

il nuovo Anestesista Rianimatore

AAROIEMAC
Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani
Emergenza Area Critica

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

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

APRILE - MAGGIO - GIUGNO
2016
Anno XXXVII

Elezioni ONAOSI in corso Prorogato il termine per votare

Elezioni Onaosi 2016

Vota lista n.1

**Uniti per il futuro
dell'Onaosi di tutti**



**Onaosi
un futuro
per tutti**

I punti del nostro programma:

- Potenziare l'assistenza e i servizi.
- Razionalizzare le spese.
- Organizzare le strutture.
- Incrementare l'offerta formativa.



Sono in corso le elezioni per il rinnovo degli Organi Statutari dell'ONAOSI per il quinquennio 2016-2021. Come per le precedenti elezioni, le Organizzazioni Sindacali dell'Area della Dirigenza Medica (ANAAO - CIMO - AAROIEMAC - CGIL MEDICI - FASSID - FESMED - CISL MEDICI - UIL MEDICI - SMI) hanno dato vita ad una lista unitaria (LISTA N.1) denominata "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI" che ha presentato un Programma ed una lista di Candidati.

L'AAROIEMAC ha nella LISTA N.1 tre Esponenti: Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROIEMAC, Antonio Amendola, Presidente AAROIEMAC Puglia, Alvaro Chianella, Presidente AAROIEMAC Umbria.

Per votare rimangono solo pochi giorni. Il C.d.A. ONAOSI, a causa della mancata consegna di diversi plichi elettorali, ha prorogato, dal 17 Maggio al 23 Giugno 2016, il termine in cui la scheda di voto dovrà pervenire all'Ente.

A chi non avesse ancora inviato la scheda elettorale, chiediamo di votare per la Lista N° 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI" rispedito prima possibile le buste preaffrancate.

Tutte le informazioni sul Programma, sulla Lista N° 1 e sui servizi dell'ONAOSI sono disponibili sul sito dedicato: www.unitiperonaosi.it oltre che sul sito AAROIEMAC - www.aaroie.mac.it.

pagina 3

Accordo su ipotesi definizione Comparti In salita la strada verso il Contratto



Ancora molte ombre sulla strada del rinnovo contrattuale. Sebbene sia

stata firmata un'ipotesi di Accordo sulla definizione dei Comparti - tappa fondamentale per l'apertura della Trattativa -, ancora oggi, il documento giace sul tavolo dell'Economia per il parere di competenza. Mentre già si parla di autunno per l'inizio del confronto vero e proprio.

a pagina 4

Guardiamo al futuro A Rimini la III Conferenza della Professione Medica

Il 19, 20 e 21 Maggio si è svolta a Rimini la III Conferenza Nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica, dal titolo "Guardiamo al futuro - Quale medico, quale paziente, quale medicina nel Sistema Sanitario Nazionale?".

Tra i tanti argomenti approfonditi in 24 workshop, anche quello sulla "Organizzazione dell'Ospedale" in cui è intervenuto come Relatore il Presidente Nazionale AAROIEMAC, Alessandro Vergallo, sul tema "L'autonomia professionale e le linee guida".



a pagina 11

L'intervista

Anestesista Rianimatore e Medaglia d'Oro, la storia di Silvia Di Stefano



Anestesista Rianimatore all'Ospedale San Martino di Genova, Medaglia d'oro ai Campionati Italiani Disabili di "Sci Alpino Open", oltre che Testimonial, durante corsi e convegni, di un messaggio importante: anche di fronte a una patologia grave, la fatica cronica che ne consegue è educabile attraverso

l'attività fisica. La sua esperienza personale lo dimostra.

A raccontarne alcuni risvolti è lei stessa, la Dr.ssa Silvia Distefano, ripercorrendo le sue vittorie... ad iniziare da quelle sportive, e raccontandoci uno scampolo di un'esperienza di vita che deve farci riflettere.

a pagina 14

IL NUOVO SITO WEB AAROIEMAC



Andrà online in questi giorni il nuovo sito internet dell'AAROIEMAC. Un restyling completo con una veste grafica completamente rinnovata e con una disposizione dei contenuti più immediata e facilmente fruibile da parte dell'utente.

Da questo momento in poi, ancora più che in passato, il sito dell'Associazione diventerà un punto di riferimento in cui recuperare in tempo reale tutte le informazioni utili agli Istituti, oltre alle notizie di settore. Con il lancio del nuovo sito, l'AAROIEMAC "sbarcherà" anche sui social network, a partire dal profilo Twitter già attivo - @AaroieMac che potete cominciare a seguire fin da ora.

MY SIARED 2016

Il Congresso di Roma in una APP



www.aaroie.mac.it e
www.siaired.it.

Anche quest'anno, le diverse relazioni presentate nel corso dell'evento saranno disponibili su MySIARED, la APP dedicata all'aggiornamento degli Anestesiisti Rianimatori e da cui verrà ricavato il prossimo corso FAD.

MySIARED è disponibile per iOS e Android su AppStore e PlayStore.

Sul prossimo numero del giornale verrà pubblicato il resoconto fotografico della tre giorni di Roma.

Al momento di chiusura del giornale, mancano pochi giorni al prossimo Congresso Nazionale SIARED in programma a Roma dal 10 al 12 Giugno.

Tutte le informazioni e le ultime notizie del Congresso sono disponibili sui siti:

Pagine Utili

Si devono usare farmaci "adiuvanti" degli anestetici locali nell'anestesia loco-regionale?



Quattro pagine di approfondimento in due articoli a cura di Cosimo Sibilla sull'utilizzo degli adiuvanti degli anestetici locali nell'anestesia regionale.

Dalla revisione della letteratura vengono presi in considerazione i vari farmaci utilizzati.

Nella prima parte viene analizzata "l'opinione favorevole", nella seconda "l'opinione contraria".

alle pagine 7, 8, 9 e 10

AARO-EMAC in Onaosi: dipende dal tuo voto!

Le schede elettorali potranno pervenire all'Ente fino al 23 Giugno 2016

Elezioni Onaosi 2016

Vota lista n.1

**Uniti per il futuro
dell'Onaosi di tutti**



Cari Colleghe,
come immagino ormai sappiate, è in corso il rinnovo degli Organi Statutari dell'Onaosi per il quinquennio 2016-2021. Per tale rinnovo elettorale le principali Organizzazioni Sindacali dei Medici dipendenti (ANAAO ASSOMED – CIMO – AARO-EMAC – CGIL MEDICI – FASSID – FESMED – Cisl Medici – Uil Medici – SMI) hanno presentato unitariamente la LISTA N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI", in continuità con la lista presentata nel 2011, che ripropone come Presidente Serafino Zucchelli.

La Lista 2016 vede non solo la rinnovata coesione intersindacale, ma anche la partecipazione di MEDICINA SOLIDALE, che nella precedente tornata elettorale si era presentata con una sua lista separata. Per l'AARO-EMAC, oltre al sottoscritto, sono candidati, Antonio Amendola, Presidente AARO-EMAC Puglia, e Alvaro Chianella, Presidente AARO-EMAC Umbria.

In questi 5 anni è stato realizzato tutto il programma presentato nel 2011, ed in particolare, sono stati implementati i servizi che l'Onaosi eroga allorché si verificano, purtroppo, situazioni di bisogno. Tutto questo, grazie ad una oculata gestione del patrimonio, senza alcun aumento delle quote contributive!

Non solo: i servizi sono stati decentrati, cioè portati il più vicino possibile al domicilio di chi ne ha avuto bisogno, in modo da superare una vecchia impostazione che li legava in massima parte, anacronisticamente, alla sede di Perugia.

E' stato fatto ogni sforzo, in questi ultimi anni, per portare a conoscenza di tutti i Colleghe i servizi che l'Onaosi eroga, non solo in caso di premorienza, ma anche a seguito di altre situazioni di bisogno che colpiscono i contribuenti e le loro famiglie. Questi servizi sono ancora troppo poco conosciuti, e perciò ancora troppi Colleghe non hanno modo di rendersi conto della straordinaria importanza di poter contare, in malaugurato caso di bisogno, sulla istituzione solidaristica dell'Onaosi. A tal fine si allega alla presente una scheda informativa sintetica di tali servizi.

Sulla base dei risultati raggiunti, abbiamo chiesto pieno sostegno di voto alla Lista N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI", per proseguire ulteriormente in questa direzione ed allargare la platea degli assistiti, perché difficoltà economiche personali o familiari generate da fatalità possono colpire (e data la situazione economica quando colpiscono hanno effetti sempre più diffusamente drammatici) anche categorie professionali un tempo ritenute (a torto, peraltro) al di sopra di questi effetti.

Votare la Lista N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI" è importante per dare credibilità all'Ente e per impedire che le astensioni di voto favoriscano gruppi autoreferenziali che con una lista opposta alla nostra si oppongono ad ogni rinnovamento, e guarda caso perseguono il riaccantonamento dei servizi in Perugia, utile solo a tali gruppi, ma anacronistica e nociva anche per la stessa realtà umbra.

Votare la LISTA N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI" significa difendere l'Ente, come patrimonio dei medici dipendenti, dagli assalti di chi vorrebbe amministrarlo come una proprietà locale.

Votare la LISTA N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI" vuol dire consentirci di portare a termine la trasformazione dell'Onaosi in un moderno strumento di previdenza e assistenza integrativa per tutti, valorizzando l'impegno dell'Intersindacale medica in questo non facile compito.

Le buste dovranno pervenire all'Onaosi tassativamente **entro il 23 Giugno 2016 alle ore 15.00**, termine che è stato necessario prorogare rispetto a quello iniziale fissato al 17 Maggio, perché diversi plichi elettorali non erano stati consegnati in tempo utile.

Tutte le informazioni necessarie per votare, oltre al materiale predisposto per far conoscere i Candidati e il Programma della LISTA N. 1, sono disponibili sui siti www.aaroemac.it e www.unitiperonaosi.it

Non perdiamo questa occasione! UNITI SI VINCE!

Grazie,

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AARO-EMAC

Elezioni Onaosi 2016
Vota lista n.1 **Uniti per il futuro
dell'Onaosi di tutti**

NOME E COGNOME
ZUCHELLI SERAFINO
QUICI GUIDO
CAVALLERO GIORGIO
GIACCI ALFONSO
VERGALLO ALESSANDRO
BALDI ANNA
MELCHIONI CARLO
MAZZONI MAURO
BETTI CRISTINA
RI VERSTI MAURIZIO
GIORDANO GIUSEPPE
CAVALLI SEBASTIANO
PARISI FORTUNATO
CALLEGARO ANNAPAOLO
AMENDOLA ANTONIO
TAMBARCO NICOLA
MARANO ANTONIETTA
MENICHETTI MARIA
VILEI EUGENIO
DE FELICI ISABELLA
DI TULLIO ALESSANDRA
MANETTI RITA
CATALINI GIAMBATISTA
CHIANELLA ALVARO
BOSCO DOMENICO

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AARO-EMAC

L'AARO-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'AARO-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'AARO-EMAC SE ANCORA NON SEI ISCRITTO, RENDILA PIÙ FORTE, ISCRIVITI ANCHE TU!

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

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

L'AARO-EMAC su INTERNET: www.aaroemac.it

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

PRESIDENTE (SEGRETERIA) • Dr ALESSANDRO VERGALLO • aaroemac@aaroemac.it
SEGRETERIO • Dr ANTONINO FRANZESI • franzesi@aaroemac.it
TESORIERE • Dr ANTONIO AMENDOLA • amendola@aaroemac.it
VICE PRESIDENTE NORD • Dr.ssa TERESA MATARAZZO • emilia-romagna@aaroemac.it
VICE PRESIDENTE CENTRO • Dr FABIO CRICELLI • toscana@aaroemac.it
VICE PRESIDENTE SUD • Dr EMANUELE SCARPUZZA • sicilia@aaroemac.it
PRESIDENTE SIARED • Dr.ssa ADRIANA PAOLICCHI • paolicchi@aaroemac.it
PRESIDENTE SIAARTI • Dr ANTONIO CORCIONE • presidenza@siaarti.it
COORDINATORE UFFICIO ESTERI • ufficiosteri@aaroemac.it

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

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

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
FABIO CRICELLI
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il
31 Maggio 2016
Tiratura: 10.600 copie
Spedito il
3 Giugno 2016

AARO-EMAC in Onaosi: dipende dal tuo voto!

Le schede elettorali potranno pervenire all'Ente fino al 23 Giugno 2016

Elezioni Onaosi 2016

Vota lista n.1

**Uniti per il futuro
dell'Onaosi di tutti**



Cari Colleghi,
come immagino ormai sappiate, è in corso il rinnovo degli Organi Statutari dell'Onaosi per il quinquennio 2016-2021. Per tale rinnovo elettorale le principali Organizzazioni Sindacali dei Medici dipendenti (ANAAO ASSOMED – CIMO – AARO-EMAC – CGIL MEDICI – FASSID – FESMED – Cisl Medici – Uil Medici – SMI) hanno presentato unitariamente la LISTA N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI", in continuità con la lista presentata nel 2011, che ripropone come Presidente Serafino Zucbelli.

La Lista 2016 vede non solo la rinnovata coesione intersindacale, ma anche la partecipazione di MEDICINA SOLIDALE, che nella precedente tornata elettorale si era presentata con una sua lista separata. Per l'AARO-EMAC, oltre al sottoscritto, sono candidati, Antonio Amendola, Presidente AARO-EMAC Puglia, e Alvaro Chianella, Presidente AARO-EMAC Umbria.

In questi 5 anni è stato realizzato tutto il programma presentato nel 2011, ed in particolare, sono stati implementati i servizi che l'Onaosi eroga allorché si verificano, purtroppo, situazioni di bisogno. Tutto questo, grazie ad una oculata gestione del patrimonio, senza alcun aumento delle quote contributive!

Non solo: i servizi sono stati decentrati, cioè portati il più vicino possibile al domicilio di chi ne ha avuto bisogno, in modo da superare una vecchia impostazione che li legava in massima parte, anacronisticamente, alla sede di Perugia.

È stato fatto ogni sforzo, in questi ultimi anni, per portare a conoscenza di tutti i Colleghi i servizi che l'Onaosi eroga, non solo in caso di premorienza, ma anche a seguito di altre situazioni di bisogno che colpiscono i contribuenti e le loro famiglie. Questi servizi sono ancora troppo poco conosciuti, e perciò ancora troppi Colleghi non hanno modo di rendersi conto della straordinaria importanza di poter contare, in malaugurato caso di bisogno, sulla istituzione solidaristica dell'Onaosi. A tal fine si allega alla presente una scheda informativa sintetica di tali servizi.

Sulla base dei risultati raggiunti, abbiamo chiesto pieno sostegno di voto alla Lista N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI", per proseguire ulteriormente in questa direzione ed allargare la platea degli assistiti, perché difficoltà economiche personali o familiari generate da fatalità possono colpire (e data la situazione economica quando colpiscono hanno effetti sempre più diffusamente drammatici) anche categorie professionali un tempo ritenute (a torto, peraltro) al di sopra di questi effetti.

Votare la Lista N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI" è importante per dare credibilità all'Ente e per impedire che le astensioni di voto favoriscano gruppi autoreferenziali che con una lista opposta alla nostra si oppongono ad ogni rinnovamento, e guarda caso perseguono il riaccantonamento dei servizi in Perugia, utile solo a tali gruppi, ma anacronistica e nociva anche per la stessa realtà umbra.

Votare la LISTA N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI" significa difendere l'Ente, come patrimonio dei medici dipendenti, dagli assalti di chi vorrebbe amministrarlo come una proprietà locale.

Votare la LISTA N. 1 "UNITI PER IL FUTURO DELL'ONAOSI DI TUTTI" vuol dire consentirci di portare a termine la trasformazione dell'Onaosi in un moderno strumento di previdenza e assistenza integrativa per tutti, valorizzando l'impegno dell'Intersindacale medica in questo non facile compito.

Le buste dovranno pervenire all'Onaosi tassativamente **entro il 23 Giugno 2016 alle ore 15.00**, termine che è stato necessario prorogare rispetto a quello iniziale fissato al 17 Maggio, perché diversi plichi elettorali non erano stati consegnati in tempo utile.

Tutte le informazioni necessarie per votare, oltre al materiale predisposto per far conoscere i Candidati e il Programma della LISTA N. 1, sono disponibili sui siti www.aaroemac.it e www.unitiperonaosi.it

Non perdiamo questa occasione! UNITI SI VINCE!

Grazie,

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale AARO-EMAC

Elezioni Onaosi 2016	
Vota lista n.1 Uniti per il futuro dell'Onaosi di tutti	
NOME E COGNOME	
ZUCHELLI SERAFINO	
QUICI GUIDO	
CAVALLERO GIORGIO	
CIACCI ALFONSO	
VERGALLO ALESSANDRO	
BALDI ANNA	
MELCHIONI CARLO	
MAZZONI MAURO	
BETTI CRISTINA	
SILVESTRI MAURIZIO	
GIORDANO GIUSEPPE	
CAVALLI SEBASTIANO	
PARISI FORTUNATO	
CALLEGARO ANNAPAOLO	
AMENDOLA ANTONIO	
TAMBASCO NICOLA	
MARANO ANTONIETTA	
MENICCHETTI MARIA	
DE FELICI EUGENIO	
DE FELICI ISABELLA	
DI TULLIO ALESSANDRA	
MANETTI RITA	
CATALINI GIAMBATTISTA	
CHIANELLA ALVARO	
BOSCO DOMENICO	

I VANTAGGI DI ESSERE ISCRITTI ALL'AARO-EMAC

L'AARO-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'AARO-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'AARO-EMAC SE ANCORA NON SEI ISCRITTO, RENDILA PIÙ FORTE, ISCRIVITI ANCHE TU!

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

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

L'AARO-EMAC su INTERNET: www.aaroemac.it

CONTATTI EMAIL NAZIONALI

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

CONTATTI EMAIL REGIONALI

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

il nuovo
Anestesista Rianimatore
il nuovo
Anestesista Rianimatore

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

Autorizzazione
Tribunale di Napoli
4808 del 18/10/1996

Direttore Responsabile
ALESSANDRO VERGALLO

Vice Direttori
FABIO CRICELLI
TERESA MATARAZZO
EMANUELE SCARPUZZA

Comitato di Redazione
GIAN MARIA BIANCHI
POMPILO DE CILLIS
COSIMO SIBILLA

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

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

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

Chiuso in Redazione il
31 Maggio 2016
Tiratura: 10.600 copie
Spedito il
3 Giugno 2016

Contratti: definiti i Comparti, a quando la trattativa?

Rimane aperto il nodo delle risorse economiche destinate al rinnovo



“L'area autonoma della Dirigenza medica e sanitaria disporrà di un proprio contratto distinto. È questo il principale risultato ottenuto con la firma del 5 aprile dell'ipotesi di accordo quadro per la definizione delle aree e dei comparti, adempimento preliminare per la riapertura di tutti i contratti di categoria”. L'incipit della nota diffusa da COSMED (Confederazione Sindacale Medici e Dirigenti), di cui AAROI-EMAC è parte integrante, sintetizza i punti principali dell'Accordo raggiunto in sede ARAN nei primi giorni di Aprile.

Il documento, disponibile in versione integrale online sul sito www.aaroiemac.it sezione Attività/COSMED ha accolto *“la richiesta fondamentale della COSMED e di tutte le sigle che la compongono con il riconoscimento della specificità della dirigenza medica e sanitaria, una lunga battaglia parlamentare e sindacale finalmente conclusasi positivamente”*.

Nella sostanza, come viene spiegato nel Comunicato Stampa della Confederazione *“continueranno a far parte del contratto della dirigenza sanitaria del SSN anche i medici e i dirigenti sanitari delle ARPA.*

La dirigenza delle professioni sanitarie è riconfermata nella dirigenza sanitaria nei termini delle disposizioni di legge e dell'ultimo contratto normativo della dirigenza sanitaria. Con nota a verbale COSMED ha ribadito che in nessun modo l'accordo siglato può costituire ampliamento del perimetro di questa componente

cazione nelle aree dirigenziali dei medici e dei sanitari del Ministero della salute e degli enti pubblici (AIFA, CRI) nonché dei medici e dei sanitari che operano negli Enti pubblici non economici (INAIL e INPS). Tutti questi soggetti faranno parte della dirigenza delle Funzioni Centrali.

È stata scongiurata la paralisi negoziale ed è prevalso il senso di responsabilità”.

Nonostante il risultato raggiunto, la strada per il rinnovo del CCNL è però tutt'altro che in discesa. Per fare il punto delle situazioni e valutare le possibili prospettive, COSMED ha organizzato lo scorso 6 Maggio, il Convegno: **“Dirigenza Pubblica. I Decreti Delegati della Legge 124/2015 e il nuovo modello contrattuale”**. Tra i presenti anche il Presidente ARAN, Sergio Gasparini, che non ha nascosto le difficoltà tutt'ora presenti per l'avvio della trattativa. *“Ci sono voluti sei anni per definire le aree contrattuali per i comparti della Pubblica Amministrazione, questo la dice tutta su quanto sarà lungo l'avvio delle trattative per il rinnovo dei contratti - ha affermato Gasparini - . A pesare è il macigno dei soldi. Speriamo che dalla*

prossima Legge di Stabilità arrivi qualcosa in più. I 300 milioni di euro previsti dalla Legge di Stabilità per il rinnovo dei contratti pubblici, sono oggettivamente pochi, perché al di là degli incrementi retributivi, pur volendoci fare formazione,

riqualificazione o welfare sono abbastanza esigui: si tratta di un aumento dello 0,4% per monte salario, nel recente passato gli incrementi erano del 5-6%, in pratica meno di un decimo. Inoltre non si può dimenticare che questo aumento così modesto arriva dopo 6 anni di blocco contrattuale”.

All'incontro ha preso parte anche il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, in qualità di Segretario Generale

VERGALLO (AAROI-EMAC)

“Il forte avanzamento della trattativa decentrata rischia di trasformare il contratto integrativo aziendale in contratto sostitutivo”

Aggiunto COSMED che ha sottolineato anche altre criticità. *“I presupposti non sono dei migliori e sarà un disastro dal punto di vista dell'offerta. Inoltre, un dato che sospettiamo è il forte avanzamento della trattativa decentrata che rende*

difficile seguire le trattative in tutte le aziende. Più che contratto integrativo aziendale oggi esso rischia di diventare sostitutivo.

E in questo senso - ha affermato Vergallo - siamo perplessi anche perché abbiamo visto che i fondi aziendali sono stati gestiti in maniera tutt'altro trasparente”.

Durante il Convegno è stato affrontato anche il nodo della Legge 124/2015 sugli orari di lavoro dei Medici

“Temiamo una stretta - ha sottolineato il Presidente AAROI-EMAC -. L'obbligo di applicare la normativa non ha eliminato nella controparte l'aspettativa di poter inserire delle deroghe e in alcuni casi, anche a livello regionale, il tentativo è stato portato avanti”.

L'unica possibilità, come ribadito dai diversi relatori, di risolvere la situazione dopo l'entrata in vigore della Normativa sugli orari di lavoro, è di andare avanti con le assunzioni, ponendo fine al precariato in sanità, dai co.co.co alle partite Iva.

Nel corso del Convegno si è inoltre parlato dei possibili contenuti del decreto delegato sulla dirigenza pubblica e sul rapporto di lavoro alle dipendenze della Pubblica Amministrazione in fase di emanazione, come previsto dalla riforma Madia.

“La dirigenza pubblica - ha commentato Giorgio Cavallero, segretario generale della Confederazione - ha diritto ad essere interlocutore anche sul piano normativo, nel momento in cui si stanno per predisporre i decreti delegati per la riforma della PA. Chiediamo che il Governo ci convochi per fornire le nostre competenze. Solo così questa riforma sarà una riforma vera. Non si fanno le riforme senza la dirigenza di questo paese”.

Sciopero sospeso (poi revocato) dopo il confronto con il Governo

AAROI-EMAC: “Fiducia condizionata da verifica”

Pochi giorni prima dello sciopero proclamato per il 17 e 18 Marzo, l'Intersindacale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria - dopo un incontro con il Governo - ha deciso di sospendere l'astensione dal lavoro.

Sospensione, trasformata poi in una revoca che si è resa necessaria per non correre il rischio di possibili sanzioni. La Commissione di Garanzia dell'attuazione sulla Legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali, con un intervento inaspettato, ha infatti ritenuto che aver fissato in Marzo le date di un eventuale sciopero in Maggio abbia violato la regola del preavviso massimo previsto dalla Legge.

La revoca dello sciopero non preclude, tuttavia, la ripresa della mobilitazione qualora non fossero rispettati gli accordi presi nel confronto OO.SS. - Governo dello scorso Marzo.

Un incontro durante il quale erano stati definiti punti precisi:

“Il confronto - si legge nella nota congiunta diffusa al termine della riunione - coordinato dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio Claudio De Vincenti affiancato dai Ministri della Salute, Beatrice Lorenzin, e per la semplificazione e la pubblica amministrazione Maria Anna Madia e dal Segretario generale di palazzo Chigi Paolo Aquilanti - ha visto le parti condividere l'impegno a formulare una progettualità nazionale che, pur nel rispetto del ruolo delle Regioni, metta la Sanità tra le priorità della propria agenda.

Nel corso della discussione, il Governo ha ribadito l'esigenza di mantenere, all'interno di un percorso di cambiamento e di efficienza, la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispet-

to dei principi di universalità, solidarietà ed equità, confermando i livelli di finanziamento già disposti e promuovendo, con la collaborazione dei medici, una maggiore appropriatezza sia organizzativa che clinica, al fine di garantire su tutto il territorio nazionale - in modo omogeneo - un'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e una efficace ed efficiente allocazione delle risorse disponibili.

Si è quindi convenuto di affrontare, nell'ambito di Tavoli dedicati, i seguenti argomenti:

1) Valorizzazione della professione medica, riconoscendole il ruolo centrale nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti, nonché nella governance delle strutture sanitarie, ospedaliere e di medicina territoriale, assicurando l'autonomia tecnico-professionale e la correlata responsabilità

2) Coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali - con le Regioni, i Ministeri della Salute, dell'Istruzione, università e ricerca e dell'economia e delle finanze - nella stesura, relativamente all'attuazione del Patto della salute 2014/16, dell'art. 22, per ciò che riguarda gli sviluppi professionali di carriera, la valorizzazione delle risorse umane, i rapporti con le altre professioni sanitarie

3) Definizione delle tipologie di contratti flessibili compatibili con l'attività sanitaria all'interno della P.A., in coerenza con la disciplina UE di riferimento; percorsi di stabilizzazione graduale del personale precario; regolamentazione dei fenomeni di esternalizzazione delle attività sanitarie da parte delle strutture ospedaliere; verifica del tetto di spesa per il personale



4) Riforma del sistema di formazione, pre e post laurea, dei medici e dei dirigenti sanitari, in sinergia con il MIUR e il Ministero della salute

5) Avvio con la vigilanza dei ministeri competenti, previa definizione delle aree contrattuali e dell'atto di indirizzo, delle trattative per il rinnovo del contratto collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo collettivo nazionale, quali strumenti di governo e innovazione del sistema sanitario

6) Verifica con le Regioni e col MEF in sede di Conferenza Unificata dell'ambito applicativo del comma 236 della legge di stabilità 2016”.

“Pur ritenendo apprezzabilmente positiva l'apertura del Governo - ha commentato Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC dopo aver partecipato al confronto - manteniamo alta l'attenzione perché una vertenza che dura da anni e che ha ridotto la capacità di risposta del SSN alle richieste di salute dei cittadini, anche attraverso una

pesante riduzione dei servizi, degli operatori e delle loro condizioni di lavoro, ha bisogno di atti concreti e soprattutto di finanziamenti. In caso di non mantenimento degli impegni governativi (per quanto ci riguarda specificatamente in ordine ad un rinnovo contrattuale adeguato sia dal punto di vista normativo che economico, stabilizzazione dei precari e tutte le nuove assunzioni che servono, edizione di LEA che rispettino le reali potenzialità del personale in forza alle singole Unità Operative), trarremo le conclusioni necessariamente conseguenti e sapremo riprendere la nostra protesta in modo più incisivo”

Il primo Tavolo di Lavoro, dedicato all'articolo 22 del Patto per la Salute, si è aperto il 14 Marzo ed è tutt'ora in corso, a partire dalla proposta da parte dell'Intersindacale pubblicata nella pagina seguente.

ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM – FASSID (AIPAC-AUPISIMET-SINAFI-SNR) – CISL MEDICI – FESMED – ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI – UIL FPL MEDICI – UGL MEDICI – CIMOP – FIMMG – SUMAI – SMI – INTESA SINDACALE (CISL MEDICI-FP CGIL MEDICI-SIMET-SUMAI) – FESPA – FIMP – CIPE – SIMPEF – ANDI – ASSOMED SIVEMP – SBV

Bozza di disegno di legge delega in materia di gestione e sviluppo delle risorse umane ex art. 22 Patto per la salute: il fariseismo delle Università Italiane

Dopo un primo documento - http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=38155 - presentato dalla maggioranza delle OO.SS. mediche, e dopo una successiva riunione con le Istituzioni, il 27 Maggio 2016 l'Intersindacale ha apportato alcune modifiche al testo iniziale prima di un nuovo imminente confronto previsto per l'8 Giugno.

In particolare, con quest'ultimo documento - <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6688076.pdf> -, sul punto di cui alla lettera b (che riguarda le misure per l'accesso al SSN) è stato deciso, con grande senso di responsabilità che ad altri manca, di prendere tempo per proseguire l'interlocuzione con le Regioni ed evitare, se possibile, una rottura anche con le altre Istituzioni coinvolte nella trattativa. Il sistema sanitario universitario italiano dipende quasi totalmente dal sistema sanitario ospedaliero, sia nella formazione medica specialistica, sia nell'erogazione dei servizi al cittadino. Va sottolineato che l'AAROI-EMAC intende avvalersi, se possibile, della leale collaborazione di quei settori universitari, almeno nell'ambito specialistico di anestesia e rianimazione, disponibili a riformare l'intero sistema sanitario universitario ed ospedaliero in una prospettiva di maggior efficienza ed efficacia, purché in modo trasparente e rispettoso di tutti i soggetti coinvolti, ed in particolare del cittadino-utente del SSN. Ma va ribadito altrettanto chiaramente che l'AAROI-EMAC continua a riservarsi, in caso di indisponibilità delle Istituzioni (compresi i Rappresentanti delle Università) a regolamentare in modo cristallino l'impiego degli Specializzandi nelle attività assistenziali, l'opzione di difendere molto più radicalmente, almeno per la disciplina di Anestesia e Rianimazione, le peculiarità specialistiche mediche, che sono sempre più calpestate proprio in tale disciplina. Buona parte del mondo universitario (da ultimo con le parole del Vice-Presidente della Conferenza dei Rettori delle Università Italiane Novelli - http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=39454 e del Presidente del Consiglio Universitario Nazionale Lenzi - http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=39757) boicotta surrettiziamente, anche attraverso associazioni costituite a tal fine come il "Segretariato Italiano Giovani Medici" - http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=39716, il dialogo in corso tra OOSS e Istituzioni, affinché nulla cambi rispetto alla realtà di oggi. Una realtà nella quale l'assenza di affidamento di attività assistenziali specialistiche illegittimamente autonome agli Specializzandi è in teoria difesa a spada tratta proprio mentre, nella pratica, sono sfruttati da tempo e sempre più spesso come forza-lavoro specialistica low cost.

Uno scandaloso fariseismo che in base a quanto riportato dai media - http://www.striscialanotizia.mediaset.it/video/coincidenze-all-ospedale-di-tor-vergata_25643.shtml, sarebbe emerso recentemente, dopo il caso del S. Raffaele di Milano risalente al 2015, di cui si sono perse le tracce - http://milano.corriere.it/notizie/cronaca/15_giugno_18/abuso-specializzandi-visite-guardie-operazioni-bf7ce7fc-1592-11e5-8c76-9bc6489a309c.shtml, proprio a Tor Vergata (il "regno" del Rettore Novelli), con medici specializzandi che, stando ai suddetti media, avrebbero sostituito medici specialisti, per esempio, anche nelle sale operatorie. Ma attenzione: a prescindere dalla fondatezza o meno di tali specifiche denunce mediatiche, vi sono Regolamenti Didattici ufficiali universitari i quali impongono al medico specializzando di eseguire in autonomia (in attività paradossalmente denominata "protetta"), attività assistenziali autonome (anche in turno di guardia) con lo specialista che "quando reperibile, deve essere sempre raggiungibile telefonicamente o con il supporto di più moderne tecnologie", e che a sua volta "condivide sempre con il medico in formazione la responsabilità sui pazienti per i quali è stato chiamato". Un gioco delle tre carte in cui chi continua a tenere il banco è convinto di continuare a vincere impunemente, ma che è ora di smettere.

PROPOSTA DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI Documento del 27 Maggio 2016

1. Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze, anche mediante la valorizzazione delle risorse professionali ed umane del Servizio Sanitario Nazionale, nonché del sistema sanitario nazionale nel suo complesso e comunque l'integrazione delle professioni sanitarie, il Governo, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della funzione pubblica ed il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è delegato ad emanare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) prevedere per quanto riguarda la disciplina della formazione del personale medico, odontoiatra, veterinario, sanitario, di medicina generale e delle cure primarie pediatriche:

1. la preliminare individuazione dei loro distinti fabbisogni complessivi;
2. l'istituzione della rete formativa regionale costituita sia da strutture universitarie sia da strutture ospedaliere e territoriali del SSN, compresi gli istituti Zooprofilattici sperimentali, pubbliche e private accreditate e contrattualizzate che abbiano ottenuto l'accreditamento per la formazione specialistica sulla base di criteri condivisi tra MIUR, Ministero della Salute e Regioni e Province Autonome;
3. la revisione del sistema di accreditamento di cui all'articolo 43 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevedendo quali ulteriori criteri:
 - il volume complessivo delle attività;
 - la complessità della casistica;
 - il livello tecnologico delle strutture.

La rete formativa è sottoposta a verifica periodica dei criteri di accreditamento, con la estromissione delle strutture di cui al punto 2, per le quali siano venuti meno i requisiti di accreditamento.

4. l'apposita disciplina concorsuale pubblica per l'ammissione ai corsi di formazione specialistica, dei medici chirurghi e dei medici veterinari, dei sanitari e specifica in medicina generale e la regolamentazione delle relative graduatorie, prevedendo il titolo di laurea, abilitante all'esercizio della relativa professione, quale requisito di accesso.

5. la revisione della composizione e dell'organizzazione dell'Osservatorio regionale, e di quello nazionale, di cui agli art. 43 e 44 del Dlgs 17 agosto 1999, n. 368, assicurando una componente paritaria delle Regioni ed una adeguata rappresentanza di professionisti del SSN e l'istituzione di analogo osservatorio per la MG.

6. l'inserimento, secondo criteri e procedure uniformi a livello nazionale, dei medici chirurghi e dei medici veterinari e sanitari specializzandi, e dei medici formandi, all'interno di tutte le strutture di cui al punto 2, appartenenti alla disciplina cui afferisce la Scuola, secondo i seguenti principi:

- i) rispetto del criterio di rotazione periodica;
- ii) coerenza con gli obiettivi definiti dagli ordinamenti didattici dei relativi corsi di specializzazione e di formazione e le peculiarità cliniche di ciascuna disciplina, con acquisizione di conoscenze e certificazione di competenze di progressiva complessità, e con graduale assunzione di responsabilità assistenziale, fino alla completa autonomia professionale;
- iii) affiancamento del professionista specializzando e formando, per tutta la durata della formazione specialistica, da parte di un me-

dico specialista nella medesima disciplina, o di un medico formato, o di un medico veterinario o di un dirigente sanitario con incarico di tutor, in servizio attivo, non impegnato in altre attività nelle procedure invasive;

iv) valutazione finale del laureato in formazione specialistica affidata alla Scuola di specializzazione, tenendo conto delle valutazioni e certificazioni formulate dal tutor e dal responsabile della struttura ove ha avuto luogo la formazione pratica.

v) verifica della disponibilità del programma di formazione individuale, di cui all'articolo 38 del decreto legislativo n. 368 del 1999, quale adempimento obbligatorio e requisito per il prosieguo delle attività della scuola di specializzazione.

7. la possibilità, per favorire la conciliazione tra lavoro ed esigenze familiari e per un periodo non superiore a 12 mesi, di consentire, al medico, al dirigente sanitario, al veterinario specializzando e al medico in formazione specifica in medicina generale, la frequenza con impegno orario ridotto, con successivo recupero insieme alle attività formative non svolte. Nel corso di tale periodo il trattamento economico viene proporzionalmente ridotto.

8. l'adeguamento della disciplina della formazione specifica in medicina generale, prevista dal D.Lgs 368/1999 e s.m.i., ai principi dell'art. 1 del d.l. 158/2012 convertito con m.e.i. dalla legge 189/2012 relativamente in particolare all'individuazione, nell'ambito del riordino della assistenza territoriale, di una rete formativa territoriale per la Medicina Generale e allo svolgimento in essa delle attività professionalizzanti del medico di medicina generale in formazione, così come previsto dall'art. 1 comma 5 della L. 189/2012, prevedendo la definizione dei contenuti organizzativi ed economici nell'ACN della Medicina Generale. Per quanto riguarda la pediatria territoriale prevedere l'accesso agli studi del pediatra di famiglia per l'acquisizione delle specifiche competenze.

9. Fermo restando il finanziamento previsto per le borse di studio dei medici, il Governo individua un finanziamento specifico per le borse di studio dei Dirigenti Veterinari, Farmacisti, Biologi e Psicologi di cui alla legge n. 401/2000.

LA LETTERA b) SARA' OGGETTO DI UNA SEPARATA VALUTAZIONE

c) disciplinare lo sviluppo della carriera e la graduazione delle funzioni professionali e gestionali prevedendo:

1. la valorizzazione della peculiarità del lavoro medico all'interno del SSN attraverso il riconoscimento, nello stesso ruolo, della pari dignità degli incarichi che fanno riferimento alla loro natura prevalentemente gestionale o professionale;

2. la caratterizzazione della direzione di struttura complessa, oltre che dalla necessaria componente professionale specialistica nella disciplina di afferenza, dal governo clinico della struttura stessa, con responsabilità di organizzazione delle risorse umane e strumentali assegnate, mirate all'efficienza clinica ed all'efficacia delle cure e delle attività di prevenzione, nonché dalla responsabilità della formazione del personale e dall'implementazione di linee guida, protocolli e procedure;

3. che il trattamento complessivo di retribuzione dei dirigenti, con incarico prevalentemente professionale o gestionale, sia correlato alla complessità della tipologia di incarico, secondo modalità definite dal CCNL;

4. l'implementazione dei sistemi di valutazione delle competenze professionali acquisite, su indicatori condivisi con le OO.SS. di categoria;

5. l'affidamento al dirigente medico, veterinario e sanitario specialista, al superamento del terzo anno di servizio cumulativo, di incarichi superiori a quelli di base, attraverso l'applicazione dei previsti istituti contrattuali e di procedure a carattere selettivo disciplinate dal CCNL.

d) prevedere l'individuazione, d'intesa tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e sentite le OO.SS. di categoria, di una metodologia di determinazione del fabbisogno degli operatori dell'area sanitaria, a livello regionale e nazionale, afferente al sistema pubblico e privato, valorizzando iniziative promosse dalla comunità europea. L'espressione del fabbisogno degli operatori da parte di ogni Regione e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano avviene tenendo conto anche degli standard di cui alla lettera successiva;

e) disciplinare l'obbligo per le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano di definire e adeguare, d'intesa con il Ministero della Salute e previa concertazione con le OO.SS. di categoria, standard di personale ospedaliero e territoriale tenendo conto:

1. degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali, da garantire in maniera omogenea in tutto il Paese;
2. di parametri qualitativi, di efficienza di utilizzo delle risorse umane e di efficacia e sicurezza organizzativa e clinica, nonché dei vincoli della normativa europea in tema di orario di lavoro e sicurezza delle cure;
3. delle reti di offerta territoriali ed ospedaliere e del loro sviluppo, con riferimento, in particolare, a quanto previsto dall'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, anche alla luce dell'Accordo del 16 dicembre 2010, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
4. dei cambiamenti della domanda di salute, legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche;
5. della evoluzione tecnologica;
6. dell'evoluzione delle competenze dei professionisti sanitari;

f) Si richiede lo stralcio di questo punto da inserire in una legge a più rapida approvazione che recepisca i seguenti principi:

1. Individuare, al fine di assicurare l'erogazione dei LEA e la sicurezza delle cure, specifiche misure prioritarie per la stabilizzazione del personale precario, compreso quello con contratto di lavoro diverso da quello a tempo determinato, attraverso procedure concorsuali, anche tenendo conto della riorganizzazione delle reti dei servizi, con particolare riferimento al personale medico dei servizi di emergenza e urgenza, secondo le disposizioni di cui al dpcm 6.3.2015 ed alla legge di stabilità 2016, prevedendo:

- i. l'immissione, in via prioritaria, in ruolo dei vincitori di concorso e dei soggetti in possesso di idoneità a seguito di concorso pubblico, in servizio presso l'amministrazione;
- ii. la trasformazione dei rapporti di lavoro atipici in atto alla data di approvazione della legge, in rapporti a tempo determinato.

2. Individuare limitate e tassative forme di lavoro flessibile compatibile con il rapporto di pubblico impiego nel SSN, ex articolo 17 legge 124/2015, prevedendo un tetto massimo di rapporti atipici, libero professionali, di consulenza, di collaborazione coordinata e continuativa, a progetto, o comunque non rientranti nel CCNL della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, cumulativo non superiore al 2% dei rapporti di lavoro a tempo indeterminato in servizio nel ruolo della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria.

In ultimo, le OOSS intendono richiamare l'attenzione sulla necessità di tradurre in intesa tra le parti i punti di accordo in merito ai contenuti del ddl delega sull'art.22 del patto della salute, accantonando gli eventuali elementi di disaccordo, che necessitano di ulteriori riflessioni.

AAROI-EMAC vs Ministero della Salute

Anno XXXVII - Numero 2 - Aprile/Maggio/Giugno 2016

ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI E DIRIGENTI SSN – FVM – FASSID (AIPAC-AUPISIMET-SINAFI-SNR) – CISL MEDICI – FESMED – ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI – UIL FPL MEDICI – UGL MEDICI – CIMOP – FIMMG – SUMAI – SMI – INTESA SINDACALE (CISL MEDICI-FP CGIL MEDICI-SIMET-SUMAI) – FESPA – FIMP – CIPE – SIMPEF – ANDI – ASSOMED SIVEMP – SBV

Responsabilità professionale del personale sanitario L'Intersindacale scrive alla Commissione Sanità

Dopo l'approvazione alla Camera, il DDL sulla Responsabilità Professionale del personale sanitario è - allo stato attuale - in Commissione Igiene e Sanità del Senato dove sono stati presentati 360 emendamenti tra cui quelli del Relatore in Senato, Amedeo Bianco. Nel corso delle Audizioni, l'Intersindacale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria ha inviato una lettera alla Presidente della Commissione, Emilia Grazia De Biasi, al Relatore del DDL e a tutti i componenti. Di seguito il testo con le proposte delle OO.SS.:

Illustre Presidente, Illustri Senatori, le scriventi Organizzazioni Sindacali, con l'intento di meglio definire alcuni aspetti del disegno di legge in materia di responsabilità professionale del personale sanitario, in discussione al Senato, sottopongono alla Vostra attenzione alcune criticità, sulle quali si rende necessario operare delle riflessioni e, a parere nostro, delle modifiche al disegno di legge licenziato dalla Camera dei Deputati, il quale, pure, rappresenta, a parere delle scriventi, un dato positivo, da molti anni auspicato dalle Organizzazioni Sindacali.

In particolare, le questioni che auspichiamo possano essere affrontate e meglio definite nell'iter legislativo al Senato sono le seguenti:

1) Conciliazione ed azione di rivalsa

Il "Tentativo obbligatorio di conciliazione" di cui all'art. 8 andrebbe previsto come procedura alternativa alla quale accedere nel caso in cui non sia possibile perseguire una azione transattiva diretta.

L'art. 9 del ddl A.S. 2224, innova profondamente l'azione di rivalsa nei confronti dei sanitari che procurano danni ai pazienti, con la espressa negazione della giurisdizione della Corte dei Conti. La quale, però, offre la particolare garanzia della natura personale e parziale della obbligazione risarcitoria, accertando il giudice contabile la quota del danno complessivo subito dall'Amministrazione concretamente riconducibile alla condotta del convenuto. In un'epoca di politiche sanitarie miranti a ridurre il personale e a destrutturare i servizi per motivi economici, è importante la possibilità che la Corte dei Conti valuti anche i profili organizzativi della struttura ed i carichi di lavoro dei sanitari, per accertare in concreto la colpa grave, nonché il concorso dell'Amministrazione pubblica nella produzione del danno stesso (ex art. 1227 codice civile), con il possibile esercizio del cosiddetto "potere riduttivo". Tali principi giuridici non sarebbero applicabili da parte del giudice ordinario nel giudizio di rivalsa incardinato in ambito civilistico, per cui l'eventuale condanna dei professionisti in favore della struttura sanitaria sarebbe per l'intera somma oggetto della condanna a carico della struttura, nonché trasmissibile agli eredi, al contrario del regime previsto per la responsabilità amministrativa, le cui garanzie continuano ad essere fruiti da parte degli altri dipendenti pubblici. Né sono da sottovalutare, in particolare per gli influssi negativi sul clima interno, le procedure che le strutture sanitarie sarebbero costrette a mettere in campo, a partire da una specifica attività istruttoria mirante ad identificare nelle condotte del sanitario dipendente coinvolto nell'evento la sussistenza o meno dell'elemento della colpa grave. Con l'obbligo di esercitare, anche a scopo cautelativo, l'azione di rivalsa presso il giudice ordinario per dimostrarlo in giudizio, e la necessità di sostenere spese legali e peritali. Tali procedure saranno implementate in presenza di autoassicurazione o, meglio, ritenzione del rischio, sistema diffuso in molte Regioni, insostenibile nel tempo senza una adeguata e specifica riserva finanziaria a livello aziendale o regionale, con ogni probabilità elusa in tempi di de-finanziamento del SSN.

Senza considerare il lavoro attualmente gravante sugli uffici dei giudici ordinari, aumentato dal trasferimento di ulteriore contenzioso. Infine, è da notare come la misura della rivalsa, di cui all'articolo 9 comma 5, dovrebbe essere resa uguale per tutti i cittadini. La norma più favorevole riguarda attualmente la Magistratura per la quale si prevede, ai sensi della Legge 27/2/2015, n. 18, come massimo una somma pari alla metà di una annualità dello stipendio. Senza limitazione alla progressione di carriera e all'accesso a pubblici concorsi per incarichi superiori.

2) Le disposizioni che aumentano la chiamata in causa del sanitario, con il rischio di un incremento delle spese assicurative.

Con modalità plurime, ed eccessive, i medici e gli altri professionisti possono essere chiamati in giudizio: responsabilità penale (articolo 6); responsabilità extracontrattuale ai sensi dell'art. 2043 del codice civile (articolo 7); tentativo obbligatorio di conciliazione ai sensi dell'art. 696-bis del codice di procedura civile (articolo 8); azione di rivalsa per la gradu-

zione della colpa anche in caso di transazione extragiudiziale (articolo 9); azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicurazione e successiva rivalsa verso l'esercente la professione sanitaria da parte dell'assicurazione (articolo 12, commi 1 e 3). Va, però, diradato ogni dubbio sulla possibilità che gli esercenti la professione sanitaria, dipendenti di una struttura pubblica o privata, siano costretti a contrarre, oltre alla assicurazione per rivalsa, anche quella personale di responsabilità civile verso terzi "primo rischio", che comporterebbe il costo annuale di almeno 500 milioni di euro, con evidente vantaggio delle assicurazioni, inaccettabile da parte delle categorie professionali che rappresentiamo.

Per evitare questa eventualità, occorre richiamare quanto previsto nell'articolo 28 del DPR 761/1979 e nei CCNL 1998/2001 e 2002/2005 della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, (e cioè che le strutture sanitarie, pubbliche e private, mediante adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, tengono il personale dipendente al di fuori dalle conseguenze derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, anche per responsabilità extracontrattuale, ivi comprese le spese di giudizio e peritali, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo i casi di colpa grave o di dolo). O esplicitare che l'azione di risarcimento viene esercitata esclusivamente nei confronti di chi ha la responsabilità dei comportamenti messi in atto. La copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi (RCT) e per responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO) delle strutture sanitarie deve essere tra le condizioni per l'autorizzazione, l'accreditamento, la convenzione. La garanzia RCO vale per i soggetti che, a qualunque titolo, svolgono attività lavorativa presso le Aziende, Enti e strutture, in cui vanno espressamente ricompresi i lavoratori precari o che, senza corrispettivo, frequentino, anche occasionalmente, gli ambiti suddetti a meri fini di apprendimento e formazione.

3) Il ruolo delle linee guida.

Per quanto attiene l'autonomia e la responsabilità del medico nelle scelte professionali relative ad un particolare caso clinico, ribadita più volte dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale e della Cassazione, l'articolo 5 raggiunge un suo equilibrio interno, con il riferimento, tenendo conto della specificità del paziente e del contesto organizzativo, alle raccomandazioni ed alle buone pratiche clinico-assistenziali organizzative delle linee guida (LG). La cui qualità non è garantita dall'autorevolezza di chi le produce, né dalla loro legittimazione normativa, quanto da rigore metodologico nel processo di elaborazione, accuratezza nella ricerca, nella valutazione e nella selezione delle evidenze scientifiche nonché adeguata governance di eventuali conflitti di interesse nella loro formulazione. Per questo occorre riferirsi a Linee Guida accreditate all'interno di un Sistema Nazionale Linee Guida, coordinato da una pubblica istituzione, aperte a contributi pubblici prima di adozioni formali sul modello statunitense ed inglese.

Nelle more si continuerebbe ad applicare il riferimento alla "Comunità scientifica" già previsto dalla legge Balduzzi.

4) La documentazione clinica

Sarebbe opportuno garantire ai pazienti un tempo certo e breve, per l'acquisizione della documentazione clinica, almeno fino a quando il fascicolo elettronico non diventerà strumento ordinario in tutte le Regioni, fatti salvi i tempi tecnici legati a particolari indagini diagnostiche.

5) Preferibile parlare, come si fa in Europa e in USA, di "rischi sanitari" e di "eventi avversi", i quali non sono tutti riconducibili alla categoria degli "errori sanitari" e "errori medici". Non appare corretto etichettare tutto come errori, prima ancora del giudizio.

6) Appare utile una definizione giuridica di "colpa grave" non affidabile, nella sua valutazione medico legale, esclusivamente al rispetto puntuale delle linee guida cui fa riferimento il professionista.

7) Importante che al professionista sia garantita puntuale informazione dell'istruttoria amministrativa/legale e medico legale, e se del caso partecipazione, nonché di tutto il percorso di gestione del contenzioso, sia extragiudiziario che giudiziario, mettendo a disposizione anche le valutazioni medico legali e i pareri/valutazioni sulla sussistenza o meno della colpa grave inviate alla Corte dei Conti.

Certi della Vostra attenzione, rimaniamo fiduciosi in un testo di legge che, riconoscendo la sicurezza delle cure quale elemento costitutivo del diritto alla salute, perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività, attribuisca la responsabilità di eventi avversi a quegli stessi soggetti che sono chiamati a garantire i LEA alleviando la pena, ma non la responsabilità, degli operatori sanitari. Un buon viatico per i processi di innovazione del SSN che appaiono oggi sempre più necessari.

Orario di lavoro, l'UE chiede una verifica

Chiarimenti anche su Legge Basilicata



L'Unione Europea torna a farsi sentire sulla corretta applicazione della normativa sugli Orari di lavoro dei Medici, chiedendo alle Autorità italiane "di essere informata sull'attuazione della direttiva nel settore sanitario in tutto il territorio italiano".

In particolare, la Commissione Europea ha chiesto informazioni sul rapporto tra riposi, guardie e reperibilità alla durata massima settimanale dell'orario di lavoro, al periodo di riferimento in cui effettuare il calcolo medio e alla modalità di calcolo delle ore di lavoro prestate in libera professione a favore dell'azienda sanitaria.

L'intervento segue la richiesta di verifica avanzata dalla FEMS (la Federazione dei Medici Europei) sulla base di segnalazioni giunte da Medici e personale sanitario italiano.

L'UE ha, inoltre, chiesto chiarimenti anche sulla Legge regionale della Basilicata n. 53/2015 che ha introdotto alcune deroghe alla Normativa Europea e alla Legislazione Italiana. Un atto illegittimo, essendo la materia demandata esclusivamente alla contrattazione nazionale. La segnalazione della grave violazione era stata inviata lo scorso 21 Dicembre anche al Presidente del Consiglio, Matteo Renzi, in un documento firmato da ANAAO ASSOMED – AAROI-EMAC – ANPO-NUOVA ASCOTI-FIALS MEDICI - SNR.

Al momento nessuna risposta è giunta da parte delle Autorità Italiane. Nel frattempo in molte realtà la situazione è tutt'altro che risolta.

LA RECENSIONE

Manuale pratico dell'accesso venoso

A cura del Dr Capozzoli e del Dr Pittiruti



L'incannulamento dei vasi venosi centrali semplici e complessi, ad inserzione sia centrale che periferica è una pratica comune in medicina a scopo sia diagnostico che terapeutico. Ritengo opportuno che gli Anestesisti Rianimatori italiani non debbano trascurare la conoscenza e la gestione di tutte le modalità di accesso venoso centrale. Questo manuale nasce da una col-

laborazione SIARED e GaVeCeLT. Gli Autori Mauro Pittiruti (GaVeCeLT) e Giuseppe Capozzoli (SIARED), con il contributo degli Anestesisti Rianimatori di varie realtà ospedaliere italiane (Bolzano, Macerata, Pavia, Verona), offrono ai lettori una cartellata delle principali indicazioni, delle metodiche di impianto e della corretta gestione degli accessi venosi centrali, facendo riferimento alle evidenze scientifiche e alle più importanti linee guida internazionali. Numerosi video arricchiscono la presentazione nella sessione disponibile online.

Il manuale non è dedicato solo ai colleghi Anestesisti Rianimatori che si occupano in modo specifico di impianti vascolari o di cateterismo vascolare, ma a tutti coloro che ogni giorno hanno a che fare con gli accessi venosi dei pazienti, indirizzandoli verso una corretta gestione del patrimonio vascolare dei nostri malati.

L'Anestesista-Rianimatore per fornire un supporto adeguato ai pazienti con necessità di accessi venosi centrali, non può prescindere da queste competenze. Le conoscenze fornite da questo manuale possono aiutarlo nella gestione di qualsiasi paziente che presenti un patrimonio venoso compromesso in sala operatoria come in terapia intensiva, nelle unità di terapia del dolore, di cure oncologiche e palliative. L'Anestesista Rianimatore potrà in questo modo scegliere l'accesso venoso centrale più adatto avendo competenza su tutte le tipologie di accesso venoso, compreso l'ambito pediatrico.

Adriana Paolicchi - Presidente SIARED

le Pagine Utili

a cura di Cosimo Sibilla

Si devono usare gli adiuvanti degli anestetici locali in anestesia regionale? 1ª parte Opinione favorevole

Trends in Anaesthesia and Critical Care 4 (2014) 19e24

RIASSUNTO

Diversi farmaci come gli oppioidi, gli α 2-agonisti adrenergici, gli antagonisti dei recettori NMDA, il midazolam, l'adenosina e la neostigmina sono stati usati come additivi degli anestetici locali per migliorare la qualità e prolungare gli effetti dei blocchi nervosi periferici. Dalla revisione della letteratura sono stati presi in considerazione i vari farmaci che sono utilizzati come additivi degli anestetici locali durante l'esecuzione di blocchi nervosi ed i vantaggi ottenuti in termini di prolungamento di effetti anestetici e analgesici.

INTRODUZIONE

Numerosi additivi come gli oppioidi, gli α 2-agonisti, la ketamina, e molti altri farmaci sono stati mescolati agli anestetici locali per i blocchi nervosi periferici (PNB). Questi farmaci in genere accelerano l'inizio d'azione e prolungano la durata dell'analgia. Essi possono anche permettere di ridurre la dose totale di anestetico locale usata e gli effetti collaterali conseguenti. L'uso dei PNB come alternativa all'anestesia generale è parte delle tecniche standard di anestesia. L'interesse per i PNB è aumentato nell'ultimo decennio grazie alla disponibilità di aghi migliori, di cateteri e dell'ecografia.

Una sola dose di anestetico locale ha una durata d'azione limitata per cui si aggiungono diversi adiuvanti per migliorare la qualità dell'anestesia e prolungare la durata dell'analgia.

Oppioidi

Numerosi studi hanno descritto l'esistenza di recettori periferici degli oppioidi che sono alla base del loro meccanismo d'azione periferico e per il loro uso come adiuvanti nell'anestesia regionale (RA). L'efficacia clinica degli oppioidi somministrati perifericamente (idrofili e lipofili) è stata valutata nella pratica clinica sin dal 1991 quando è stato evidenziato che l'iniezione intraarticolare determina un'efficace analgesia postoperatoria dopo artroprotesi di ginocchio.

Morfina

Mitra ha condotto uno studio controllato e randomizzato su 40 pazienti ASA I per conoscere l'efficacia analgesica di varie dosi di morfina iniettata nelle articolazioni dopo la chirurgia artroscopica del ginocchio. I pazienti sono stati divisi in 4 gruppi. Dopo la chirurgia hanno ricevuto un'iniezione di 20 ml di bupivacaina allo 0,5%. Nel gruppo 1 la morfina è stata associata con soluzione salina mentre il gruppo 2, 3 e 4 hanno ricevuto rispettivamente 5, 10, 15 mg di morfina. È stata misurata l'intensità del dolore con la scala VAS dopo 1, 2, 4, 6 e 24 ore, la durata dell'analgia e il consumo di oppioidi. Nelle suddette ore sono stati anche rilevati il prurito, la nausea, il vomito e la sonnolenza per valutare le complicanze sistemiche dei narcotici.

La prima richiesta di analgesia postoperatoria è avvenuta dopo 2,8 ore $\pm$ 0,9, 6,1 $\pm$ 1,6,

8,9 $\pm$ 2,5, e 20,4 $\pm$ 6,2 rispettivamente nel gruppo 1, 2, 3, 4. Non ci sono state differenze significative nell'incidenza della nausea, del vomito, del prurito e della sonnolenza in nessuno dei 4 gruppi nelle prime 24 ore dopo l'iniezione.

Buprenorfina

La buprenorfina è un potente oppioide lipofilo utilizzato frequentemente come oppioide adiuvante nei PNB. Numerosi studi controllati e randomizzati hanno dimostrato che l'aggiunta di 0,3 mg di buprenorfina determina un effetto favorevole sull'analgia postoperatoria.

Essa prolunga la durata dell'analgia di più di 3 volte rispetto alla sola iniezione di AL. Inoltre migliora la qualità del blocco sensitivo determinando un aumento della durata dell'analgia senza interessare il blocco motorio.

Jadon in uno studio in doppio cieco randomizzato e controllato ha misurato il tempo d'inizio, la durata e la qualità dell'analgia dopo l'aggiunta alla bupivacaina allo 0,3% di 3 μ g/Kg di buprenorfina per il blocco del plesso brachiale per via sottoclaveare (BPB). Ha rilevato che la durata media dell'analgia è stata di 331,2 $\pm$ 33,54 minuti nel gruppo con bupivacaina e di 680,6 $\pm$ 86,27 minuti nel gruppo con bupivacaina e buprenorfina. La differenza nella durata tra i gruppi è stata significativa. Egli ha concluso affermando che l'aggiunta della buprenorfina all'anestetico locale migliora la qualità del blocco sensitivo e la durata dell'analgia senza alcun effetto sul blocco motorio.

Candido ha studiato 103 pazienti in doppio cieco candidati alla chirurgia d'elezione del piede e della caviglia con il blocco del nervo sciatico a livello gluteo.

Ha evidenziato che la durata media dell'analgia postoperatoria dopo la somministrazione di solo anestetico locale è stata di 8,34 $\pm$ 0,11 ore rispetto a 28,18 $\pm$ 1,02 ore quando è stata aggiunta la buprenorfina.

Inoltre i pazienti nei gruppi di studio hanno avuto un punteggio nella scala del dolore più basso e hanno avuto bisogno di una minore quantità di oppioidi. In un altro studio Modi ha aggiunto buprenorfina alla soluzione di AL per il blocco dei nervi della bocca e ha visto che l'aggiunta di questo farmaco produce un aumento di 3 volte della durata dell'analgia postoperatoria con la persistenza di un'analgia completa maggiore di 30 ore della durata prevista dell'AL nel 75% dei pazienti studiati.

Fentanyl

Nishikawa ha valutato l'effetto dell'aggiunta di 100 μ g di fentanyl alla lidocaina per il blocco del plesso brachiale per via ascellare in 66 pazienti sottoposti a chirurgia della mano e del polso. La durata del blocco sensitivo è stata significativamente maggiore nel gruppo col fentanyl (323 $\pm$ 96 minuti) rispetto al gruppo di controllo (250 $\pm$ 79 minuti). In un altro studio controllato e randomizzato, Karakaya ha anche rilevato un vantaggio simile in termini di prolungamento dell'analgia e del blocco sensitivo quando è stato aggiunto il fentanyl (2,5 μ g/ml) a 40 ml di bupivacaina allo 0,25 per il blocco ascellare.

Il fentanyl non determina una bradicardia significativa. L'aggiunta del fentanyl alla bupivacaina per il blocco del nervo infraorbitario bilaterale inoltre ha prolungato la durata dell'analgia (17,8 h rispetto a 23,53 h) senza che siano stati osservati gli effetti secondari degli oppioidi.

Tramadol

L'iniezione intraarticolare di 100 mg di tramadol aggiunto alla bupivacaina prolunga la durata dell'analgia dopo chirurgia artroscopica del ginocchio. I risultati hanno evidenziato una VAS significativamente più bassa nei gruppi che hanno ricevuto un'associazione di tramadol e bupivacaina (gruppo BT) rispetto ai gruppi (gruppo B e gruppo T) che hanno ricevuto uno dei due farmaci da soli. Inoltre nel gruppo BT è stato rilevato una comparsa più tardiva del dolore postoperatorio e una minore necessità di analgesici al bisogno. Il consumo di analgesici nelle 24 ore è stato significativamente inferiore nel gruppo BT rispetto agli altri 2 gruppi. Nel gruppo BT il 26,7 % dei pazienti ha richiesto l'analgia supplementare rispetto al 90% dei pazienti del gruppo B e all'86,7% del gruppo T. Inoltre il tempo di dimissioni e il tempo di deambulazione non assistita è stato significativamente più breve nel gruppo con tramadol che non ha evidenziato effetti collaterali sistemici. Uno studio ha valutato gli effetti di 100 mg di tramadol, 20 μ g di sufentanil e 1,5 μ g/Kg di clonidina associate alla ropivacaina 0,75% nel blocco ascellare evidenziando che ciascun adiuvante potenzia l'analgia e l'anestesia del blocco del plesso brachiale ma l'incidenza di effetti collaterali come sedazione, bradicardia, ipotensione e prurito è stata inferiore nel gruppo con tramadol rispetto ai gruppi con clonidina e sufentanil.

Kapral ha dimostrato che l'aggiunta alla mepivacaina all'1% di tramadol alle stesse dosi su riportate per il blocco ascellare prolunga il blocco sensitivo e motorio rispetto alla mepivacaina da sola.

Robaux ha confrontato 3 dosi di tramadol (rispettivamente 40 mg, 100 mg e 200 mg) con un gruppo di controllo (soluzione fisiologica) nel blocco del plesso brachiale per via ascellare. Ha rilevato un aumento dell'analgia postoperatoria dose dipendente nei 3 gruppi di tramadol. Il numero di pazienti che ha richiesto l'analgia nel postoperatorio è stato peraltro significativamente più basso nel gruppo con tramadol rispetto al gruppo di controllo.

Kaabachi ha studiato pazienti sottoposti a chirurgia della mano con anestesia del plesso brachiale per via ascellare con l'1,5% di lidocaina con l'aggiunta di 2 dosi di tramadol (100 mg e 200 mg) confrontati con soluzione fisiologica. Ha visto che 200 mg di tramadol prolungano sia il blocco sensitivo (265 $\pm$ 119 minuti rispetto a 190 $\pm$ 87 minuti e rispetto a 126 $\pm$ 48 minuti) sia il tempo di richiesta di analgesici supplementari (734 $\pm$ 434 minuti rispetto a 573 $\pm$ 516 minuti e a 375 $\pm$ 316 minuti) in modo dose dipendente senza causare alcun importante effetto collaterale sistemico.

α -2 agonisti

Gli α -2 agonisti agiscono sui recettori adrenergici che determinano vasocostrizione e un'azione diretta sul SNC e sui nervi periferici. Gli effetti sulle fibre nervose sembrano essere più intensi sulle fibre C (fibre del dolore) rispetto alle fibre A (fibre motrici), pertanto determinano un effetto più intenso sulla sensibilità.

La clonidina è stata usata per la prima volta da Tamsen e Gordh nel 1984 dopo aver verificato la mancanza di tossicità sugli animali. Da allora numerosi metanalisi e studi controllati e randomizzati hanno dimostrato un effetto vantaggioso nell'aggiunta di α -2 agonisti nei blocchi nervosi periferici.

Clonidina

Chakraborty ha studiato 70 pazienti con indice di rischio ASA I e II sottoposti a chirurgia ortopedica degli arti superiori. 35 pazienti hanno ricevuto 25 ml di bupivacaina allo 0,5% premiscelata con 30 μ g di clonidina e i restanti 35 hanno ricevuto 25 ml di bupivacaina allo 0,5% premiscelata con 0,2 ml di soluzione fisiologica per il blocco del plesso brachiale per via sopraclaveare.

Ha trovato che la durata dell'analgia è stata di 415,4 $\pm$ 38,18 minuti nel gruppo con la clonidina rispetto a 194,4 $\pm$ 28,74 minuti nel gruppo di controllo. Non sono state rilevate differenze significative nella frequenza cardiaca, nella pressione del sangue e nella saturazione arteriosa. L'autore ha concluso affermando che l'aggiunta di una piccola dose di clonidina all'AL prolunga in modo significativo la durata dell'analgia e del blocco motorio senza determinare nessuna complicanza clinicamente significativa oltre alla sedazione.

In uno studio di valutazione della dose minima efficace di clonidina necessaria per prolungare la durata dell'analgia, Singelyn ha rilevato che 0,5 μ g/kg di clonidina aggiunti a 40 ml di mepivacaina all'1% per il blocco ascellare prolungano in modo significativo l'analgia senza determinare sedazione, ipotensione o bradicardia.

Bernard e Marcaire hanno confrontato diverse dosi di clonidina e hanno concluso che la dose con il massimo vantaggio clinico e minimi effetti collaterali varia tra 30 e 90 μ g. Il solo effetto secondario osservato a questo dosaggio è stato la sedazione.

In un altro studio clinico Kohli ha posto a confronto 2 dosi di clonidina (1 e 2 μ g/Kg rispettivamente) come adiuvanti della bupivacaina allo 0,5% in 60 pazienti adulti sottoposti a chirurgia degli arti superiori con blocco del plesso brachiale. Ha rilevato che la dose più alta di clonidina anticipa il tempo d'inizio e prolunga la durata del blocco sensitivo e motorio e anche l'analgia postoperatoria.

Una metanalisi di 20 studi randomizzati e controllati e (14 relativi al plesso brachiale, 1 al plesso cervicale, 1 all'omero medio, 2 allo sciatico-femorale, 1 all'ileoinguinale/ileoipogastrico 1 al blocco dell'anca) usando clonidina alla dose compresa tra 30 e 300 μ g ha evidenziato che l'aggiunta della clonidina è un utile adiuvante dell'AL nei blocchi nervosi periferici.

Dexmedetomidina

La dexmedetomidina è un α -2 agonista più specifico (1600:1) rispetto alla clonidina (200:1). Schnabel ha analizzato 28 studi controllati e randomizzati per valutare l'efficacia e la sicurezza della somministrazione endovenosa della dexmedetomidina rispetto al placebo e al gruppo di oppioidi per l'analgesia acuta postoperatoria negli adulti.

I pazienti trattati con dexmedetomidina hanno presentato un'intensità più bassa di dolore e un minore consumo di oppioidi nel postoperatorio rispetto al gruppo placebo. Inoltre il gruppo di studio ha evidenziato una minore incidenza di effetti secondari determinati dagli oppioidi come nausea, vomito e prurito.

La dexmedetomidina è stata anche confrontata con gli oppioidi e la clonidina in studi prospettici per i blocchi nervosi periferici degli arti superiori e inferiori sebbene non sia stata approvata per quest'uso dalla FDA.

In tutti gli studi si è visto che la dexmedetomidina riduce l'inizio del tempo d'azione e aumenta la durata dell'analgesia e dell'anestesia.

Obayah ha rilevato un allungamento del tempo della prima richiesta di analgesici (22 h rispetto a 14,2 h) dopo blocco del nervo palatino con bupivacaina e dexmedetomidina (1 μ g/Kg) rispetto alla bupivacaina da sola nei bambini sottoposti a chirurgia della palatoschisi. Il punteggio del dolore nel gruppo di studio è stato significativamente più basso nelle prime 24 ore. Non ci sono state differenze nella scala della sedazione e nei parametri emodinamici tra i 2 gruppi.

Ammar ha eseguito uno studio per valutare l'efficacia dell'aggiunta di 0,75 μ g/Kg di dexmedetomidina in 30 ml di bupivacaina allo 0,33% durante il blocco su guida con ultrasuoni del plesso brachiale per via infraclavare in 60 pazienti adulti. Ha rilevato un tempo d'inizio del blocco sensitivo statisticamente più breve (13,2 minuti rispetto a 19,4 minuti) e motorio (15,3 minuti rispetto a 22,2 minuti), una maggiore durata del blocco sensitivo (179,4 minuti rispetto a 122,7 minuti) e motorio (155,5 minuti rispetto a 105,7 minuti), un punteggio del dolore più basso, un'analgesia prolungata (403 minuti rispetto a 233 minuti), e una minore richiesta di morfina per più di 48 ore (4,9 mg rispetto a 13,6 mg) nel gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo.

Sarita ha confrontato la clonidina e la dexmedetomidina come adiuvanti degli AL per il blocco sopraclavare del plesso brachiale. Ha rilevato che rispetto alla clonidina, la dexmedetomidina ha una durata significativamente maggiore dell'analgesia rispetto alla clonidina (456 ± 97 minuti rispetto a 289 ± 62 minuti), del blocco sensitivo ($413,97 \pm 87,13$ minuti rispetto a $227 \pm 48,36$ minuti) e del blocco motorio ($472,24 \pm 90,06$ minuti rispetto a $292,67 \pm 59,13$ minuti) senza alcun effetto collaterale. Inoltre il numero di pazienti che ha raggiunto un'eccellente qualità del blocco è stato più alto nel gruppo di dexmedetomidina (80%) se confrontato con il gruppo con la clonidina (40%).

Ketamina

I recettori N-metil D-aspartato (NMDA) giocano un ruolo importante nella plasticità neuronale che determina la sensibilizzazione centrale e l'intensità del dolore postoperatorio percepito. La ketamina è un antagonista dei recettori NMDA con proprietà analgesiche che modulano la sensibilizzazione centrale e la stimolazione nocicettiva. Kulkarni ha rilevato che la ketamina è un adiuvante sicuro ed efficace per il blocco del ganglio stellato associata alla soluzione di anestetico locale per l'analgesia e per l'ischemia nei pazienti affetti da vasculopatie periferiche degli arti superiori.

In numerosi studi controllati e randomizzati è stata studiata la somministrazione endovenosa di ketamina (bolo iniziale di 0,5 mg/Kg seguita da un'infusione continua di 3 μ g/Kg/min durante l'intervento e 1,5 μ g/Kg/min per le successive 24 ore) in associazione con un blocco nervoso periferico dopo artroprotesi di ginocchio e artroscopia. Gli autori hanno rilevato che il gruppo trattato con ketamina richiedeva una quantità di morfina significativamente inferiore rispetto al gruppo di controllo. In una serie di casi di Sindrome Dolorosa Regionale Complessa (CRPS) di tipo II con sensibilizzazione centrale debilitante, Sunder ha rilevato

un'intensa riduzione del dolore quando sono stati aggiunti 0,5 mg/Kg di ketamina come adiuvante del blocco simpatico.

Midazolam

Il midazolam è un analgesico centrale che agisce sui recettori GABA-A. In seguito è stata confermata l'azione periferica del midazolam sugli stessi recettori degli assoni dei tronchi nervosi periferici dei mammiferi. Un effetto vantaggioso è stato rilevato nel blocco del plesso brachiale. In uno studio in doppio cieco randomizzato eseguito su 40 pazienti adulti ASA I e II sottoposti a chirurgia degli arti superiori con blocco sopraclavare, Jarbo ha rilevato che l'aggiunta di 50 μ g/Kg di midazolam alla bupivacaina allo 0,5% determina un inizio più rapido e una maggiore durata del blocco sensitivo e motorio. Il punteggio del dolore e la richiesta di analgesici supplementari è stata significativamente minore nel gruppo con midazolam. Il punteggio emodinamico e della sedazione non è stato diverso tra i gruppi di studio e di controllo.

In un altro studio controllato e randomizzato Shaikh ha usato una dose simile nel blocco del plesso brachiale per via sopraclavare. I pazienti sono stati valutati per la sedazione, la depressione respiratoria, la frequenza del polso, la pressione del sangue, la durata del blocco motorio, la durata dell'analgesia e le complicanze.

Gautam ha osservato una modesta depressione respiratoria e sedazione nel gruppo midazolam che non ha richiesto la necessità di intervenire; è stato osservato un inizio più rapido del blocco sensitivo ($6 \pm 3,1$ minuti rispetto a $12 \pm 4,2$ minuti) e del blocco motorio ($5 \pm 4,2$ minuti rispetto a $11 \pm 2,3$ minuti) come anche una maggiore durata del blocco sensitivo ($18 \pm 2,4$ ore rispetto a $3 \pm 3,2$ ore) e del blocco motorio ($14 \pm 3,5$ h rispetto a $4 \pm 3,1$ h) quando è stata aggiunta il midazolam alla miscela di AL per il blocco del plesso brachiale.

In alcuni studi sugli animali è stata valutata la possibilità che il midazolam determini neurotossicità quando è utilizzato nei blocchi centrali. Sono necessari studi di potenza adeguata randomizzati e controllati per valutare la sicurezza del midazolam prima di un suo uso routinario come adiuvante nei blocchi nervosi periferici.

Magnesio

Il solfato di magnesio ($MgSO_4$) è un antagonista dei recettori NMDA nel sistema nervoso centrale e periferico. Il complesso dei canali dei recettori NMDA contiene siti di legami con antagonisti non competitivi come la ketamina e il magnesio (Mg). L'attivazione delle fibre C determina un'eccitazione neurologica che si riduce con la somministrazione di antagonisti dei recettori NMDA; la ketamina e il Mg sono usati come adiuvanti nei blocchi nervosi periferici. Si è visto che la somministrazione endovenosa di Mg possiede proprietà analgesiche nel perioperatorio.

Apan ha infuso una soluzione di $MgSO_4$ nel postoperatorio con lo scopo di valutare gli effetti sulla durata del blocco, sulla sedazione e sul consumo di analgesici in 50 pazienti ASA I e II sottoposti ad anestesia spinale durante l'intervento.

Ai pazienti sono stati somministrati 5 mg/Kg di $MgSO_4$ in bolo seguiti dall'infusione di 500 mg/h nel gruppo di studio e lo stesso volume di soluzione salina nel gruppo di controllo per 24 ore. Il momento della richiesta di analgesici supplementari è stato ritardato e il consumo totale di analgesici ridotto nel gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo (consumo di meperidina $60 \pm 73,1$ mg nel gruppo di controllo e $31,8 \pm 30,7$ mg nel gruppo con magnesio).

L'aggiunta di Mg alla levobupivacaina durante il blocco del nervo femorale per la ricostruzione artroscopica dei legamenti è stata studiata da Ekmekci. I pazienti del gruppo LM hanno ricevuto 19 ml di levobupivacaina allo 0,25% e 1 ml di $MgSO_4$ al 15%, mentre il gruppo L ha ricevuto 20 ml di levobupivacaina allo 0,25%. Gli autori hanno rilevato una prolungata durata d'azione del blocco sensitivo e motorio come anche un miglioramento della qualità dell'analgesia postoperatoria nel gruppo di studio senza un incremento degli effetti collaterali. La richiesta di analgesici supplementari e il consumo totale di oppioidi è stata significativamente più bassa nel gruppo LM.

Risultati simili sono stati osservati con il blocco del plesso brachiale (BPB). Lee ha valutato l'effetto

dell'aggiunta di $MgSO_4$ agli anestetici locali a lunga durata d'azione per conoscere gli effetti sulla qualità e sulla durata dell'analgesia. Ha preso in considerazione 66 pazienti sottoposti a riparazione artroscopica della cuffia dei rotatori. Il blocco interscalenico è stato eseguito con 20 ml di bupivacaina allo 0,5% con adrenalina (1:200.000) con l'aggiunta di 2 ml di $MgSO_4$ al 10% (gruppo M) o 2 ml di soluzione salina (gruppo S). La durata dell'analgesia è stata significativamente più lunga nel gruppo M rispetto al gruppo S (664 ± 188 minuti rispetto a 553 ± 155 minuti). I pazienti del gruppo M hanno avuto un punteggio del dolore significativamente più bassa 12 ore dopo l'intervento.

Adenosina

L'Adenosina gioca un ruolo importante nella mediazione centrale e periferica del dolore. Sono stati evidenziati diversi recettori (A1, A2 and A3) nel sistema nervoso centrale (SNC) e periferico (PNS). I recettori A1 hanno un effetto analgesico centrale mentre i recettori A2 e A3 mediano la trasmissione periferica del dolore e rappresentano un bersaglio per il trattamento del dolore senza oppioidi.

Negli studi clinici è stata studiata la potenzialità dell'adenosina come analgesico non oppioide nei pazienti anestetizzati.

Gli studi sull'uomo hanno evidenziato un effetto analgesico dell'adenosina endovena. Fukunaga ha confrontato l'effetto analgesico perioperatorio dell'infusione di adenosina con remifentanil nei pazienti sottoposti a chirurgia maggiore.

I risultati postoperatori sono stati statisticamente significativi. L'iniziale punteggio del dolore è stato ridotto del 60% nel gruppo con adenosina rispetto al gruppo con remifentanil e l'intensità del dolore è rimasta bassa nelle prime 48 ore del postoperatorio.

La richiesta di morfina durante le prime 48 ore è stata molto più bassa nel gruppo con adenosina. I pazienti sono stati significativamente meno sedati in tutti i controlli nel gruppo con adenosina.

La $pACO_2$ di fine espirazione e la $pACO_2$ arteriosa è stata significativamente più alta nel gruppo trattato con remifentanil nel momento del ricovero nella PACU. Non sono stati osservati effetti collaterali in nessun momento con l'adenosina. Rispetto al remifentanil l'adenosina riduce in modo significativo la richiesta di oppioidi e minimizza gli effetti secondari compresa la sedazione protratta, l'instabilità cardiorespiratoria, la nausea e il vomito nella fase di risveglio.

È stato studiato il ruolo dell'adenosina nei blocchi continui su guida ultrasonica del plesso brachiale per via infraclavare in 60 pazienti ASA I e II. Il gruppo I ha ricevuto bupivacaina allo 0,325 e il gruppo II bupivacaina allo 0,325 più 12 mg di adenosina.

L'infusione di anestetico locale alle stesse concentrazioni è stata mantenuta durante la procedura a 10 ml/h. Si è rilevata una significativa riduzione del tempo medio di induzione del blocco sensitivo (16 rispetto a 20 minuti), un punteggio del dolore con la scala VAS inferiore nelle 48 ore (1,7 rispetto a 2,7), una dose totale di petidina minore nelle prime 48 ore dopo l'intervento (25,5 rispetto a 56,6 mg) e un tempo medio più lungo nella richiesta supplementare di analgesici (299 rispetto a 255) nel gruppo di studio.

Non si è evidenziato nessun deficit sensitivo o motorio. Gli eventi avversi più comuni associati con l'uso di adenosina sono stati rossore, dolore toracico, dispnea, cefalea, disturbi gastrointestinali, e stordimento. Questi effetti sono stati in genere transitori e ben tollerati.

Neostigmina

L'acetilcolina (Ach) è uno dei diversi neurotrasmettitori che modulano il processo del dolore a livello del midollo spinale.

Si libera in risposta a stimoli fisiologici e farmacologici soprattutto con il dolore. L'attivazione dei recettori oppioidi nel tronco cerebrale e dei recettori α -2 adrenergici nel midollo spinale può determinare la liberazione di acetilcolina. La neostigmina aumenta l'analgesia con l'inibizione della degradazione dell'acetilcolina a livello dei neurotrasmettitori endogeni.

Turanha ha eseguito uno studio per valutare l'effetto della neostigmina aggiunta alla prilocaina nell'anestesia endovenosa regionale (IVRA). Sono

stati randomizzati 30 pazienti sottoposti a chirurgia della mano assegnati a 2 gruppi. Il gruppo di controllo ha ricevuto 3 mg/Kg di prilocaina diluita in una dose totale di 40 ml; il gruppo di studio in aggiunta alla prilocaina ha ricevuto 0,5 mg di neostigmina. Ha osservato un accorciamento del tempo di comparsa del blocco sensitivo e motorio, un miglioramento della qualità dell'analgesia e un prolungamento del tempo della prima richiesta di analgesici nel gruppo con neostigmina. Bouderkha ha aggiunto 500 μ g di neostigmina alla bupivacaina nel blocco del plesso ascellare per valutare se si poteva ottenere un prolungamento dell'analgesia postoperatoria. Sono stati randomizzati 90 pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica o plastica e assegnati a uno dei tre gruppi: il gruppo 1 ha ricevuto 1 ml di soluzione salina, il gruppo 2 500 μ g di neo-stigmina (1 ml) nel plesso ascellare e il gruppo 3 ha ricevuto 500 μ g di neostigmina per via sottocutanea. Il punteggio VAS è stato più basso nel gruppo 2 (21 ± 18) e nel gruppo 3 (31 ± 14) rispetto al gruppo di controllo (45 ± 2). Il consumo al bisogno di analgesici è stato inferiore nei gruppi 2 e 3 rispetto al gruppo 1. Tuttavia l'incidenza di nausea e vomito è stata significativamente più alta nei gruppi con neostigmina (3,5% nel gruppo 2 and 6,8% nel gruppo 3) rispetto al gruppo di controllo.

Steroidi

I corticosteroidi hanno una lunga tradizione di uso sicuro nello spazio epidurale nel trattamento del dolore cronico radicolare. Il desametasone è stato studiato in modo specifico come un adiuvante degli AL. Esso aumenta l'attività dei canali inibitori del potassio nelle fibre C nocicettive attraverso i recettori glicocorticoidi producendo analgesia. Gli steroidi peraltro inducono un certo grado di vasocostrizione e riducono l'assorbimento dell'AL.

Desametasone

Il Desametasone alla dose di 8 mg prolunga in modo significativo la durata del blocco sensitivo e motorio e migliora la qualità dell'analgesia dopo blocco del plesso brachiale.

Rasmussen ha rivalutato le cartelle cliniche di 1.040 pazienti per verificare se l'aggiunta di desametasone alla ropivacaina prolungasse la durata del blocco nervoso negli arti superiori e inferiori.

Ha visto che il desametasone aumenta la durata media del blocco del 37%. Inoltre ha determinato una riduzione del punteggio nelle scale del dolore nel giorno dell'intervento e nel primo giorno postoperatorio.

Vieira ha eseguito uno studio prospettico, randomizzato e controllato in 88 pazienti sottoposti a chirurgia della spalla. Ai pazienti sono stati somministrati 20 ml di bupivacaina allo 0,5% con adrenalina 1:200.000 e 75 μ g di clonidina. I pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato per ricevere 8 mg di desametasone (gruppo di studio) e soluzione salina (gruppo di controllo) in aggiunta alla soluzione. Ha rilevato un prolungamento medio del blocco sensitivo (1457 minuti rispetto a 833 minuti) e motorio (1374 minuti rispetto a 827 min) nel gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo. Dopo 24 ore il gruppo di studio presentava un punteggio VAS inferiore rispetto al gruppo di controllo (3 rispetto a 6). La richiesta di oppioidi inoltre è stata inferiore nel gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo nelle prime 24 ore.

Conclusioni

La letteratura evidenzia che l'aggiunta di dosi singole di adiuvanti in dosi equivalenti inferiori a quelle somministrate per via sistemica possono modificare il tempo d'inizio, prolungare l'anestesia sensitiva e motoria e anche l'analgesia nei pazienti sottoposti a blocchi periferici.

I vantaggi di alcuni adiuvanti come la clonidina sono stati dimostrati nelle metanalisi. I vantaggi di altri come la ketamina e il solfato di magnesio sono più rilevanti quando si somministrano basse dosi per via endovenosa in associazione al blocco.

Inoltre alcuni farmaci come il midazolam, la ketamina e la dexmedetomidina sono usati "off label" o in assenza di studi clinici a supporto del loro uso come adiuvanti degli anestetici locali. È giustificato utilizzarli come adiuvanti? Abbiamo bisogno di nuovi studi randomizzati e controllati prima che si possa decidere con chiarezza.

Si devono usare gli adiuvanti degli anestetici locali in anestesia regionale?

II^a parte - Opinione contraria

Trends in Anaesthesia and Critical Care 2014, 1-6

RIASSUNTO

Molti dei farmaci usati come adiuvanti per il blocco dei nervi periferici possono non potenziare l'effetto degli anestetici locali per produrre un effetto clinicamente significativo.

Talvolta gli effetti secondari causati dall'assorbimento sistemico di questi farmaci superano i vantaggi. Per alcuni farmaci già in uso come adiuvanti si è in seguito dimostrato di avere un effetto potenzialmente neurotossico sugli animali, mentre non sono disponibili dati sull'uomo. Di seguito prendiamo in esame la letteratura disponibile sui farmaci come oppioidi, clonidina, dexmedetomidina, ketamina, midazolam, magnesio, adenosina, neostigmina e adrenalina, utilizzati comunemente come adiuvanti degli anestetici locali.

INTRODUZIONE

Gli adiuvanti sono di solito aggiunti agli anestetici locali (AL) in modo da migliorare la qualità e prolungare la durata dei blocchi periferici senza produrre effetti collaterali indesiderati comunemente associati all'uso sistemico di questi farmaci come ipotensione, bradicardia, depressione respiratoria, sedazione, allucinazioni, nausea, vomito, prurito, o ritenzione urinaria.

Molti adiuvanti degli AL agiscono sui recettori periferici per potenziare i blocchi nervosi periferici. Tuttavia l'inevitabile assorbimento di questi farmaci nella circolazione sistemica determina effetti collaterali indesiderabili.

Pertanto se i vantaggi nell'uso di questi adiuvanti sono maggiori degli effetti secondari allora dovrebbe essere conveniente usarli. Sebbene in letteratura si sostenga l'uso dei vari adiuvanti, sono anche disponibili dati sufficienti per dimostrare che non esiste nessun vantaggio reale con l'uso di questi farmaci.

Per molti farmaci come la clonidina, la dexmedetomidina, e il desametasone sono state eseguite metanalisi per valutare la loro efficacia quando sono utilizzati come adiuvanti per i blocchi nervosi periferici. Mentre per altri come la ketamina, il midazolam e il magnesio sono stati utilizzati prima di escludere la loro potenziale neurotossicità.

Oppioidi

La chirurgia e l'infiammazione determinano una soprarregolazione dei recettori oppioidi a livello delle terminazioni nervose periferiche e una maggiore sensibilità degli oppioidi in queste sedi. L'azione periferica degli oppioidi contribuisce all'efficacia intraarticolare della morfina come adiuvante degli AL per l'artroscopia del ginocchio. Questo può essere la base di riferimento per i vantaggi osservati con l'infiltrazione di grandi volumi diluite di AL premiscelata con ketorolac, adrenalina e morfina durante artroprotesi articolare. Diversi studi controllati e randomizzati hanno rilevato risultati favorevoli in termini di miglioramento dell'analgia postoperatoria, della qualità del blocco sensitivo e allungamento dei tempi per la prima richiesta di analgesici, quando sono stati aggiunti oppioidi (morfina, buprenorfina, fentanyl e tramadolo) agli AL per il blocco dei nervi periferici.

Tuttavia altri studi controllati e randomizzati utilizzando come adiuvanti fentanyl e tramadolo non sono stati in grado di determinare alcun vantaggio in termini d'inizio dell'anestesia e prolungamento dell'analgia postoperatoria.

Fentanyl

In uno studio di Sarkar l'uso di 50 µg di fentanyl come adiuvante del blocco del plesso brachiale (BPB) sopraclaveare ha determinato un ritardo minimo nel tempo d'inizio del blocco ([sensitivo (4,4 minuti rispetto a 2,88 min) e motorio (3,04 minuti rispetto a 2,56 min)]. L'autore peraltro ha rilevato che non si hanno vantaggi significativi in termini di

prolungamento del blocco sensitivo (225,12 ± 34,06 minuti rispetto a 217,28 ± 48,56 minuti) e motorio (294,16 ± 55,69 minuti rispetto a 287,76 ± 44,62 minuti) o della durata dell'analgia (493,28 ± 152,45 minuti rispetto a 448,32 ± 147,69 minuti) nel gruppo con fentanyl confrontato con il gruppo di controllo.

Nello stesso studio l'uso di 0,3 mg di buprenorfina ha prolungato la durata dell'analgia per più di 1,5 volte rispetto al gruppo di controllo.

Tuttavia con l'uso della buprenorfina si è manifestata un'incidenza minima di vomito (5,3%). Non si sono avute compromissioni respiratorie e emodinamiche con entrambi gli oppioidi.

Nishikawa analogamente riferisce un significativo ritardo nell'inizio dell'analgia quando sono stati aggiunti alla lidocaina 100 µg di fentanyl per il blocco ascellare del plesso brachiale. Gli autori ritengono che l'aggiunta di fentanyl alla soluzione di anestetico locale riduce il pH della lidocaina da 6,2 a 5,2 con conseguente ritardo del blocco. L'aggiunta di fentanyl tuttavia prolunga in modo significativo la durata del blocco sensitivo e dell'analgia. In altre parole in uno studio prospettico randomizzato e controllato, Fanelli ha studiato l'effetto dell'aggiunta di 1 µg/ml di fentanyl a 20 ml di ropivacaina allo 0,75% per il blocco ascellare del plesso brachiale in pazienti con indice di rischio ASA I e II programmati per la chirurgia ortopedica della mano ed ha rilevato che il tempo della prima richiesta di analgesici nel postoperatorio, il valore della VAS alla prima richiesta di analgesici e il consumo al bisogno di analgesici nel postoperatorio è stato simile tra i due gruppi. Risultati analoghi sono stati riferiti in altri studi.

Tramadolo

Kaabachi ha studiato pazienti programmati per la chirurgia della mano in anestesia con blocco del plesso brachiale per via ascellare con lidocaina all'1,5% da sola o associata a due diverse dosi di tramadolo (100 e 200 mg). Ha rilevato che la dose più alta di tramadolo prolunga significativamente la durata del blocco (265 ± 119 minuti rispetto a 126 ± 48 minuti) come anche il tempo della prima richiesta di analgesici (734 ± 434 minuti rispetto a 375 ± 316 min); tuttavia questo si è avuto un ritardo dell'inizio del blocco (16 ± 7 minuti rispetto a 9 ± 3 minuti).

In un altro studio controllato e randomizzato, 60 pazienti sono stati sottoposti ad artroprotesi d'anca e di ginocchio con il blocco del compartimento dello psoas con 1,5 mg di tramadolo aggiunto alla soluzione di anestetico locale e successivamente sottoposti ad anestesia spinale.

L'autore non ha rilevato un significativamente importante effetto anestetico e analgesico del tramadolo. Il tempo della prima richiesta di morfina nel gruppo con tramadolo è stato di 14,5 ± 8 h rispetto a 11,2 ± 6,6 h nel gruppo di controllo. La dose cumulativa di morfina nelle 24 ore in mg è stata anche simile tra i due gruppi 19,8 ± 6,7 rispetto a 21,9 ± 10,1.

Altri studi controllati e randomizzati hanno peraltro evidenziato che l'aggiunta del tramadolo come adiuvante degli anestetici locali a lunga durata d'azione nel blocco del plesso brachiale non apportano importanti vantaggi. Inoltre si è visto che l'aggiunta del tramadolo nella soluzione dell'anestesia endovenosa retrograda (IVRA) provoca un rush cutaneo distale al manicotto per l'ischemia (dovuta alla possibile liberazione di istamina) come anche dolore e bruciore nel punto d'iniezione.

Pertanto, la letteratura disponibile suggerisce che l'uso di oppioidi diversi dalla buprenorfina può determinare un ritardo nella comparsa di analgesia, del blocco sensitivo e motorio senza peraltro un miglioramento significativo nella qualità del blocco, dell'analgia perioperatoria e delle richieste di analgesia supplementare. Questi risultati contrastanti

rispetto agli studi che dimostrano un vantaggio con l'uso degli oppioidi che possa essere spiegata dalle differenze nella tecnica di blocco, modalità di studio e differenze nei farmaci e nelle concentrazioni degli AL usati.

α-2 agonisti

L'uso di α2 agonisti come adiuvanti dei blocchi nervosi periferici ha dimostrato di accelerare l'insorgenza e prolungare la durata dell'analgia e dell'anestesia prodotta dal blocco come descritto in numerosi studi controllati e randomizzati e metanalisi. È stata inoltre osservata una riduzione significativa della dose totale di AL richiesta per il blocco del nervo e di oppioidi come analgesici.

Clonidina

Popping ha condotto una metanalisi su 20 studi controllati e randomizzati in cui la clonidina è stata usata come adiuvante dei blocchi nervosi periferici negli adulti sottoposti a tutti i diversi tipi di chirurgia, eccetto la chirurgia oftalmica senza anestesia generale.

L'analisi statistica evidenzia una durata dell'analgia prolungata (aumentata di 122 minuti) e del blocco sensitivo (aumentato di 74 minuti) nel gruppo con la clonidina, indipendentemente dal fatto che la clonidina sia stata aggiunta al blocco o a una durata d'azione intermedia o lunga. Inoltre l'aggiunta di clonidina ha aumentato la durata del blocco motorio (aumentato di 141 minuti) nel gruppo di studio. Anche se il prolungamento del blocco motorio può essere utile in alcuni interventi chirurgici di lunga durata, può essere invalidante nell'ambito della day surgery in cui è desiderabile una mobilitazione precoce. Abituati effetti collaterali noti con l'uso della clonidina sono la bradicardia, l'ipotensione, gli svenimenti, la sedazione e la secchezza delle fauci.

In un'altra metanalisi, Cartney ha analizzato 27 studi controllati e randomizzati in cui 30-300 µg di clonidina erano stati usati come adiuvanti per i blocchi nervosi periferici. 50 studi hanno rilevato l'utilità della clonidina come adiuvante, mentre 12 non hanno rilevato alcun vantaggio.

L'aumento relativo della durata dell'analgia postoperatoria dovuto alla clonidina è stato largamente dipendente dal tipo di AL usato.

Con gli AL a durata d'azione intermedia la durata media dell'analgia postoperatoria è stata di 200 minuti e l'aggiunta della clonidina prolunga la durata di 112 minuti, vale a dire un aumento del 56%. Con gli AL a lunga durata d'azione la durata media dell'analgia postoperatoria è stata di 850 minuti e aggiungendo la clonidina la durata è aumentata di 152 minuti vale a dire un incremento del solo 18%. Il prolungamento di 2 ore di un blocco della durata di 12 ore può essere statisticamente significativo ma clinicamente irrilevante.

In considerazione di un possibile errore del farmaco utilizzato e degli effetti secondari della clonidina i rischi di usare la clonidina come adiuvante degli anestetici locali a lunga durata d'azione sono maggiori dei benefici. La conclusione di queste due metanalisi è che la clonidina prolunga la durata dell'analgia postoperatoria se associata agli AL; tuttavia la rilevanza clinica di aggiungere la clonidina agli AL a durata d'azione intermedia è maggiore in quanto il guadagno relativo in durata è maggiore.

In uno studio sul dosaggio per valutare la dose minima efficace di clonidina necessaria per prolungare la durata dell'analgia, Singelyn ha trovato che 0,5 µg/kg di clonidina aggiunti a 40 ml di mepivacaina all'1% per il blocco del plesso brachiale per via ascellare prolungano in modo significativo l'analgia senza dare sedazione, ipotensione o bradicardia. Bernard e Macaire hanno confrontato diverse dosi di clonidina e hanno concluso che la dose con il massimo vantaggio clinico e minimi effetti secondari varia tra 30 e 90 µg.

Il solo effetto secondario osservato a queste dosi è stato la sedazione. Instabilità emodinamica, desa-

turazione arteriosa e bradicardia importante si sono manifestate nel gruppo che ha ricevuto 300 µg o più di clonidina.

In un altro studio randomizzato e controllato, Kohli ha confrontato 2 dosi di clonidina (1 e 2 µg/kg rispettivamente) aggiunti alla bupivacaina allo 0,5% per il blocco del plesso brachiale in 60 pazienti adulti sottoposti a chirurgia degli arti superiori.

La dose più alta di clonidina (2 µg/kg) ha anticipato l'inizio del blocco e ha aumentato la durata del blocco sensitivo e motorio, tuttavia l'incidenza di effetti collaterali come ipotensione, bradicardia e sedazione è stata più alta in questo gruppo. Anche se la sedazione ha assicurato il comfort del paziente, questa può non essere desiderabile nella popolazione anziana, nei pazienti obesi e nei soggetti con compromissione cardiovascolare.

Pertanto per un'iniezione singola l'esecuzione del blocco del plesso brachiale con un anestetico a durata d'azione intermedia la dose minima di clonidina necessaria per prolungare la durata dell'analgia e dell'anestesia è compresa tra 0,5 e 1 µg/kg di peso corporeo.

Alcuni studi randomizzati e controllati eseguiti sui bambini non sono stati in grado di evidenziare alcun vantaggio dell'aggiunta di clonidina come adiuvante degli AL. Trifa ha studiato l'effetto dell'aggiunta della clonidina alla ropivacaina per il blocco del plesso brachiale per via ascellare. A bambini d'età tra 1 a 6 anni programmati per un intervento di chirurgia dell'avambraccio e della mano è stata somministrata ropivacaina allo 0,2% mescolata o con soluzione salina (gruppo RS) o con 1 µg/kg di clonidina (gruppo RC). Il punteggio del dolore è stato sovrapponibile nelle prime 24 ore in entrambi i gruppi. 10 bambini nel gruppo RS e 6 bambini nel gruppo RC hanno richiesto un'analgia ulteriore dopo 288 ± 94 minuti nel gruppo RS e 437 ± 204 min nel gruppo RC. Non c'è stata una differenza statisticamente significativa nella durata del blocco motorio tra i 2 gruppi (186 ± 71 minuti e 154 ± 56 minuti nel gruppo RS and RC, rispettivamente).

Gli autori hanno concluso che l'aggiunta di clonidina alla ropivacaina non migliora le caratteristiche del blocco, tuttavia il tempo della prima richiesta di analgesici è stato significativamente prolungato nel gruppo con la clonidina.

In un altro studio controllato e randomizzato a 98 bambini sottoposti a chirurgia dell'ernia o a orchidopessia è stato eseguito il blocco del nervo ileoinguinale ileo-pogastrico con l'aggiunta o meno di 1 µg/kg di clonidina all'anestetico locale.

Non ci sono state differenze significative nel numero di bambini che hanno richiesto un'analgia durante le prime 6 ore postoperatorie (20,4% nel gruppo della clonidina e 30,6% nel gruppo di controllo). Anche dopo le dimissioni, 10 pazienti nel gruppo della clonidina e 9 pazienti nel gruppo di controllo hanno fatto uso di analgesici a casa.

Dexmedetomidina

In una metanalisi recente Abdallah e Brull hanno studiato l'uso della dexmedetomidina come adiuvante per i blocchi dei nervi centrali e periferici. In accordo con la metanalisi l'uso perineurale di dexmedetomidina per il blocco del plesso brachiale prolunga la durata media del blocco sensitivo di 294 minuti, ma questa differenza non è stata statisticamente significativa. La durata del blocco motorio e il tempo della prima richiesta di analgesici sono stati prolungati. La dexmedetomidina produce una bradicardia reversibile nel 7% dei pazienti ma non determina un'ipotensione significativa. Nessun paziente ha manifestato depressione respiratoria.

L'autore ha concluso che la dexmedetomidina è un possibile adiuvante degli AL; la sua efficacia sembra paragonabile a quella della buprenorfina e del betametasone e supera quella della clonidina, magnesio e midazolam.

Diversamente dalla clonidina la dexmedetomi-

dina sembra prolungare la durata del blocco con gli AL a durata intermedia e lunga. Tuttavia sono necessari altri studi prima di una conclusione definitiva sull'uso della dexmedetomidina come adiuvante dei blocchi nervosi periferici soprattutto per la transitoria bradicardia reversibile e per il blocco motorio prolungato.

Ketamina

I complessi canali recettoriali dell'N-Methyl D-Aspartate (NMDA) contengono siti di legami per agonisti non competitivi come la ketamina e il magnesio.

La ketamina come adiuvante nei blocchi nervosi periferici è stata valutata in numerosi studi controllati e randomizzati evidenziando un miglioramento della qualità dell'anestesia e un prolungamento dell'analgesia, ma il suo uso come adiuvante non si è diffuso per i suoi effetti collaterali. Studi sugli animali hanno evidenziato che la ketamina può accelerare la morte cellulare programmata (apoptosi) se somministrata in dosi alte e per periodi prolungati.

Si riteneva inizialmente che la neurotossicità fosse dovuta ai conservanti come il clorbutanolo e il cloruro di benzatonio, ma studi recenti sugli animali hanno dimostrato che anche la ketamina S senza conservanti alla dose di 0,5 mg/Kg produce neurotossicità sotto forma di gliosi, edema assonale, infiltrazione linfocitaria e ispessimento fibrotico della dura madre. La preoccupazione per un'analogia tossicità sull'uomo ha stimolato gli studi in corso.

In uno studio 60 pazienti adulti programmati per la chirurgia dell'avambraccio e della mano sottoposti a blocco del plesso brachiale per via interscalenica sono stati randomizzati in tre gruppi. I pazienti del gruppo P hanno ricevuto 30 ml di ropivacaina allo 0,5%, i pazienti del gruppo K hanno ricevuto 30 mg di ketamina premescolata con la stessa soluzione di AL e i pazienti del gruppo C hanno ricevuto 30 mg di ketamina per via endovenosa.

L'inizio del blocco sensitivo e motorio come anche la durata del blocco è stata simile nei 3 gruppi. Allucinazioni e sedazione si sono avute nel 44% dei pazienti nel gruppo K e nel 94% del gruppo C. Gli autori hanno concluso che la ketamina non migliora l'inizio e la durata del blocco mentre il suo uso determina un'alta incidenza di effetti secondari. Pertanto allo stato attuale la letteratura non supporta l'uso della ketamina come adiuvante nei blocchi nervosi periferici.

Midazolam

L'uso del midazolam come adiuvante degli AL per i blocchi nervosi periferici non ha avuto successo. Questo perché il midazolam aumenta la durata del blocco motorio e la sedazione riducendo la mobilitazione del paziente.

In uno studio prospettico randomizzato e controllato 50 pazienti adulti ASA I e II programmati per diversi interventi chirurgici degli arti superiori sottoposti a blocco del plesso brachiale per via sopraclavare sono stati studiati dopo randomizzazione in 2 gruppi.

I pazienti del gruppo B hanno ricevuto 30 ml di bupivacaina allo 0,5% e 2 ml di soluzione fisiologica e i pazienti del gruppo BM hanno ricevuto 30 ml di bupivacaina allo 0,5% e 0,05 mg/Kg di midazolam senza conservanti.

La durata media del blocco motorio nel gruppo BM è stata significativamente più lunga ($608,96 \pm 157,75$ minuti) rispetto al gruppo di controllo ($450,48 \pm 57,95$ minuti). Inoltre durante l'intervento sono state osservate una modesta depressione respiratoria e sedazione nel gruppo con midazolam che ha richiesto la somministrazione di ossigeno con la maschera facciale.

La possibilità che il midazolam possa causare neurotossicità dose dipendente è stata studiata in alcuni studi animali quando è stato somministrato nei blocchi nervosi centrali.

Demirel ha confrontato 2 dosi di midazolam (rispettivamente 100 µg/kg e 500 µg/kg) negli animali rilevando una neurotossicità dosedipendente che si è aggravata quando la dose è stata ripetuta. Quindi è prudente non utilizzare il midazolam come adiuvanti nei blocchi centrali e periferici fintantoché non sono stati eseguiti ulteriori studi per valutare la possibile neurotossicità del farmaco.

Magnesio

La durata prolungata del blocco sensitivo e motorio il miglioramento della qualità dell'analgesia postoperatoria e una ridotta richiesta di analgesia supplementare sono i vantaggi rilevati quando è stato usato il magnesio (Mg) come adiuvante degli AL per diversi blocchi periferici.

In una metanalisi di 18 studi la somministrazione in un blocco centrale (spinale o epidurale) di Mg ha determinato un allungamento del tempo della prima richiesta di analgesici, ha ridotto la quantità di morfina richiesta e migliorato il punteggio del dolore. 4 studi comprendenti 140 soggetti monitorati per l'insorgenza di complicanze neurologiche come cefalea, mal di schiena o alle gambe, paraplegia, tetraplegia e lesione dei nervi periferici. La sola complicanza osservata è stata una cefalea persistente per 4 giorni in un paziente trattata in modo conservativo. Non ci sono state differenze nell'incidenza dell'ipotensione, bradicardia e sedazione tra i pazienti studiati.

La mancanza di effetti collaterali osservati tuttavia non può essere considerata una prova della sicurezza del MG come adiuvante, per il numero limitato di pazienti studiati. Uno studio animale ha rilevato una tossicità dose dipendente associata a disfunzioni motorie con la somministrazione intratecale nel coniglio di 0,3, 1,2, 3 mg di Mg. Tuttavia la possibile neurotossicità non è stata pienamente valutata nella maggior parte dei test clinici umani. Le disfunzioni sensitive e motorie osservate in questo studio ha sollevato preoccupazioni sulla sicurezza dell'aggiunta del Mg all'AL per i blocchi nervosi periferici.

Adenosina

L'adenosina gioca un ruolo importante nella mediazione centrale e periferica del dolore. È stato rilevato che i recettori A1, A2 e A3 nel sistema nervoso centrale e periferico mediano la trasmissione del dolore periferico e producono un effetto anti nocicettivo centralmente. La possibilità di utilizzare l'adenosina per via endovenosa come analgesico non oppioide è stata valutata in studi clinici.

Fukunaga ha rilevato che l'iniziale scala del dolore e la richiesta supplementare di oppioidi è stata più bassa nel gruppo in cui è stata infusa adenosina rispetto al gruppo con remifentanil. I pazienti peraltro sono stati meno sedati in modo significativo in tutti i momenti di valutazione nel gruppo con adenosina. Habib ha studiato l'efficacia e la sicurezza della somministrazione endovenosa di adenosina per l'analgesia postoperatoria in pazienti sottoposti a chirurgia ginecologica.

I pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato a ricevere una delle 4 dosi di adenosina (25, 50, 100 o 200 µg/kg/minuto) o soluzione fisiologica come placebo. Non ha osservato alcuna differenza tra i gruppi di trattamento e quello di controllo per quanto riguarda la dose cumulativa di anestetici, la richiesta di oppioidi durante l'intervento, il punteggio del dolore, la sedazione, il tempo per le dimissioni, la soddisfazione del paziente per il controllo del dolore e la comparsa di effetti collaterali.

In un altro studio Mahmoud ha rilevato che l'aggiunta di 12 µg di adenosina a 30 ml di bupivacaina allo 0,375% accelera l'insorgenza del blocco (16 minuti rispetto a 20), riduce la VAS (1,7 rispetto a 2,7) e prolunga il tempo della prima richiesta di analgesici (299 minuti rispetto a 255). Anche se i risultati sono statisticamente significativi, il vantaggio clinico non sembra essere importante.

Apan ha studiato gli effetti dell'aggiunta dell'adenosina a una miscela di prilocaína e lidocaína per il BPB. Sono stati studiati 50 pazienti adulti sottoposti a chirurgia degli arti inferiori e inseriti in uno studio randomizzato e controllato in doppio cieco prospettico. È stata somministrata una miscela di 10 ml di prilocaína e 20 ml di lidocaína al 2% con adrenalina (1:200.000) a tutti i pazienti. Inoltre i pazienti del gruppo 1 hanno ricevuto 10 µg di adenosina in 5 ml di soluzione salina aggiunti all'AL. Non ci sono state differenze significative tra i 2 gruppi per l'inizio del blocco sensitivo e del blocco motorio. Il tempo della prima richiesta di analgesico e il consumo di analgesici nelle prime 24 ore è stato simile nei 2 gruppi.

I risultati suggeriscono che l'aggiunta dell'adenosina come adiuvante agli AL può non apportare alcun vantaggio; gli effetti collaterali come l'arrossamento, dolore toracico, dispnea, cefalea e disturbi gastrointestinali possono superare i vantaggi.

Neostigmina

La neostigmina potenzia l'analgesia inibendo la degradazione dell'acetilcolina (Ach) a livello delle pieghe sinaptiche. Un aumento dei livelli di Ach tuttavia determina effetti collaterali come debolezza muscolare, ipertensione, bradicardia, contrazioni vaginali, eiaculazione, ritenzione urinaria, nausea, vomito, salivazione, sedazione e incontinenza intestinale. Questi effetti sono stati osservati con dosi maggiori di 200 µg. Demirel ha confrontato 2 dosi di neostigmina (10 µg/kg and 50 µg/kg) negli animali con blocco nevoso centrale ed ha rilevato una neurotossicità che aumentava con l'aumento o la ripetizione della dose somministrata. Il gruppo con la dose più alta ha presentato un'interruzione nella distribuzione della mielina e vacuoli nei neuroni. L'uso intratecale della neostigmina (50 e 100 µg) nell'uomo ha determinato un'incidenza aumentata di nausea, vomito, bradicardia, ansietà, agitazione e irrequietezza.

Van Elstraete ha valutato l'efficacia analgesica e gli effetti collaterali della neostigmina aggiunta alla lidocaína per il blocco del plesso brachiale per via ascellare. Ha studiato 34 pazienti ASA I o II sottoposti a chirurgia del tunnel carpale. Il blocco è stato eseguito utilizzando uno stimolatore dei nervi periferici per individuare il nervo mediano. A tutti i pazienti sono stati somministrati 450 mg di lidocaína 1,5% ed epinefrina 5 µg/ml. I pazienti sono stati assegnati in modo casuale a uno dei 2 gruppi. Nel gruppo N, i pazienti hanno ricevuto 500 µg di neostigmina e i pazienti del gruppo S hanno ricevuto 1 ml di soluzione fisiologica. La durata di analgesia non differiva significativamente tra i 2 gruppi ($812,5 \pm 456,9$ minuti rispetto a $746,7 \pm 474,1$ minuti). Anche la necessità di analgesia supplementare non era significativamente differente tra i 2 gruppi. Ciò ha dimostrato la mancata efficacia della neostigmina come coadiuvante degli AL nel blocco del plesso brachiale.

Adrenalina

5-10 µg/ml di adrenalina sono stati usati come adiuvante degli AL per più di 100 anni. Si pensa che l'adrenalina determinando una vasocostrizione riduce il flusso del sangue nel tessuto perineurale permettendo all'AL di rimanere più a lungo attorno al nervo e questo determina un prolungamento dell'effetto dell'AL.

Il meccanismo d'azione esatto dell'adrenalina non è noto, tuttavia restano dei dubbi sull'effetto ischemico dell'adrenalina sull'apporto di sangue al tessuto nervoso.

L'associazione di adrenalina alla lidocaína al 2% determina una riduzione del flusso di sangue ai nervi periferici maggiore del 20% del valore basale.

Questo di solito non comporta un'ischemia del tessuto nervoso nei soggetti normali come evidenziata da una vasta esperienza clinica.

Occorre fare attenzione tuttavia quando le soluzioni con adrenalina sono somministrate a pazienti con flusso ematico nervoso compromesso come nei pazienti diabetici, aterosclerotici o dopo chemioterapia.

I vantaggi ottenuti con l'aggiunta di adrenalina non possono essere considerati simili a quelli ottenuti con l'aggiunta di altri adiuvanti come la clonidina agli AL per il blocco del plesso brachiale. Uno studio randomizzato e controllato in doppio cieco è stato condotto per determinare gli effetti dell'aggiunta di 200 µg di epinefrina o 90 µg di clonidina all'AL per il blocco del plesso brachiale. Sessanta pazienti ASA I e II sono stati randomizzati in 2 gruppi. A tutti i pazienti sono stati somministrati 10 ml di lidocaína al 2% e 20 ml di bupivacaina 0,5% come AL.

I pazienti del gruppo 1 hanno ricevuto 200 µg di epinefrina e i pazienti del gruppo 2 hanno ricevuto 90 µg di clonidina come adiuvante. Una comparsa più rapida del blocco sensitivo e motorio e un prolungamento dell'analgesia postoperatoria sono stati osservati nel gruppo clonidina rispetto al gruppo con adrenalina. L'adrenalina

non è riuscita ad accelerare l'insorgenza o prolungare la durata del blocco.

Weber ha studiato l'effetto dell'adrenalina come adiuvante della ropivacaina per il blocco continuo del nervo femorale nella chirurgia di protesi totale d'anca. Dopo l'inserimento di un catetere femorale in tutti i pazienti, 21 pazienti nel gruppo ropivacaina-adrenalina (gruppo RE) hanno ricevuto 20 ml di ropivacaina allo 0,5% con adrenalina (1:200.000), mentre 20 pazienti nel gruppo ropivacaina (gruppo R) hanno ricevuto solamente 20 ml di ropivacaina allo 0,5%.

Successivamente, è stato eseguito in tutti i pazienti un blocco del nervo sciatico con 30 ml di bupivacaina 0,5% e adrenalina (1:200.000), seguiti da anestesia generale. Dopo l'intervento chirurgico, un'infusione controllata dal paziente (PCI) di ropivacaina allo 0,2% con ropivacaina e adrenalina (gruppo RE) e senza adrenalina (gruppo R) è stata iniziata attraverso il catetere femorale. I pazienti sono stati istruiti a utilizzare la PCI quando il punteggio del dolore era > 3 . Il tempo tra l'iniezione femorale iniziale e la prima richiesta della PCI determinava la durata della ropivacaina allo 0,5% con o senza epinefrina, mentre l'intervallo tra la prima e la seconda domanda di PCI ha determinato la durata di azione della ropivacaina allo 0,2% con o senza adrenalina. La durata media della ropivacaina allo 0,5% è stata di 657 ± 345 minuti nel gruppo RE e 718 ± 423 minuti nel gruppo R, la durata media con la ropivacaina allo 0,2% era stata di 409 ± 245 min nel gruppo RE e 419 ± 339 min nel gruppo R. Questo ha indotto l'autore a concludere che l'adrenalina non prolunga la durata dell'analgesia se associata agli AL.

Conclusioni

Trarre conclusioni sull'efficacia degli adiuvanti degli anestetici locali nei blocchi nervosi periferici dai dati della letteratura presenta dei limiti per le diverse metodologie degli studi, delle tecniche di blocco, dell'anestetico locale diverso per tipo, volume e concentrazione e soprattutto per le diverse dosi degli adiuvanti usati e degli effetti collaterali studiati.

Tuttavia, alcune conclusioni si possono trarre: l'uso degli oppioidi come adiuvanti potenziano il blocco sensitivo e motorio prodotto dagli AL, prolunga la durata degli $\alpha 2$ -agonisti come la clonidina e la dexmedetomidina che è noto potenziano l'effetto degli AL nei blocchi del plesso brachiale.

Gli effetti della clonidina sono più pronunciati con gli AL a durata d'azione intermedia. Gli effetti collaterali osservati comunemente con l'uso di questi farmaci (bradicardia, ipotensione, sedazione e bocca secca) sono più importanti con dosi elevate (> 2 µg/Kg) e i vantaggi sembrano essere meno evidenti nel bambino.

La dexmedetomidina presenta potenzialità come adiuvante degli AL. Tuttavia può causare una bradicardia transitoria reversibile e sono necessari ulteriori studi prima di trarre conclusioni sulla sua efficacia e sicurezza.

La ketamina, il midazolam e il magnesio potenzialmente possono agire come AL, tuttavia il possibile rischio di causare neurotossicità chiaramente dimostrato negli studi animali non è stato escluso negli esseri umani.

L'uso di questi farmaci come coadiuvanti può essere associato a effetti collaterali indesiderati, come sedazione, allucinazioni o prolungato blocco motorio. La neostigmina come adiuvante è associata a effetti collaterali sgradevoli che superano i benefici e l'efficacia di questo farmaco, come coadiuvante LA non è stabilito anche con adenosina.

L'adrenalina è stata usata per più di 100 anni come adiuvante degli AL, anche se non è noto l'esatto meccanismo d'azione. Come si evidenzia dai numerosi dati clinici disponibili, la vasocostrizione prodotta dall'adrenalina non è in grado di determinare un danno ischemico ai nervi periferici nei pazienti con vascolarizzazione normale, tuttavia occorre fare attenzione nei pazienti diabetici, con arteriosclerosi ecc. con compromissione del flusso del sangue ai nervi periferici.

Inoltre il vantaggio ottenuto con l'uso dell'adrenalina non può essere paragonato a quello ottenuto con l'uso di altri adiuvanti come la clonidina.

I Medici guardano al futuro

A Rimini la III Conferenza Nazionale della FNOMCeO

Si è svolta a Rimini dal 19 al 21 Maggio, la III Conferenza Nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica, organizzata dalla FNOMCeO. Oltre 600 tra Medici, Esperti, Politici e Giornalisti hanno partecipato alle due tavole rotonde plenarie e ai 24 Workshop. Tra gli ospiti anche il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin (*nella foto con la Presidente FNOMCeO*).

Tanti i temi trattati nella tre giorni che ha avuto al centro del confronto la situazione attuale e soprattutto futura del Medico. Non a caso, alla Convention, è stato dato il Titolo: “*Guardiamo al Futuro: quale medico, quale paziente, quale medicina nel SSN?*”. E proprio a questi interrogativi hanno cercato di rispondere le diverse sessioni che hanno visto non solo i Medici ad affrontare le diverse questioni legate al mondo della sanità: dalla Responsabilità Professionale al rapporto con le altre Professioni Sanitarie, dall’Organizzazione in sanità all’accreditamento scientifico, senza dimenticare il rapporto Medico-Paziente, attraverso un focus sulla Medicina Narrativa, e il ruolo delle nuove tecnologie in sanità.

“*Vogliamo sì guardare al futuro, ma partendo dalle nostre radici* - ha affermato la Presidente della Fnomceo, Roberta Chersevani, nel presentare la Conferenza - *. E le nostre radici sono la Relazione di cura, i principi etici fondanti della professione e il ruolo di mediatore del medico. Mediatore tra la malattia e la salute, tra la sofferenza e il benessere. Ma anche, appunto, tra il passato e il futuro. E mediatore, nel quotidiano, tra i bisogni di Salute dei nostri pazienti, che sempre sono la nostra priorità, e le esigenze dell’economia e i lacci della burocrazia. Sinora il Sistema ha tenuto, ed è stato anche un po’ per merito nostro. Ma, come ho ripetuto tante volte in questi giorni, non possiamo farcela da soli*”. E anche per questo motivo alla Conferenza sono stati invitati, tra gli altri, Rappresentati delle Associazioni di Cittadini ed esponenti del Governo.

“*La professione è sempre più ingabbiata da norme nazionali o regionali* - ha affermato Tonino Aceti, Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva - *che dicono già al medico quello che deve fare. Ecco perché a nostro avviso, scienza e coscienza diventano quasi eccezione e non la prassi come dovrebbe essere, e all’interno di una medicina sempre più amministrata e pre-confenzionata dagli apparati amministrativi. Invece bisognerebbe puntarci, guardando e attendendosi sempre alle evidenze scientifiche, proprio al fine di riaffermare il senso profondo della professione. Fatto che automaticamente comporterebbe anche un miglioramento dell’assistenza ai cittadini e dell’esigibilità del diritto alla salute*”.

Un quadro del cambiamento della professione medica e del ruolo svolto è stato disegnato da Ivan Cavicchi - esperto in materie sanitarie - in un intervento sulla Questione Medica pubblicato anche sul sito dedicato alla Conferenza: <https://noiconvoirimini2016.org/2016/05/18/la-questione-medica-le-riflessioni-di-ivan-cavicchi/#more-59>.

Il sostegno alla categoria è arrivato anche dal Ministro Lorenzin che nel suo intervento ha parlato di contratti e sblocco del turnover: “*Una parte dell’aumento del Fondo Sanitario* - ha detto il Ministro - *deve andare a finanziare lo sblocco del turnover, le nuove convenzioni e i contratti, la stabilizzazione dei precari e l’accesso alla professione. Senza false promesse. Dobbiamo tornare alla normalità cosa che in sanità non è successo, perché la crisi non può essere strutturale*”.

Alla Conferenza di Rimini ha partecipato il Presidente Nazionale AAROI-EMAC, Alessandro Vergallo, intervenuto nella Sessione sulla Organizzazione dell’Ospedale con la relazione: “L’autonomia professionale e le linee guida”.

Il Presidente, tra gli altri temi trattati, ha approfondito lo scenario che potrebbe aprirsi qualora si considerassero le Linee Guida delle Società Scientifiche come modus operandi univoco a cui attenersi per non incorrere in un procedimento giudiziario in caso di incidente in ambito professionale. Nel rivendicare la piena autonomia del medico, Vergallo ha sottolineato la necessità di definire chi fa cosa: “**Le competenze mediche gestionali non possono assolutamente essere disgiunte da quelle professionali. Alle Società Scientifiche spettano la crescita culturale dei professionisti e le indicazioni scientifiche realmente praticabili nelle realtà sanitarie, che altrimenti diverrebbero trappole medico-legali** - ha affermato il Presidente -, **ai Sindacati spetta il ruolo di definire con le Istituzioni i LEO, Livelli Essenziali Organizzativi dell’Azienda. Per garantire i LEA ai cittadini è, infatti, necessario garantire le strutture e le dotazioni di uomini e mezzi per poter soddisfare i bisogni di salute. No alle Società Scientifiche che vogliono sostituirsi ai Sindacati. In guardia da quelle ‘miste’ medico-infermieristiche che pretendono di definire ‘multidisciplinari’ relazioni che sono invece interprofessionali: le competenze mediche restano esclusive dei medici e specifiche per ogni disciplina**”.

A conclusione della Conferenza, la FNOMCeO ha lanciato la proposta di essere interlocutore del Ministero della Salute per l’accreditamento del Società Scientifiche e per porsi di fatto come una vera e propria authority forte della deontologia e del ruolo istituzionale di garante che la legge dà agli Ordini.

AAROI-EMAC lascia APM

La decisione del 18 Maggio

Con decisione irrevocabile del 18 Maggio, l’AAROI-EMAC ha comunicato al portavoce di Alleanza per la Professione Medica, Riccardo Cassi, il recesso immediato da APM, l’Associazione fra Organizzazioni Sindacali e Società Scientifiche mediche nata nel 2014, di cui l’AAROI-EMAC era stata co-fondatrice nella prospettiva di aggregare la più ampia condivisione degli obiettivi comuni dei medici nel reciproco rispetto delle loro diverse componenti.

Alla base della decisione, già da qualche tempo condivisa dal Consiglio Nazionale AAROI-EMAC, il manifestarsi sempre più esteso di alcune fondamentali divergenze nell’ambito di tre questioni principali:

1) i rapporti tra medicina ospedaliera e medicina convenzionata: in tale ambito non si sono affatto risolti e anzi si sono aggravati pesanti condizionamenti di ogni tentativo di riformare il settore ospedaliero pubblico e privato (p. es. per quanto attiene all’art. 22 del Patto per la Salute) in base alle esigenze specifiche del settore convenzionato, oltre che pesanti e dannose intromissioni a senso unico di tale settore negli ospedali (p. es. con contratti “specialistici ambulatoriali” che sostituiscono illegittimamente quelli della dipendenza), e oltre che nell’emergenza-urgenza 118 (p. es. con la prevaricazione della medicina generale sui requisiti di accesso a tale servizio);

2) i rapporti con altre sigle ospedaliere che hanno basato le loro prospettive di riforma della professione medica ospedaliera sulla separazione delle carriere, l’una “professionale” e l’altra “gestionale”, che l’AAROI-EMAC ritiene aprirebbe oscuri scenari in cui l’effettiva gestione del lavoro medico sarebbe affidato a figure non mediche;

3) gli ambiti applicativi della Legge 161/2014 sui riposi “europei”, che la medicina convenzionata si arroga il diritto di non dover rispettare in toto, e che una certa parte della medicina ospedaliera pretende siano ferrei per le sole attività libero-professionali aggiuntive ex art. 55 c. 2 del CCNL 08/06/2000 e s.m.i. e insussistenti, invece, per la libera professione di altra natura (compresa quella “intramoenia allargata” di certi colleghi di altre discipline che sfugge ancora ad ogni regola e ad ogni controllo).

L’AAROI-EMAC continuerà a perseguire gli obiettivi comuni dei medici, ma nel pieno rispetto di quelli strettamente attinenti all’ambito specialistico di anestesia e rianimazione e a quelli dell’emergenza-urgenza e dell’area critica, relazionandosi a tal fine con le altre OOSS e con le Istituzioni senza più i condizionamenti suddetti.

CALENDARIO CORSI SIMULEARN SECONDO SEMESTRE 2016

Sono diverse le proposte del Centro SimuLearn di Bologna per il prossimo Autunno. Alle tipologie di Corsi fin ad ora presenti nell’offerta formativa si aggiungono alcune importanti new entries, con una novità assoluta: i Corsi ACLS, certificati in Italia dalla “American Heart Association” direttamente presso il Centro dell’AAROI-EMAC senza alcuna intermediazione. Altra importante proposta è il Corso H-MIMMS (Hospital Major Incident Medical Management and Support), realizzato in collaborazione con ALSG Italia. Il Calendario comprenderà, infine, la versione Advanced del Corso di Ecografia in Terapia Intensiva. Per iscriversi ai Corsi occorre compilare ed inviare online il “Modulo di iscrizione” disponibile sul sito www.aaroiemac.it, dove sono pubblicate tutte le informazioni di riferimento. A partire da Settembre di quest’anno, in via sperimentale fino a Dicembre, tutti i Corsi prevederanno la priorità riservata agli Iscritti all’AAROI-EMAC da almeno un anno, e il pagamento di una minima quota di partecipazione alle spese. Tale quota (50 euro per i Corsi di Simulazione, 100 euro per i Corsi ACLS e per il Corso H-MIMMS) è diversificata in base alla tipologia dei Corsi e ai loro costi sostenuti dall’AAROI-EMAC, che hanno importi di gran lunga maggiori, come evidente in base al raffronto con analoghi eventi formativi offerti da altri. Per ulteriori ragguagli, è possibile rivolgersi al seguente recapito telefonico: 051.18899425

Gestione delle aritmie cardiache durante l'intervento chirurgico con Sistemi di Simulazione			
	Mercoledì 12 / Giovedì 13 Ottobre		
Gestione delle problematiche anestesiologiche in pediatria con Sistemi di Simulazione			
		Mercoledì 9 / Giovedì 10 Novembre	
Ecografia in Anestesia LocoRegionale con Sistemi di Simulazione			
Lunedì 12 / Martedì 13 Settembre	Lunedì 17 / Martedì 18 Ottobre	Giovedì 3 / Venerdì 4 Novembre Lunedì 21 / Martedì 22 Novembre	Lunedì 5 / Martedì 6 Dicembre
Ecografia In Terapia Intensiva con Sistemi di Simulazione			
Mercoledì 14 / Giovedì 15 Settembre	Lunedì 3 / Martedì 4 Ottobre Mercoledì 19 / Giovedì 20 Ottobre	Lunedì 14 / Martedì 15 Novembre	
Simulazione Medica Avanzata per l'Anestesia e l'Emergenza in Ostetricia			
Lunedì 19 / Martedì 20 Settembre	Lunedì 24 / Martedì 25 Ottobre		Lunedì 12 / Martedì 13 Dicembre
ACLS-CRM			
Lunedì 26 / Martedì 27 Settembre	Lunedì 10 / Martedì 11 Ottobre	Lunedì 7 / Martedì 8 Novembre	
ACLS- Ecografia			
		Lunedì 28 / Martedì 29 Novembre	
Ecografia in Terapia Intensiva 2° livello			
			Mercoledì 14 / Giovedì 15 Dicembre
H-MIMMS - Hospital Major Incident Medical Management and Support			
	Giovedì 6 / Venerdì 7 Ottobre		

AAROI-EMAC Liguria e Sardegna

Dirigenti Medici, non turnisti

L'Intersindacale Medica contro il Parere ARAN



L'Intersindacale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria – ANAAO ASSOMED – CIMO – AAROI-EMAC – FVM – FASSID (AIPaC-AUPI-SIMET-SINAFO-SNR) – CISL MEDICI – FESMED – ha inviato alle Asl della Sardegna e alla Asl 4 Liguria la “Diffida avverso l'applicazione del Parere Prot. ARAN E 0019224/2015 del 27/5/2015 al Personale Dirigente Medico, Veterinario e Sanitario del SSN”.

Nel Parere contestato, l'ARAN aveva fornito chiarimenti all'ASL 8 di Cagliari sulla possibilità di riconoscere anche al personale “turnista” il riposo compensativo o la corre-

sione del compenso per lavoro straordinario previsti dall'articolo 6 dell'Accordo Integrativo del 10 Febbraio 2004 dell'area medica e veterinaria in caso di lavoro infrasettimanale festivo.

Nello specifico l'ARAN riteneva che le prestazioni di lavoro svolte dal dipendente turnista nel giorno festivo infrasettimanale dessero diritto, per quel che riguarda la Dirigenza, alla sola indennità disciplinata dall'art. 8 comma 2 dell'Accordo Integrativo del 10 Febbraio 2004 e non al compenso per lavoro straordinario o al riposo compensativo.

Sulla base di tale Parere, alcuni Enti Sanitari, senza alcun confronto con le OO.SS., hanno decurtato le ore dei festivi infrasettimanali stabilendo di fatto che il personale, sia del Comparto sia della Dirigenza, è personale turnista.

L'Intersindacale si oppone ad una simile interpretazione sulla base del fatto che il personale turnista è individuato dal CCNL del solo personale non dirigente del SSN e che il CCNL della Dirigenza Medica del SSN non annovera alcun Dirigente come “turnista”.

Nessuna disposizione del CCNL della Dirigenza Medica – viene sottolineato nel testo della Diffida – detta una disciplina specifica dei dipendenti che effettuano la loro attività lavorativa su turni prestabiliti.

Ne consegue che, almeno per quanto riguarda il personale della Dirigenza Medica, Veterinaria e Sanitaria, le considerazioni ARAN non sono applicabili proprio perché, a livello contrattuale, non esiste distinzione tra personale turnista e personale non turnista.

Sulla base di tali motivazioni e di altre approfondite considerazioni presenti nel documento, l'Intersindacale ha deciso di diffidare gli Enti Sanitari dall'applicazione del Parere Prot. ARAN E 0019224/2015 del 27/5/2015 al Personale Dirigente Medico, Veterinario e Sanitario del SSN.

AAROI-EMAC Lombardia

Tempo indeterminato per 72 AR

La Giunta Regionale approva l'assunzione

In Lombardia, per coprire i turni sui mezzi di soccorso, la Giunta Regionale ha autorizzato, alla fine del mese di Aprile, l'assunzione a tempo indeterminato di 72 Medici Anestesisti Rianimatori e 116 Infermieri che verranno inseriti nei servizi di emergenza/urgenza intraospedaliera e che faranno capo amministrativamente alla ASST lombarda, che li assume, e, funzionalmente, ad AREU. La Delibera approvata dalla Giunta autorizza Asst e Irccs lombardi a procedere con il reclutamento che, precisa la delibera, dovrà però avvenire in via prioritaria, facendo riferimento alle graduatorie proprie di ogni struttura e solo successivamente usando le graduatorie messe a disposizione da tutte le Asst e gli Irccs. Le assunzioni si sono rese necessarie sia per rispettare le norme comunitarie sui turni di lavoro sia per ridurre l'incidenza del “sistema premiante” (attività prestata dal personale con turni di orario aggiuntivo).

“Un ottimo risultato - commenta Alessandro Vergallo, Presidente Nazionale AAROI-EMAC e Presidente AAROI-EMAC Lombardia - ottenuto anche grazie all'intenso lavoro svolto in questi ultimi anni dall'AAROI-EMAC Regionale. Ora - continua il Presidente -, gli obiettivi sono cinque:

1) far sì che questi posti (banditi presso diverse ASST Lombarde) siano accettati da TUTTI gli Anestesisti Rianimatori necessari, perché se questi li manderanno deserti, verranno inevitabilmente sostituiti con altri Medici;

2) far integrare a tutte le ASST interessate, per i nuovi assunti e per i vecchi che partecipano agli incentivi 118, il lavoro in Sala Operatoria, in Rianimazione, in 118;

3) mantenere un plafond di incentivi 118 pari a circa il 20%;

4) prevedere che agli incentivi 118 partecipino soltanto coloro che accettano di svolgere parte del servizio 118 in orario contrattualmente dovuto e parte in orario incentivato;

5) espandere questa impostazione nel resto d'Italia, basandosi sull'impegno in tal senso dell'attuale gestione AAROI-EMAC Nazionale, con la necessaria collaborazione di tutti gli Anestesisti Rianimatori Italiani e con quella indispensabile di tutti i ruoli direttivi AAROI-EMAC periferici (da quelli regionali a quelli aziendali).



AAROI-EMAC Toscana

L'ossessione di Enrico Rossi per la libera professione dei medici

La causa di tutti i mali della sanità nazionale, dalle lungaggini delle liste d'attesa alla disuguaglianza, dai soprusi alla corruzione, secondo il Governatore della Toscana, sarebbe la libera professione dei medici, abolire la quale per legge sarebbe “una cosa davvero di sinistra”.

Quel che c'è di sinistro, invece, è l'imbarazzante semplicismo di affermazioni che tentano di scaricare sui medici responsabilità di carenze di sistema su cui essi, a differenza dei decisori politici e degli amministratori, hanno ben poco a che fare, se non come vittime, al pari dei cittadini.

I casi citati da Rossi, relativamente ai procedimenti giudiziari che hanno coinvolto alcuni medici della sua Regione, non fanno certo eccezione rispetto alle scelte politiche in base alle quali, a prescindere dai casi specifici, nel Sistema Sanitario Pubblico, vengono talvolta decisi i ruoli apicali dei profili professionali, e non solo di quelli medici.

Tralasciando ogni considerazione sulla singolare coincidenza di questo ennesimo attacco alla professione medica con le imminenti scadenze elettorali, e con tutte le loro implicazioni, è altrettanto singolare che a nulla siano servite le argomentazioni che sin dalla prima ora, anche da livelli autorevoli, hanno stigmatizzato la grossolana iniziativa mediatica e politica del Governatore toscano, confutandone in modo sistematico la faciloneria.

Come può la libera professione allungare le liste d'attesa, che invece deriva da uno squilibrio tra domanda di prestazioni ed offerta di servizi? Servizi pesantemente defianziati con la politica dei tagli lineari su un SSN operato dagli ultimi Governi, con altrettanto pesanti riduzioni di posti letto e di personale sanitario. Va detto a chiare lettere che se certe liste d'attesa sono dell'ordine di alcuni mesi invece che di anni è anche grazie alla libera professione dei medici, in tutte le forme contrattualmente previste, al di fuori del normale orario di lavoro. A partire dal 2000, la libera professione intramoenia viene in gran parte richiesta proprio

dalle Aziende, e proprio per ridurre le liste di attesa in presenza di una carenza di organico!

Probabilmente il Governatore Rossi riterrebbe “una cosa davvero di sinistra” pretendere che i medici lavorino gratis in favore non dei cittadini, ma del populismo: una fantasia non nuova, e in parte già applicata in certe realtà, dove la mole di lavoro straordinario non retribuito è incalcolabile, e imbarazzante al punto che le Amministrazioni di quelle numerosissime realtà ne azzerano i dati utilizzando gli strumenti amministrativi di cui si sono appositamente dotate a tal fine.

La libera professione genera corruzione? In sanità, come anche in altri settori di interesse pubblico, vi sono stati e probabilmente vi saranno ancora comportamenti illegittimi, ma non solo da parte di personale medico, di chi strumentalizza i bisogni di salute a proprio deprecabile vantaggio personale.

Esiste un corposo sistema di regole che dovrebbe prevenire, impedire ed infine sanzionare tali comportamenti: se e quando questo sistema non funziona è perché il sistema di controllo, che dipende dalle gestioni amministrative e quindi politiche del SSN, è inefficace se non connivente, essendo peraltro non rari i casi nei quali talune gestioni sono

al centro delle cronache giudiziarie riguardanti corruzione e malaffare.

Di fronte al rischio che l'abolizione della libera professione provochi l'uscita dal SSN di validi professionisti, per il Governatore Rossi sarà sufficiente stipulare “contratti ad personam” per valorizzarne economicamente la permanenza nel SSN. Con quali obblighi contrattuali, con quali risorse, e secondo quali criteri, non è dato sapere; ma ci lascia perplessi, soprattutto, immaginare che a decidere nel merito possano essere gli stessi decisori che, in Toscana come altrove, in molti casi hanno già dimostrato scarse capacità nel discernere e promuovere professionisti dall'elevato profilo professionale, oltre che etico.

La libera professione, quella svolta secondo le regole già oggi esistenti, attiene strettamente al rapporto di fiducia tra medico e paziente, basato su una libera scelta del paziente che pensare di “abolire per legge” è davvero sinistro.

La politica, e in particolare chi come il Governatore Rossi afferma di volere una sanità migliorata con misure non tanto draconiane quanto autolesioniste, dovrebbe riflettere sull'incostituzionalità dei contratti dei pubblici dipendenti bloccati da oltre 5 anni, sull'ingiustizia di voci stipendiali ancora negate per cavilli preconstituiti sin dalla stesura delle norme di legge, oltre che su talune logiche clientelari grazie alle quali la libera professione esercitata al di fuori di ogni regola prolifera nelle maglie intricate di certi rapporti tra Ospedali, Università, Cliniche Private più o meno convenzionate con il SSN.

Farebbe bene, il Governatore Rossi, a contribuire a proposte di soluzioni più serie, evitando di propagandare la persecuzione dei medici in nome di un bene dei pazienti che da questa persecuzione non può trarre nessun giovamento.

Alessandro Vergallo,
Presidente Nazionale AAROI-EMAC

Fabio Cricelli,
Vice Presidente Nazionale
AAROI-EMAC Area Centro



La Lettera

La voce di un Iscritto Libero Professionista

Caro Presidente, perché non si parla mai dei Medici Anestesisti Rianimatori liberi professionisti iscritti alla AAROI-EMAC? Sia nel Giornale che nel sito web o nei documenti ufficiali che ci vengono inviati per email, sembrerebbe quasi che noi liberi professionisti "non esistiamo".

Siamo Colleghi nella maggior parte dei casi provenienti da Ospedali Pubblici che con la nostra professionalità abbiamo contribuito a far funzionare, dove abbiamo apportato anche un importante contributo alla formazione dei giovani Colleghi, e abbiamo sempre mantenuto un contatto stretto con il mondo AAROI-EMAC.

La maggior parte di noi viene categorizzata erroneamente come "pensionato", ma quasi tutti invece lavoriamo per avere uno stipendio mensile legato solo al numero delle ore o dei turni, e a fronte di molte spese, anche previdenziali. Stanno peraltro aumentando i Colleghi giovani che, senza possibilità di assunzione in ospedali pubblici, lavorano in regime libero-professionale presso centri privati, siano essi vere e proprie cliniche, centri di day surgery, studi dentistici, oculistici o di chirurgia estetica.

Oltretutto, si deve sfatare la credenza che la scelta di fare il libero professionista sia legata solo al guadagno, perché si lavora in condizioni di contratto a scadenza annuale, o in molti casi senza alcuna forma contrattuale, talvolta sulla base di accordi poco più che verbali.

Ciò che insomma rappresenta un baluardo sindacale ed una conquista per i Colleghi pubblici dipendenti sembra essere lontano dalle strategie che riguardano anche i liberi professionisti.

Eppure gli Anestesisti Rianimatori liberi professionisti che sono iscritti AAROI-EMAC si avvalgono della convenzione assicurativa comune ad un premio più alto, effettuano a proprie spese la formazione che si rende necessaria per essere sempre preparati e aggiornati, si collegano spesso al sito web dove leggono e condividono le stesse problematiche (turni prolungati, sicurezza in sala operatoria, difficoltà operative nella sala parto, contenziosi medico legali e sentenze a sfavore) ma in più hanno anche la perenne insicurezza del posto di lavoro, con una tutela sindacale che nell'ambito privato è spesso inerte.

Caro Presidente, penso che per gli Anestesisti Rianimatori liberi professionisti dovrebbe almeno essere istituita una sezione all'interno del sito AAROI-EMAC, innanzitutto per sapere in quanti siamo e in che modo possiamo partecipare, e poi per non farci sentire sempre come il "Cowboy Solitario", il "Missing in Action" o come un parente lontano da quella parola "Ospedalieri" insita nell'acronimo della sigla della nostra organizzazione.

Matteo Magro

La risposta del Presidente

Caro Matteo, con grande piacere ti ringraziamo per la chiarezza e per la cortesia della tua disamina. La grande professionalità che i liberi professionisti della nostra disciplina (e non solo di essa) esprimono nelle diverse realtà lavorative private è indiscutibile, così come sono indiscutibili le strette correlazioni con l'ospitalità pubblica, comprese le comuni problematiche, e con le maggiori difficoltà che essi vivono rispetto alla tutela del loro lavoro, per gli aspetti sia di certezza retributiva, sia di sicurezza previdenziale, sia di generale organizzazione di vita. Peraltro, ai Colleghi liberi professionisti sono piuttosto vicini, sotto molti profili, i Colleghi dipendenti privati.

Per inciso, gli ambiti Ospedalieri identificati dall'acronimo AAROI-EMAC possono trarre in inganno: a tal proposito va ricordato che tale denominazione non indica, sia dall'origine che nel prosieguo della sua vita, un'appartenenza "pubblica", ma una connotazione specifica rispetto al mondo universitario. Una connotazione che nel prossimo futuro non avrà forse nemmeno ragione di essere mantenuta, se saranno raggiunti alcuni fondamentali obiettivi di convergenza tra Colleghi Ospedalieri ed Universitari.

Nel Giornale, nel sito web, e nei documenti ufficiali che vengono inviati per email agli Iscritti, in effetti, la preponderanza di notizie riguarda il settore dei pubblici dipendenti, ma questo è obbligo colto causato da due fattori: la netta prevalenza delle possibilità di azioni sindacali che le Istituzioni ci riconoscono nel settore pubblico (mantenute con enorme impegno di risorse per contrastare l'anti-sindacalismo imperante), e, per certi versi, dalla scarsità di input che riceviamo del mondo della libera professione e dell'ospitalità privata.

L'AAROI-EMAC non sottovaluta affatto l'importanza di canali informativi dedicati ai liberi professionisti e ai dipendenti privati appartenenti alla nostra Associazione, che tengano in debita considerazione i loro specifici ambiti, e che costituiscano la base per implementare i servizi a loro riservati. L'ostacolo principale, in effetti, è stato finora rappresentato dalla scarsa risorse di tempo che questi Colleghi possono metterci a disposizione per aiutarci a gestire tali canali, ma contiamo di superarlo a breve; nel frattempo, cogliamo l'occasione per invitare i Colleghi Liberi Professionisti e Dipendenti Privati che desiderano farci pervenire le loro preferenze di informazione ed i loro contributi a scrivere a: ilnuovoar@aaroiemac.it.

Alessandro Vergallo

No alla responsabilità professionale dell'intera équipe Una sentenza della Corte di Cassazione chiarisce un punto conteso

"La responsabilità penale di ciascun componente di una équipe medica per un evento lesivo occorso al paziente sottoposto ad intervento chirurgico non può essere affermata sulla base dell'accertamento di un errore diagnostico genericamente attribuito alla équipe nel suo complesso, ma va legata alla valutazione delle concrete mansioni di ciascun componente, nella prospettiva di verifica, in concreto, dei limiti oltre che del suo operato,

anche di quello degli altri".

La Corte di Cassazione quindi, con sentenza n.18780 del 5 Maggio 2016, ha deciso che "le condotte degli imputati debbono essere vagliate separatamente, in base ai profili di colpa a ciascuno contestati e secondo l'apporto causale del comportamento del singolo rispetto all'evento lesivo" negando quindi la generica affermazione in base alla quale "nel lavoro di équipe ogni operatore risponde dell'operato comune

dovuto alla condotta altrui". Se alla cura del paziente concorrono più sanitari, con profili professionali diversi, per l'eventuale danno va quindi accertato il comportamento di ciascun operatore. Una sentenza importante perché segna una linea di confine con tutti i casi che in passato hanno visto sotto accusa l'intera équipe al lavoro indipendentemente dal ruolo e dalla funzione dei sanitari coinvolti.

La Sentenza è di particolare rilievo perché chiarisce un punto

conteso andando a contrapporsi alla Sentenza della Cassazione del 28 Luglio 2015, n. 33329 di diverso orientamento e che aveva suscitato un ampio dibattito sulla responsabilità di équipe e sul ruolo del "capo-equipe".



Contratti a tempo parziale verticale

L'Aran chiarisce come computare ferie, festività e malattie

In attesa dei nuovi regolamenti contrattuali, l'Aran interviene su diverse situazioni normative del passato con pareri ben circostanziati affinché le amministrazioni possano agire nel pieno rispetto della legalità e non confliggere con i dipendenti basandosi solamente su interpretazioni dei propri uffici, talvolta imprecise. Era stato chiesto all'Aran come dovessero essere computate le assenze per malattia del personale con rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo verticale. L'agenzia della contrattazione ha espresso un parere di merito (M 255) il 5 aprile scorso affermando che il tetto delle assenze deve essere riproporzionato per il personale in part time verticale in relazione alla durata della attività lavorativa. Per questi dipendenti le giornate non lavorative comprese tra periodi di assenza vanno conteggiate. Questi principi si applicano ai dipendenti pubblici dei vari comparti, in quanto discendono direttamente dalle regole dettate in modo analogo dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Ricordiamo che il part time verticale viene realizzato con una prestazione a tempo pieno ma solamente per alcuni periodi della settimana, mese, o dell'anno. Occorre sottolineare che il vincolo del riproporzionamento non si applica invece ai dipendenti in part time orizzontale, in quanto essi svolgono la prestazione per tutte le giornate lavorative ancorché con orario ridotto. Lo si deve ritenere, invece, estensibile anche ai dipendenti in part time

misto: quelli che prestano la loro attività contemporaneamente non in tutte le giornate lavorative e per una quantità ridotta di ore. Il vincolo del riproporzionamento si applica a tutte le forme di assenza previste dai contratti, quindi sia alle ferie e alle congesse festività sopresse, sia alla malattia e al connesso calcolo del periodo di comportamento.

La disciplina contrattuale di riferimento per la soluzione della questione in esame è indicata nell'art. 23, comma 11, del CCNL integrativo del 16.05.2001 (art. 6, comma 8, del CCNL del 14.09.2000 per il comparto delle autonomie locali). In particolare, in merito al part-time verticale, la disposizione prevede che i lavoratori a tempo parziale hanno diritto ad un numero di giorni di ferie e di festività sopresse proporzionato alle giornate di lavoro prestate nell'anno ed il relativo trattamento economico è commisurato alla durata della prestazione giornaliera. Per tempo parziale verticale analogo criterio di proporzionalità si applica anche per le altre assenze dal servizio previste dalla legge e dal CCNL, ivi comprese le assenze per malattia.

Pertanto, da quanto indicato dalla disposizione contrattuale si evince che in caso di rapporto di lavoro a tempo parziale di tipo verticale, trova applicazione il principio di riproporzionamento che, in relazione alle assenze per malattia, avrà ad oggetto tre elementi che compongono la fattispecie: il pe-

riodo massimo di conservazione del posto (periodo di comporto), di cui all'art. 21 del CCNL del 16.05.1995; il triennio di riferimento, entro il quale calcolare il periodo di conservazione del posto; i periodi di retribuzione intera e ridotta, di cui al comma 7 dello stesso art. 21.

In proposito, l'Aran precisa che, ai fini della verifica dell'eventuale superamento del periodo di comporto, vengono presi in considerazione esclusivamente i giorni di malattia coincidenti con quelli in cui il dipendente avrebbe dovuto rendere la prestazione lavorativa. In relazione ai giorni festivi e non lavorativi, ricadenti in tale periodo, si ritiene applicabile la medesima presunzione di continuità, alla quale si ricorre per calcolare il periodo di comporto del personale con rapporto di lavoro a tempo pieno. Sussiste, infatti, sottolinea l'agenzia, un orientamento giurisprudenziale consolidato, secondo il quale, in mancanza di una diversa previsione contrattuale, nel calcolo del periodo di assenza per malattia, devono essere computati anche i giorni festivi o non lavorativi, che ricadano all'interno di tale arco temporale (Cass. Civ., sez. lavoro, sentenza 10.11.2004, n.21385, sentenza 18.10.2000, n.13816; sentenza 14.12.1999, n.14065).

Claudio Testuzza
Esperto in tematiche previdenziali
Articolo del 10 Maggio 2016



AZIENDA USL Toscana Centro: condotta antisindacale Accolto il ricorso presentato dall'AAROI-EMAC regionale

In occasione dello sciopero generale dei medici dello scorso 16 dicembre, non ha comunicato entro il quinto giorno precedente la data, i nominativi dei dirigenti inclusi nei contingenti tenuti alle prestazioni necessarie e quindi esonerati dalla mobilitazione. Per questo il Tribunale di Firenze - Sezione Lavoro ha dichiarato antisindacale la condotta dell'ex Azienda USL n.11 di Empoli (oggi Azienda USL Toscana Centro).

La sentenza ha accolto il ricorso presentato dalla Sezione Regionale Toscana dell'AAROI-EMAC nei confronti dell'Azienda suddetta, per aver effettuato la comunicazione prevista dalla legge soltanto nel pomeriggio del 15 dicembre ledendo, di fatto, il diritto delle Organizzazioni Sindacali a conoscere almeno cinque giorni prima i nominativi dei lavoratori tenuti a garantire le prestazioni indispensabili ed esonerati dalla partecipazione allo sciopero. Il diritto è funzionale al corretto esercizio del diritto di sciopero. "Siamo molto soddisfatti per la sentenza, che riconosce la viola-

zione di un diritto fondamentale spesso non del tutto rispettato - ha dichiarato il Dr Fabio Cricelli, Presidente AAROI-EMAC Toscana e Vice Presidente Nazionale AAROI-EMAC Area Centro in occasione della sentenza -. Il fatto che il nostro ricorso sia stato accolto ha, infatti, un grande valore: non è raro che il diritto sindacale venga calpestato dalle aziende con espedienti escogitati ad arte per intralciare la libertà di sciopero e ridurre le ripercussioni di una mobilitazione di massa. Finalmente viene riconosciuto il ruolo sociale e di garanzia delle Organizzazioni Sindacali nei confronti dei cittadini, anche nei momenti di maggiore conflittualità."

La sentenza ha attirato anche l'attenzione della politica, in particolare del Movimento 5 Stelle che si è chiesto "Se chi sbaglia paga, quando a sbagliare è lo Stato chi paga?". I 5S hanno chiesto all'Assessore alla Sanità regionale se l'Azienda USL in questione avesse provvedimenti verso chi ha sbagliato e qualora non l'avesse fatto, sollecitava a provvedere al più presto.

“La stanchezza cronica si supera con l'attività fisica”

Intervista a Silvia Distefano Anestesista Rianimatore, campionessa italiana di Gigante e Speciale categoria sitting

Anestesista Rianimatore all'Ospedale San Martino di Genova, Medaglia d'oro ai Campionati Italiani Disabili di “Sci Alpino Open”, oltre che Testimonial, durante corsi e convegni, di un messaggio importante: anche di fronte a una patologia grave, la fatica cronica che ne consegue è educabile attraverso l'attività fisica. La sua esperienza personale lo dimostra. A raccontarne alcuni risvolti è lei stessa, la Dr.ssa Silvia Distefano, ripercorrendo le sue vittorie... ad iniziare da quelle sportive, e raccontandoci uno scampolo di un'esperienza di vita che deve farci riflettere.

Com'è nata la passione per lo sci?

Questa passione è nata in Ospedale durante il ricovero per una mielite infettiva da citomegalovirus che mi ha colpito nel giugno 2007. In quei giorni, pur essendo allora una sciatrice assolutamente mediocre, chiesi al neurologo come avrei fatto a tornare sulle piste. Non ho idea di come mi sia venuta in mente una simile domanda, ma in quel momento era il mio modo per capire se mi sarei rimessa in piedi. All'epoca non potevo muovere né braccia né gambe, e così il neurologo, preoccupato dalla domanda, mi inviò ad una visita psichiatrica! Il fatto di essere finita dallo psichiatra per lo sci è diventato un punto di orgoglio, che mi ha dato la forza a tornare tra le montagne.

Quando ha potuto riprendere a sciare?

Appena mi è stato possibile ho contattato un'Associazione del Trentino per prendere informazioni. Dopo pochi giorni è cominciata l'avventura, era il marzo 2009. All'inizio sono stata aiutata, ma con il tempo ho acquisito una totale autonomia anche grazie a corsi specifici fatti con istruttori disabili, che mi hanno dato l'input maggiore.

Quando si allena?

Da quando inizia la stagione mi alleno tutti i week end, parto il venerdì sera e scio il sabato e la domenica. È un ritmo serrato, considerando che durante la settimana lavoro in ospedale. Eppure, anche se la mia patologia ha una componente di fatica cronica su base neurologica, ho visto con l'esperienza che la fatica è educabile proprio con l'attività fisica. È stato fondamentale per il mio percorso l'aver capito che l'attività fisica è riabilitativa sia sul piano fisico che psicologico. È un messaggio molto importante da diffondere e di cui parlo in tutte le occasioni in cui vengo coinvolta: nei convegni per i familiari di persone disabili o nei corsi sulle disabilità rivolti ai maestri di sci e al personale delle associazioni sciistiche, in cui sono docente e dove porto la mia esperienza di medico, atleta e disabile.

Quando ha cominciato a gareggiare?

Nel febbraio 2012 ho partecipato al primo campionato, fino al 2014 mi sono classificata al secondo posto, mentre nel 2015 non sono riuscita a gareggiare, ma quest'anno ho fatto l'en plein con due primi posti nello slalom Gigante e nello Speciale, categoria “sitting” con i colori dell'Associazione “Discesa Liberi”. Una doppia vittoria che si è aggiunta a quella sulle mie paure, anche perché quest'anno le piste di gara erano praticamente lastre di ghiaccio, e non amando sciare sulla neve ghiacciata, per vincere ho dovuto buttarmi!



Vittorie nello sport ma anche sul lavoro...

Tornare al lavoro è stata una vittoria ancora più grande. Ho fatto il concorso per l'assunzione a tempo indeterminato nove giorni dopo il primo ricovero. Non credevo di poterlo superare, e invece ce l'ho fatta. Il Presidente della Commissione mi disse: “la sua testa è importante per la nostra Azienda”. Questa frase mi ha aiutato a superare gli ostacoli che ho incontrato in seguito.

Dopo l'assunzione ho affrontato diversi mesi di ricovero, e quando sono rientrata al lavoro ho dapprima svolto attività da “diurnista”, con la sola esenzione dalle guardie, poi – in un periodo in cui le mie condizioni di salute erano migliorate – ho lavorato regolarmente in rianimazione, fino a quando un

nuovo peggioramento ha comportato il dover tener conto di alcune limitazioni, che hanno poi portato il medico del lavoro a decidere di farmi assegnare alle attività ambulatoriali; in pratica mi occupo di eseguire le visite preoperatorie dei pazienti operandi in quasi tutte le specialità chirurgiche presenti nel mio Ospedale.

Quali sono gli ostacoli che incontra nel lavoro?

Negli Ospedali esistono problemi strutturali oggettivi, perché si tratta spesso di strutture di non recente costruzione e non adegua-

tamente ristrutturate, in cui, per esempio, sono ancora presenti barriere architettoniche evidenti. Personalmente mi sono adoperata per ottenere che i dipendenti disabili del mio Ospedale potessero disporre almeno di servizi igienici dedicati, dato che era fuori norma far loro utilizzare quelli destinati agli utenti. Così come ho ottenuto che i parcheggi per i disabili, sia utenti che dipendenti, fossero dislocati vicino agli ingressi dei padiglioni.

Altra conquista è stata l'inserimento di indicazioni precise per l'evacuazione dei disabili nelle procedure operative aziendali relative alle maxi emergenze, anche sulla scorta – purtroppo – di un'esperienza vissuta sulla mia pelle: in occasione di un'alluvione che aveva causato un'interruzione delle linee elettriche ero rimasta intrappolata in Ospedale

per ore, senza che a nessuno fosse venuto in mente che, non funzionando gli ascensori, io non potessi muovermi dal piano in cui mi trovavo.

Non sono invece ancora riuscita ad ottenere che le regole interne per l'uso degli ascensori prevedano la priorità riservata ai disabili e alle persone con ridotte capacità motorie. In Spagna, ad esempio, semplici etichette spiegano che “il passeggino dei bambini, il signore con il bastone e la carrozzina hanno la precedenza”.

La strada per eliminare del tutto le barriere che i disabili incontrano ogni giorno, e non solo sui luoghi di lavoro, comunque, è ancora lunga. E non si tratta unicamente di barriere architettoniche: esistono “barriere mentali” che sono altrettanto pesanti da sopportare e forse ancora più difficili da superare. In qualche occasione sono stata perfino definita “una palla al piede”, perché ai fini del computo della dotazione organica di personale assegnato all'Unità Operativa in cui lavoro – purtroppo – l'Azienda mi considera un'unità a tempo pieno come gli altri miei Colleghi, senza tener conto delle mie limitazioni e del mio diritto alle agevolazioni previste dalla Legge 104. Ciò non toglie che questa definizione fa veramente male, anche perché chi l'ha utilizzata nei miei confronti, ha dimenticato che la malattia non è stata una mia scelta.

Come Associazione di Professionisti, nel felicitarci con Silvia per i successi sportivi conquistati con tanta determinazione, e nell'augurarle di riguadagnarli ancora, magari a livelli sovranazionali, ci complimentiamo con lei anche per l'energia che la anima anche nel lavoro, e nella vita di tutti i giorni.

Ai Colleghi “smemorati”, o forse solo poco informati, ricordiamo che la vera “palla al piede” sono quelle Aziende, in cui qualche ottuso burocrate, forse altrettanto disinformato, oppure in mala fede, non sa – o finge di non sapere – che la fruizione della Legge 104, così come le limitazioni alle attività lavorative, ed ogni altro vincolo inerente l'orario lavorativo in capo ai Colleghi che ne abbiano i legittimi diritti devono portare ai corretti computi di personale da considerare ai fini delle dotazioni organiche necessarie all'erogazione dei servizi all'utenza.

Tali diritti sono conquiste di civiltà ogni qualvolta sono legittimi, e diventano, al contrario, dimostrazione di inciviltà intollerabile solo allorché se ne verificano i tanti abusi che in troppi casi ci siamo quasi abituati a considerare “normali”. Tali abusi vanno combattuti in ogni modo possibile, ma senza che siano posti in dubbio i diritti legittimi di chi ha il solo torto di essere stato colpito dalla malasorte.

Sempre per quanto riguarda il fabbisogno di personale, chiunque può ricordare alle Aziende smemorate, o in mala fede, che il Ministero della Salute, anche per forte ed incisiva azione dell'AA-ROI-EMAC, ha recentemente emanato una circolare (la LEA VENETO-SCLEA-25/02/2016-0000003-P), indirizzata ai Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni, che obbliga Regioni e Province (e quindi in primis le Aziende Sanitarie) ad ottemperare alle “norme della Stabilità per la definizione del fabbisogno di personale per garantire il rispetto della direttiva Ue sugli orari, le deroghe per i contratti flessibili e per attivare i nuovi concorsi”, comunicando tutto “il Personale ospedaliero dipendente con limitazione permanente di idoneità”, oltre che tutto il “Personale ospedaliero dipendente che ha diritto ad usufruire di permessi ai sensi della legge n. 104/1992”, ai fini:

- del fabbisogno di personale necessario all'applicazione della legge n. 161/2014, con particolare riferimento alle aree dell'emergenza urgenza e della terapia intensiva;
- del fabbisogno di personale correlato alla riorganizzazione della rete ospedaliera e di emergenza urgenza effettuata ai sensi del DM n. 70/2015.

Alessandro Vergallo
Presidente Nazionale

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

L'estatico è statico

Quante cose possono mandarci in estasi?

Il disco arancione del sole al tramonto contornato da strisce di nuvole dai colori incredibili. L'apparire improvviso di eleganti camosci che saltano su per le rupi di un'Alpe innevata. “La chiamata di Matteo” con le luci e i volti unici del Caravaggio. La Pietà di Michelangelo, che ti fermi davanti, ammutolito, appena entri in San Pietro. Quelle note eterne di Mozart e Beethoven che ti penetrano nel profondo. Quel bronchitico cronico mezzo morto, ventilato per tre mesi, che va a casa con le sue gambe.

Beh, si rimane estatici. E statici. Una cosa bella ti fa fermare. Meno male. Se corri, se acceleri, prima di tutto non le vedi neanche, le cose belle; e poi, se le vedi al volo, ti perdi il loro spettacolo. Se invece ti fermi, in silenzio, in ascolto, guardandoti attorno, è impossibile non vedere qualcosa di bello.

Prova a chiudere gli occhi. Il ritmo del tuo respiro, il torace che si alza e si abbassa, l'aria che ti passa tra le narici. È un miracolo. Sei vivo.

Prova a guardare il torace di quell'anziano BPCO (broncopneumopatico cronico ostruttivo) che va su e giù, agli ordini di un marcheggino che pompa aria, attraverso due lunghi tubi e con tante lucine colorate. Guardalo come se fossi un medico della Scuola Salernitana. Incredibile. Inimmaginabile.

E adesso guarda “l'uomo” dopo averlo estubato. Dopo che lo hai passato alla NIV (ventilazione non invasiva). Dopo che gli hanno sistemato la maschera o il casco. Stai un po' fermo di fianco a lui. Stai. Guarda. Ascolta. Sentì. Sentilo. Mettiti nei suoi panni. Immagina di essere lui. Con una “maschera di ferro” che ti imprigiona e ti toglie la tua identità. O dentro un casco assordante da astronauta di “Odissea nello spazio”.

Magari ti viene da pensare qualcosa di rassicurante da dirgli. Per tranquillizzarlo. Per spiegare. Per dirgli che condividi, che compatisci.

Magari ti viene da spostare di due millimetri (bastano solo due, a volte) il nucale fissa-maschera che gli stringe le guance. Magari provi ad allentare di un foro le cinghie del casco che gli tormentano le ascelle.

Stai. Lascia passare il tempo. Fai fermare lo spazio: non andartene.

Magari, adesso, ti viene in mente di fargli una mini-dose di stupefacente, che può stupefare lui e poi anche te. Stupiti ed estatici. Non come l'effetto dell'ecstasy (methylenedioxyamfetamine), che ti stende, mentre l'oppioide - se sei un malato che ne ha bisogno - ti distende.

Qualcuno ha affermato che la religione è l'oppio dei popoli. Lui ci credeva. Io credo che l'oppioide sia la religione degli Anestesisti Rianimatori. In effetti, morfina, fentanest e ultiva, loro li usano spesso, li somministrano, proprio come un celebrante che somministra sacramenti e conforti religiosi ai suoi fedeli. E quando si verifica tutto questo? Durante e dopo le funzioni (procedurali) che si svolgono in Sala Operatoria e nella Terapia Intensiva o Antalgica.

A proposito di conforti e funzioni religiose, a Roma, proprio di fronte alla sede dell'AAROI-EMAC, sulla via XX Settembre, c'è una delle tante bellissime chiese barocche. È Santa Maria della Vittoria. Nell'ultima cappella a sinistra si può ammirare una splendida composizione di marmo bianchissimo, il capolavoro di Gian Lorenzo Bernini. “L'estasi di Santa Teresa”.

Se dovete recarvi nella sede romana, passateci. Ne vale la pena. Non potrete fare a meno di fermarvi, estatici, per diversi minuti. Potete farlo seduti, statici, nel primo banco a destra: è la prospettiva migliore.

A questo punto, come non concludere con una delle frasi più incisive di Santa Teresa d'Avila?

“La cosa più importante è non pensare troppo e amare molto. Per questo motivo fate ciò che più vi spin-ge ad amare.”

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 (Vice Presidente Sez. Reg. AAROI-EMAC Calabria) e Arturo Citino (Coordinatore Formazione Sindacale)



DIRITTO ALLE FERIE E CARENZA D'ORGANICO

Quesito: È possibile negare il diritto alle ferie o al recupero delle ore in esubero o al recupero delle festività a causa della carenza di organico?

Risposta: “Il lavoratore” recita l’articolo 36 della nostra Costituzione “*ha diritto al riposo settimanale ed a ferie annuali retribuite, e non può rinunziarvi*”. Si tratta dunque di un diritto, costituzionalmente sancito, che non può essere negato dal datore di lavoro, ed al quale il lavoratore stesso non può rinunciare, perché finalizzato al suo recupero psico-fisico. Inoltre, con l’introduzione dell’articolo 5 comma 8 del Decreto Legge 95/2012, è stata eliminata la possibilità della monetizzazione delle ferie non godute anche “*in caso di cessazione del rapporto di lavoro per mobilità, dimissioni, risoluzione, pensionamento e raggiungimento del limite di età*”.

Dal disposto combinato delle norme citate deriva l’obbligatorietà della concessione da parte del datore di lavoro della richiesta di ferie, che è comunque opportuno sia formalizzata con istanza scritta e protocollata.

Le ferie, di conseguenza, vanno organizzate e godute su richiesta del Dirigente Medico “*anche frazionatamente, nel corso di ciascun anno solare in periodi programmati dallo stesso dirigente nel rispetto dell’assetto organizzativo dell’azienda o ente*” ed inoltre è da sottolineare che “*al dirigente è consentito, di norma, il godimento di almeno 15 giorni continuativi di ferie nel periodo dal 1 giugno al 30 settembre*” (art.21 CCNL 5.12.1996).

Non è quindi possibile negare il diritto alle ferie, ma è auspicabile una calendarizzazione condivisa dato che il CCNL non prevede la possibilità di imposizione delle cosiddette “*ferie d’ufficio*” e non vi è norma che consenta di negare il diritto alle ferie.

Per quanto riguarda il recupero delle ore in esubero (effettuate oltre le 38 ore) il CCNL prevede la facoltà di scelta da parte del Dirigente Medico tra il pagamento ed il recupero orario, purché l’orario effettuato sia stato autorizzato come necessario per attività istituzionali.

Sarebbe quanto mai opportuna, anche per le ore in esubero e ed il recupero delle festività, una calendarizzazione condivisa dato che il CCNL non prevede, in questi casi “*la programmazione da parte dello stesso Dirigente*”.

PROGRAMMAZIONE FERIE

Quesito: Esiste un termine di tempo definito per la programmazione delle ferie? È accettabile il termine della programmazione quadrimestrale?

Risposta: Il contratto di lavoro non prevede un termine di tempo definito per la programmazione delle ferie ma sarebbe ragionevole una preventiva programmazione che consenta il rispetto della vita sociale dei colleghi e la previsione del buon funzionamento della struttura.

Al pari della programmazione dei turni di lavoro anche le ferie vanno programmate con congruo anticipo per consentire il godimento, organizzando quanto necessario.

TRASFERIMENTO GIORNI DI FERIE NON GODUTI

Quesito: Nel caso di mobilità dall’Azienda A all’Azienda B è possibile trasferire i giorni di ferie non goduti?

Risposta: Il CCNL 1998/2001 all’art.20 chiarisce che la mobilità non comporta novazione del rapporto di lavoro e, di conseguenza, il Dirigente medico ha diritto a godere delle ferie residue maturate presso l’Azienda A.

Sarebbe opportuno concordare con le due Aziende il giorno di trasferimento e la ripartizione delle ferie tra le due Aziende nel rispetto delle esigenze del Dirigente Medico.

PRONTA DISPONIBILITÀ E TEMPI DI ARRIVO

Quesito: Nel caso di pronta disponibilità entro quanto tempo va raggiunto l’ospedale in conseguenza di una chiamata?

Risposta: L’art.17 del CCNL 3.11.2005 al comma 1 prevede: “*Il servizio di pronta disponibilità è caratterizzato dalla immediata reperibilità del dirigente e dall’obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio nel tempo stabilito con le procedure cui all’art. 6, comma 1, lett. B) del CCNL del 3 novembre 2005, nell’ambito del piano annuale adottato dall’azienda o ente per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica ed agli aspetti organizzativi delle strutture*”.

Di conseguenza è necessario far riferimento al “*Piano per assicurare le emergenze*” concordato tra la Direzione Aziendale e le OO.SS..

TRASFORMAZIONE TURNO DI GUARDIA IN PD

Quesito: Un Direttore di Struttura Complessa può autonomamente decidere di sostituire un turno di guardia dedicato alle emergenze chirurgiche con una pronta disponibilità per carenza di personale?

Risposta: Le variazioni dei turni di lavoro dedicati alle emergenze del personale medico va decisa tra la Direzione Aziendale e le OO.SS. nel “*Piano per assicurare le emergenze*” cui all’art. 6, comma 1, lett. B) del CCNL del 3 novembre 2005.

Resta comunque il principio anche della impossibilità di utilizzare le pronte disponibilità sostitutive di turni di guardia (a maggior ragione se già esistenti e sostituiti) a norma del comma 3 dell’art.17 del CCNL 3.11.2005 che recita “*Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa*”.

PERIODO DI PROVA

Quesito: Avendo lavorato a tempo determinato presso l’Azienda A è possibile evitare il periodo di prova se, presso la stessa Azienda, si passa ad un rapporto di lavoro a tempo indeterminato? E se il periodo di prova è stato già effettuato in altra Azienda per un rapporto a tempo indeterminato? Ed in caso di mobilità?

Risposta: L’art.14 Periodo di prova del CCNL 8.6.2000 recita: 1. L’art. 15 del CCNL del 5 dicembre 1996, in relazione all’istituzione del ruolo e livello unico della dirigenza sanitaria è così sostituito:

“*1. Sono soggetti al periodo di prova i neo assunti nella qualifica di dirigente o coloro che - già dirigenti della stessa o altra azienda o ente del comparto - a seguito di pubblico concorso cambiano area o disciplina di appartenenza. Il periodo di prova dura sei mesi, POSSONO essere esonerati dal periodo di prova i dirigenti che lo abbiano già superato nella medesima qualifica e disciplina presso altra azienda o ente del comparto. Sono, altresì, esonerati dalla prova per la medesima disciplina i dirigenti la cui qualifica è stata unificata ai sensi dell’art. 18 del d.lgs 502/1992*”.

Di conseguenza quel POSSONO rende una opzione dell’Azienda e non un diritto l’esenzione dal periodo di prova.

Nel caso di passaggio da un rapporto a tempo determinato a tempo indeterminato occorre essere sottoposti a periodo di prova anche se tale passaggio avviene nella stessa Azienda.

Nel caso ci si trasferisca vincendo un nuovo concorso SI PUO’ essere esonerati dal periodo di prova.

Nel caso di mobilità tra Aziende non occorre ripetere il periodo di prova non trattandosi di un nuovo rapporto di lavoro.

MOBILITÀ E RIENTRO ALL’ASL DI PROVENIENZA

Quesito: Nel caso di avvenuta mobilità è possibile rientrare nell’ASL di provenienza qualora si cambiasse idea? Si può chiedere l’aspettativa all’ASL di provenienza?

Risposta: Nel caso in esame non è possibile rientrare nell’ASL di provenienza salvo che partecipando e vincendo un incarico a tempo determinato o un concorso per un rapporto di lavoro a tempo indeterminato e presentando le dimissioni dall’ASL dove si è in servizio.

Un’altra ipotesi è una ulteriore richiesta di mobilità (ormai obbligatoria ex art. 30 D. Lgs. 165/2001 per come modificato dal D.L. 90/2014) richiedendo un ulteriore nulla osta nell’attuale Azienda di servizio.

Diverso sarebbe stato se, invece di mobilità, si fosse trattato di concorso per posto a tempo indeterminato. In quel caso sarebbe stato d’aiuto l’art. 21 CCNL 10/2/2004 “*Ricostituzione del rapporto di lavoro*” che al comma 1 recita:

1. *Il dirigente che abbia interrotto il rapporto di lavoro per proprio recesso o per motivi di salute può richiedere alla stessa azienda, entro due anni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro, la ricostituzione dello stesso.*

In questo caso però la ricostituzione del rapporto di lavoro sarà subordinata (cfr. comma 5 del medesimo articolo) “*alla disponibilità del corrispondente posto nella dotazione organica dell’azienda*”.

L’aspettativa dall’ASL di provenienza non è prevista.

SOSTITUZIONE DIRETTORE SC

Quesito: Mi è stato conferito un incarico in sostituzione del mio Direttore di Struttura Complessa (art. 18): posso essere considerato libero da impegni di guardia e pronta disponibilità?

Risposta: In materia di sostituzione ex art. 18 CCNL 1998/2001 è previsto che la stessa sia assegnata ad un Dirigente dell’Unità Operativa cui sia stato affidato in precedenza un incarico di alta specializzazione o di struttura semplice. Al Dirigente medesimo, dopo un periodo di due mesi, sarà corrisposta un’indennità pari a €. 518.000 (€ 267.52). Il diritto al riconoscimento di quest’ultima, ed il significato del termine *sostituzione* (Sabatini-Colletti: *mettere qlco. al posto di altro, con la medesima funzione*), lasciano intendere che l’incarico assolva integralmente le funzioni del sostituito, configurandosi de facto un incarico temporaneo di Direzione di Struttura Complessa. Da qui l’esonero, a nostro avviso, dai turni di guardia e dai turni di pronta disponibilità sostitutiva (ma non integrativa) della guardia, rispettivamente ex artt. 16 e 17 del CCNL 2002/2005.

ATTIVITÀ EXTRAMOENIA E ATTIVITÀ AGGIUNTIVE

Quesito: Chi è in extramoenia può effettuare prestazioni aggiuntive in ospedale?

Risposta: No. Chi rinuncia all’indennità di esclusività per esercitare l’attività libero professionale extramuraria, non può partecipare né ad attività aggiuntive tra quelle ricomprese nel comma 2 dell’art. 55 del CCNL 1998/2001, finalizzate, su richiesta dell’Azienda, all’abbattimento delle liste di attesa, né altro tipo di attività libero professionale intramuraria.

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

Il tuo 5x1000 alla Onlus degli Anestesisti Rianimatori

Anche quest'anno il Nuovo Anestesista Rianimatore dedica una pagina alla Dino Masullo Onlus, l'Associazione nata nel 2007 dalla volontà del Consiglio Nazionale dell'AAROI per ricordare l'alto insegnamento morale e professionale del Dr Leonardo Antonio Ciro Masullo, Anestesista Rianimatore, già Tesoriere Nazionale dell'A.A.R.O.I., scomparso prematuramente.

In nove anni di attività, l'Associazione, sotto la Presidenza del Dr Gagliardi e sotto quella attuale, ha perseguito, attraverso la donazione di Dispositivi Medici o il sostegno finanziario di persone gravemente malate, gli obiettivi di solidarietà sociale individuati fin dalla fondazione. Solidarietà che viene rivolta, in particolare, nei settori di assistenza socio-sanitaria domiciliare, anche integrata, a favore dei malati svantaggiati per le patologie sofferte o per le loro condizioni economiche, familiari e sociali e di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari interessati e dei familiari dei malati.

Tra le donazioni effettuate dalla Dino Masullo Onlus, grazie al contributo dei Soci, si ricorda la donazione alla Rianimazione del Santobono, per l'attività di Endoscopia Respiratoria, di due laringoscopi operativi per età pediatrica, la donazione alla UOC Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Salesi di Ancona di un Videolaringoscopio e la donazione alla UO di Neonatologia dell'Ospedale San Gennaro di Napoli di diverse attrezzature (una culletta termica, con lampada per fototerapia, un saturimetro da utilizzare in Sala Parto, una pompa per aspirazione di latte materno).

In alcuni casi l'Associazione ha optato di agire attraverso un sostegno finanziario a persone in difficoltà come nel caso del contributo dato alla famiglia di un giovane in stato vegetativo permanente, domiciliato in provincia di Avellino. La OnLus ha poi svolto attività formativa di personale infermieristico impegnato nell'Assistenza socio-sanitaria domiciliare. Dal 2013 sostiene i costi per il pellegrinaggio a Lourdes con Unitalsi Campania dei genitori di pazienti affette da SMA I° stabilizzati in assistenza domiciliare con tracheotomia e ventilazione.

Sulla base di quanto fatto e di quanto ancora la Dino Masullo potrà fare chiediamo agli Anestesisti Rianimatori di rivolgere il 5xmille alla "loro" Onlus.

Per farlo, occorre firmare il riquadro riservato alle "Associazioni di volontariato ed altre organizzazioni non lucrative e di utilità sociale" nell'apposita scheda del modello 730 o UNICO e riportare nel rigo sottostante il codice fiscale 09530671008, che è appunto il codice della "Dino Masullo Onlus".

Grazie!

Mariateresa Balsimelli
Presidente dell'Associazione "Dino Masullo Onlus"