescire", so di non sapere. Da Socrate a Confucio, fino a noi del 2000, questa è la vera sapienza.

L'altro imperativo del saggio è: "Gnòthi eautòn", conosci te stesso.

Per conoscere se stessi, cosa si può fare? Il

medico, per conoscere il malato, gli fa l'anamnesi e l'esame obiettivo. E noi? Noi possiamo fare un esame, il più obiettivo possibile, di noi stessi. Ricorrendo alla memoria (in greco *anàmnēsis*). E ponendoci delle domande, quelle stesse del protocollo per verificare lo stato di coscienza. Apro gli occhi? Stringo la mano? Come mi chiamo?

Immaginiamo di trovarci accanto ad un ferito con gli occhi chiusi. Se non gli faccio domande, lui non risponde e io non so né chi è, né se ha la coscienza. Se a me stesso non faccio domande, non saprò né chi sono, né se ho una coscienza.

Comincio l'autoesame con la prima domanda: "Riesco ad aprire gli occhi?" E io cosa rispondo? Si riesco ad aprirli, riesco ad occhieggiare. Oppure rispondo: sì, riesco anche a osservare, a introspezionare, a guardare con gli occhi del cuore.

Nel suo "piccolo principe" un grande scrittore-aviatore lo ha spiegato molto bene. "Addio", disse la volpe. "Ecco il mio segreto. È molto semplice: non si vede bene che col cuore. L'essenziale è invisibile agli occhi". E' Antoine de Saint-Exupéry.

La seconda domanda è una richiesta che mi viene fatta. "Mi stringi la mano?" Serve per controllare due cose: se il paziente esegue l'ordine e con quanta prontezza e forza stringe la mano.

Quando mi incontro con qualcuno, qual è il mio approccio? Gli tendo la mano per primo? E mentre la stringo, so dosare la giusta energia e la giusta durata della stretta? Un contatto freddo e incolore impedisce di "vedere col cuore" e rende sterile l'incontro.

A questo punto, dopo aver eseguito i primi due ordini cosiddetti elementari, mi tocca rispondere alla terza domanda: "Come ti chiami?" Che banalità! Lo so bene come mi chiamo. Porto il cognome dei miei avi e il nome con cui mi hanno battezzato.

Ma la domanda è un po' più indiscreta. Qualcuno ha scritto che "le domande non sono mai indiscrete; lo sono qualche volta le risposte". E' Oscar Wilde (Un marito ideale. Atto I). La domanda giusta è: "(Come mi chiamo lo so), ma il nome della mia famiglia lo porto degnamente?" In pratica, i nonni galantuomini e le nonne virtuose di una volta si stanno rigirando nella tomba, o si compiacciono del loro discendente?

Forse adesso conosco qualcosa di più di me stesso. Perché ho chiesto. E qualcuno ha risposto. Chi? La mia coscienza.

Coscienza in latino è *conscientia*, da *cum scire* = essere conscio, cosciente, consapevole. *Cum-scire, con-sapere*, sapere insieme, insieme a qualcuno. E questo qualcuno può essere anche il "me stesso", il me stesso silenzioso e riservato, la mia coscienza.

Cicerone usa questa parola in molte occasioni. *Conscientia non morditur*: non mi rimorde la coscienza. *Conscientia bene actae vitae*: la consapevolezza di aver vissuto onestamente. *Magna vis est conscientia*: la coscienza è una gran forza. *Mea mihi conscientia pluris est quam omnium sermo*: vale per me più la mia buona coscienza che quello che dice la gente. *Coscienza, cosciente, coscienzioso*. Un giudice, un insegnante, un medico coscienzioso è quello "che opera con senso della giustizia, dell'onestà e della efficienza professionale".

Sinonimi: corretto, diligente, scrupoloso. Scrupoli di coscienza ne ha? Sì, perché periodicamente tace per ascoltare la voce della coscienza; si mette anche una mano sulla coscienza, quando non ha le mani legate.

Hai qualcosa sulla coscienza, qualcosa che ti pesa? Bene: è arrivato il momento di "togliersi un peso dalla coscienza". Esiste da quasi duemila anni una procedura protocollata per trattare questa tipologia di problemi di coscienza. E' la "riconciliazione", meglio conosciuta come "confessione". Niente paura, è come una piccola prova d'esame: non scritto, solo orale.

L'esame, quello di coscienza, lo fai tu prima di presentarti per il colloquio, nel quale dovrai sostenere la prova. Che prova? La prova della verità, denudata e restaurata (era andata in rovina). Il giudice però, quel Giudice, non ha bisogno né di prove, né di testimoni; è l'imputato che si autoaccusa, senza chiedere attenuanti o sconti di pena. Certo che così è molto comodo, il giudice è uno di famiglia, è come un padre ("è" tuo papà). Non c'è nessun tribunale, ma un piccolo confessionale. Non si concilia una contravvenzione, ma si riconcilia una contrapposizione padre-figlio.

E il bello è che tutto avviene nella massima segretezza. Nessun processo mediatico. E' la soluzione di tutti i tuoi problemi: l'assoluzione. La sentenza? Non viene letta a voce alta. Viene sussurrata: "Ego te absolvo". Tutto è stato cancellato dalla tua "fedina" penale. E' bastato avere anche solo una piccolissima fede.

"Che cos'è il peccato davanti alla misericordia divina? E' una tela di ragno che un soffio di vento basta a far volar via". (San Giovanni Chrysostomos, "Bocca d'oro")

QUESITI DAL WEB: L'AAROI-EMAC RISPONDE

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

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



GIORNI DI RIPOSO PER RISCHIO GAS ANESTESTICI

Domanda: Gli 8 giorni di riposo per rischio da gas anestetici possono essere ridotti dall'Azienda in caso di malattia?

Risposta: Il contratto non prevede una riduzione in tal senso. La norma che affronta l'argomento è la seguente:

Modalità di applicazione di benefici economici previsti da discipline speciali

Art. 39 CCNL 10.2.2004 e articolo 16 comma 2 CCNL 6.5.2010 integrativo - 7. Al personale medico anestesista esposto ai gas anestetici compete un periodo di riposo biologico di 8 giorni consecutivi di calendario da fruirsi entro l'anno solare di riferimento in un'unica soluzione. Le aziende, attraverso un'adeguata organizzazione del lavoro, attivano forme di rotazione di tali medici nell'ambito del servizio di appartenenza.

RECUPERO SANGUE INTRAOPERATORIO

Domanda: E' l'Anestesista Rianimatore che deve gestire l'apparecchiatura del recupero sangue intraoperatorio?

Risposta: Occorre prevedere la stesura di una procedura condivisa in ciascuna ASL con la collaborazione dei vari attori e del Comitato del buon uso del sangue, il tutto va formalizzato dalla Direzione Sanitaria.

La norma che affronta l'argomento è la seguente:

DECRETO 1° settembre 1995

Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteche.

Articolo 3 - comma 4. Le procedure che non comportano conservazione di emocomponenti, come l'emodiluizione perioperatoria, l'emorecupero intra e post operatorio, sono consentite sotto la responsabilità dell'anestesista che presiede all'intervento chirurgico e del direttore sanitario della struttura di ricovero.

MOBILITA' TRA PRESID OSPEDALIERI

Domanda: E' possibile subire una imposizione di attività presso un ospedale diverso dalla sede di lavoro abituale? Quando si applica il limite dei 50 km?

Risposta: La mobilità d'urgenza è normata dal comma 4 dell'Art. 20 CCNL 8.6.2000 I biennio economico e art. 41 CCNL 10.2.2004 che recita:

«4. La mobilità di urgenza, ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza, ha carattere provvisorio, essendo disposta

per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza e non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare salvo consenso del dirigente, espresso sia per la proroga che per la durata. La mobilità di urgenza - ove possibile - è effettuata a rotazione tra tutti i dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito

Nel comma in questione il soggetto dei vari verbi è "La mobilità di urgenza" che "ha carattere provvisorio" e "non può superare il limite massimo di un mese nell'anno solare".

E' di tutta evidenza, quindi che il limite massimo di un mese nell'anno solare debba riferirsi alla durata della mobilità di urgenza e non alla mobilità di ciascun collega.

La necessità di un "carattere provvisorio" e la limitazione "per il tempo strettamente necessario al perdurare delle situazioni di emergenza" sottolineano ulteriormente l'impossibilità che la mobilità si protragga per lunghi periodi.

L'interpretazione che consente una rotazione senza fine è palesemente contraria a quanto stabilisce il contratto di lavoro.

Inoltre c'è da sottolineare che non possono esistere nei contratti di assunzione sedi di lavoro su territori molto vasti e su diversi ospedali perchè, se questo fosse consentito, non avrebbe senso aver previsto la norma sulla mobilità d'urgenza in quanto ciascuno sarebbe potuto essere spostato senza regole.

La sede, al contrario deve consentire al singolo collega di fissare la propria abitazione in modo da poter raggiungere il posto di lavoro senza percorrere distanze elevate e riposando un congruo numero di ore e di raggiungere in tempo utile il posto di lavoro in caso di pronta disponibilità.

Resta, in sintesi, un escamotage formale che viene reso illecito dalla stessa esistenza della norma sulla mobilità d'urgenza.

Il limite dei 50 km riguarda i trasferimenti che, per definizione, sono definitivi e sono normati dalla riforma per la pubblica amministrazione che recita:

Testo del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 (in Gazzetta Ufficiale serie generale n. 144 del 24 giugno 2014, coordinato con la legge di conversione 11 agosto 2014, n. 114 recante):

«Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari.»

Art. 4. Mobilità obbligatoria e volontaria

2. Nell'ambito dei rapporti di lavoro di cui all'art. 2, comma 2, i dipendenti possono essere trasferiti all'interno della stessa amministrazione o, previo accordo tra le amministrazioni interessate, in altra amministrazione, in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti.

ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI

Domanda: Quali sono le norme contrattuali che regolano l'assegnazione degli incarichi?

Risposta: La problematica è normata dall'Art. 28 CCNL 8.6.2000 I biennio economico che recita:

"1. Ai dirigenti, all'atto della prima assunzione sono conferibili solo incarichi di natura professionale, con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività.

Detti ambiti sono progressivamente ampliati attraverso i momenti di valutazione e verifica di cui all'art. 15, comma 5 del d.lgs. n. 502 del 1992.

2. Gli incarichi del comma 1 sono conferiti dall'azienda su proposta del dirigente responsabile della struttura di appartenenza - decorso il periodo di prova - con atto scritto e motivato ad integrazione del contratto individuale stipulato ai sensi dell'art. 13, comma 11 del CCNL 8.6.2000 I biennio economico.

3. Ai dirigenti, dopo cinque anni di attività, sono conferibili gli incarichi di direzione di struttura semplice ovvero di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo indicati nell'art. 27, comma 1 lett. b) e c) del CCNL 8.6.2000 I biennio economico."

In sintesi, dopo il periodo di prova devono essere attribuiti

incarichi di natura professionale e, dopo 5 anni di attività, incarichi di alta professionalità o di direzione di struttura semplice.

Ciascuna azienda ha poi modulato gli incarichi di natura professionale in graduazioni diverse con denominazioni anche diverse dal CCNL.

BUONI PASTO

Domanda: Abbiamo diritto al buono pasto? La scelta se concederli o no è a discrezione delle aziende? Ci sono riferimenti normativi a cui possiamo appellarci per averli?

Ma cambia la normativa qualora il nostro contratto fosse di tipo Aiop - IRCSS, privato?

Risposta: La problematica è normata dall'Art. 24 CCNL 10.2.2004 che recita

1. Le aziende, in relazione al proprio assetto organizzativo e compatibilmente con le risorse disponibili, POSSONO istituire mense di servizio o, in alternativa, garantire l'esercizio del diritto di mensa con modalità sostitutive. In ogni caso l'organizzazione e la gestione dei suddetti servizi, rientrano nell'autonomia gestionale delle aziende, mentre resta ferma la competenza del CCNL nella definizione delle regole in merito alla fruibilità e all'esercizio del diritto di mensa da parte dei dirigenti.

Quindi POSSONO e NON DEVONO

L'Azienda può decidere di istituire una mensa di servizio o, in alternativa, garantire l'esercizio del diritto di mensa con modalità sostitutive come, per esempio, il buono pasto.

Di conseguenza, fermo restando l'obbligo alla fruizione della pausa dopo la sesta ora di lavoro, l'Azienda non ha alcun obbligo alla fornitura dei buoni pasto.

I dipendenti IRCSS sono, a termini di legge equiparati a quelli della Pubblica Amministrazione. Per il contratto dell'Ospedalità Privata (AIOP) valgono le regole riportate nell'art. 27 dello stesso, cui si rimanda.

REPERIBILITA' AL DI FUORI DAI TURNI

Domanda: È indispensabile essere sempre reperibile/contattabile tramite telefono anche quando si è di riposo? Esiste una norma nel contratto a tal proposito?

Risposta: Il CCNL non norma questo aspetto e, di conseguenza, non esiste alcun obbligo nell'essere sempre reperibile o contattabile quando non si svolge alcun turno di pronta disponibilità.

Restano gli obblighi morale, etico e deontologico, nel caso si venga contattati, di rispondere alle disposizioni in questione anche se non ci si trova durante un turno di pronta disponibilità.

ASPETTATIVA DA TEMPO INDETERMINATO

Domanda: L'aspettativa da tempo indeterminato verso altra Azienda a tempo determinato è su concessione dell'Azienda?

Risposta: La problematica è affrontata dall'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.

La norma in questione non lascerebbe, quindi, facoltà decisionale all'Azienda ma la vincolerebbe alla concessione dell'aspettativa.

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

SAVE THE DATE

Roma

24 - 26 Maggio 2018

SA♦QU♦RE
SAfety♦QUality♦REliability
AAROIEMAC Medical Education

2018

Roma Eventi
(Fontana di Trevi)

Il Meeting sostituirà il nostro consueto appuntamento formativo annuale tradizionalmente organizzato dall'AAROIEMAC che fino allo scorso anno si è svolto sotto l'egida "SIARED"

"AreaLearn" è la nuova denominazione del nostro Provider ECM



Crediti E.C.M. richiesti